

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

LUIZ CARLOS DIAS FERREIRA, brasileiro, solteiro, representante comercial, portador do RG n.º 3.851.576 SSP/PE e do CPF n.º 857.399.444-49, residente e domiciliado na Rua 115, n.º 25, Jardim Maranguape, Paulista/PE, CEP n.º 53.000-000.

OUTORGADOS: Bel. **ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE 1292-A, CPF n.º 917.578.194-87, e-mail: adsonadv@hotmail.com; e Bela. **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS**, brasileira, divorciada, portadora do RG n.º 7.742.986 SSP/PE e do CPF n.º 884.647.684-00, e-mail: wradvogadosjp@hotmail.com, com escritório profissional na Avenida Joaquim Nabuco, n.º 200, Timbó, Abreu e Lima/PE.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**, até final decisão, inclusive cumprimento de sentença, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, receber alvará junto à Serventia Judicial expedido em seu nome, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

CLAUSULA CONTRATUAL: Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos na base de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente instrumento.

Abreu e Lima/PE, 21 de Janeiro de 2019.

Outorgante: X



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

LUIZ CARLOS DIAS FERREIRA, brasileiro, solteiro, representante comercial, portador do RG n.º 3.851.576 SSP/PE e do CPF n.º 857.399.444-49, residente e domiciliado na Rua 115, n.º 25, Jardim Maranguape, Paulista/PE, CEP n.º 53.000-000. Declaro para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CÍVEL DA COMARCA DO RECIFE, ESTADO DE PERNAMBUCO**, nos termos do Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por não ter condições financeiras de suportar as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu sustento e de sua família, principalmente para ingressar com a presente **ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso a presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Abreu e Lima/PE, 21 de Janeiro de 2019.

Declarante: 



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

LUIZ CARLOS DIAS FERREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
3851576 SSP PE

CPF
857.399.444-49

DATA NASCIMENTO
30/08/1970

FILIAÇÃO
ARISTIDES DIAS
FERREIRA
MARIA DA CONCEICAO
DIAS FERREIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
01954364506

VALIDADE
12/01/2022

1ª HABILITAÇÃO
30/10/1996

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
GRAVATA - PE

DATA EMISSÃO
13/01/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

70924561645
PE076859126

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1420795100

PROIBIDO PLASTIFICAR
1420795100





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **857.399.444-49**

Nome: **LUIZ CARLOS DIAS FERREIRA**

Data de Nascimento: **30/08/1970**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **21/09/1991**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:56:00** do dia **21/12/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **CE4A.1466.A1F0.E513**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





compesa

CNPJ 09.769.035/0001-04
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA SEN SALGADO FILHO - NUM. - 00052 - CENT
RO PAULISTA PE 53401-440

DADOS DO CLIENTE				
MARIA DA CONCEICAO DIAS FERREIRA		MATRICULA:	44183684 Nov/2018	
R. CENSO E QUINZE, N. 00025 - JARDIM MARANGUAPE PAULISTA PE 534				
INSCRICAO: 274.215.395.1127.000 GRUPO: 14 DEB. AUTOMATICO: 044183684				
SITUACAO AGUA LIGADO	SITUACAO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA	
HIDRÔMETRO A175813589	DATA LEIT. ANTERIOR 09/11/2018	DATA LEIT. ATUAL 10/12/2018	TIPO DE CONSUMO (AVE) REAL / N MEDIDO	
AGUA: LEIT ANT: 12 LEIT ATU: 18 LEIT FAT: 18		ESGOTO: LEIT ANT: VOLUME: 6 LEIT ATU: LEIT FAT:		
CONSUMO: 6				
HISTORICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO				
		NUMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
10/2018	07 /07	TURBIDEZ	48	37
09/2018	05 /05	COR APARENTE	48	48
08/2018	05 /05	CLORO RESIDUAL	48	47
07/2018	05 /05	COLIF. TOTAIS	48	46
06/2018	02 /02		48	48
05/2018	06 /06		48	48
MEDIA:	05 /05			
Qualidade de Agua: www.compesa.com.br				
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICÖES SANITARIAS DA AGUA (3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDICÖES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA				
DESCRICAO DOS SERVICOS		CONSUMO	TOTAL(R\$)	
AGUA				
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)				
CONSUMO DE AGUA		6 M3	41,30	
ESGOTO 100,00 % DO VALOR DE AGUA				
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)				
CONSUMO DE ESGOTO		6 M3	41,30	
MULTA P/IMPONTUALIDADE 10/2018			1,66	

Loterias CAIXA

1ª VIA

348-67002732-5

826500000002 842600182742
044183684011 112018/00029

VALOR DO PAGAMENTO: 84,26

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
COMPESA CIA SAN PERNAMBUCO

LOI. 15.024726-5
LICENCIADA: PAULISTA
AC. VINCULADA: 0944

TERM 056305

14/12/2018

HORA DE 17:31:45

348-67002732-5

QUINTA: SORTEIOS de segunda-feira a sábado, Ap

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

VE

ME





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0118013554**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/12/2018** às **09:09**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **11/5/2018** às **07:45**

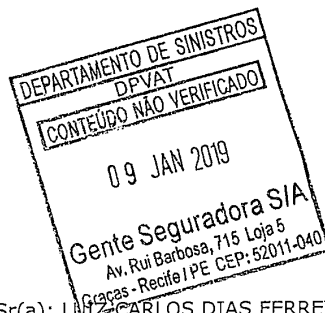
Fato ocorrido no endereço: **TRAVESSA MAJOR APRIGIO DA FONSECA, 01** - Bairro: **SAO PEDRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA DA CONCEIÇÃO DIAS FERREIRA (OUTRO)
LUIZ CARLOS DIAS FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ CARLOS DIAS FERREIRA**



Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

LUIZ CARLOS DIAS FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DA CONCEIÇÃO DIAS FERREIRA** Pai: **ARISTIDES DIAS FERREIRA** Data de Nascimento: **30/8/1970** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3851576/SSP/PE (RG), 85739944449 (CPF)** Profissão: **REPRESENTANTE COMERCIAL** Telefones Fixos: **- 34915917**
Telefones Celulares: **- 96363630**

Endereço Residencial: **RUA CENTO E QUINZE, 25 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM MARANGUAPE - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

CONDUTOR DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARIA DA CONCEIÇÃO DIAS FERREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA DE PLACA PDG-6804- PAULISTA /PE (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA DA CONCEIÇÃO DIAS FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ CARLOS DIAS FERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE 190** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDG6804** (PERNAMBUCO/PAULISTA)
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação



O SR. LUIZ CARLOS DIAS FERREIRA NOTICIOU NESTA 28ª CPOL, QUE ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA NO MUNICÍPIO DE BEZERROS PELA TRAVESSA MAJOR APRIGIO DA FONSECA QUANDO RECEBEU UM TRANCA DE VEÍCULO E CAIU EM VIA PÚBLICA . QUE SOFREU LESÕES NA PERNA DIREITA E RECEBEU EMERGENCIALMENTE APOIO DE POLICIAIS MILITARES . QUE O SAMU SOCORREU A VÍTIMA (Nº ID 0060) PARA UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO EM BEZERROS DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE- HRA ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO. REGISTROU-SE PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial


LUIZ CARLOS DIAS FERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ISAAC MARTINS RODRIGUES FILHO** - Matrícula: **2733013**






PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU



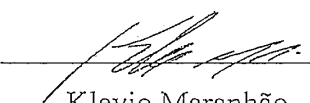
SAMU
192

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido da Sra. Maria da Conceição Dias Ferreira, Identidade: 1439339 SDS-PE, CPF: 141.584.264-72 que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado por este serviço ao Sr. Luiz Carlos Dias Ferreira, número da ocorrência – ID 0060, no dia 11 de maio de 2018, às 5h e 07min, com queixa de queda de moto, na via local da BR 232. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.

Bezerros, 23 de Maio de 2018.


Klevio Maranhão
Coord. RUE- SAMU
Bezerros-PE

Klevio Maranhão
Coord. Técnico da Rede de Urgência
e Emergência Bezerros
Mat. 600961

Rua: Vitoriano Pereira de Lima, 84 – Centro - CEP 55660-000 – Bezerros – PE
FONE/FAX: 3728-6716/6717 - RAMAL-34





2.ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

80-Nº

Série-A
1ª Parte

Unidade Operacional	Circunscrição	Data de Registro	Hora de Registro	Nº da Folha / Total de Folhas
101		22/05/2019	04:45	02 / 02
Descrição da Natureza		Artes de ocorrência do OJOS		
D.O. INFORMATIVO / ACIDENTE EM VIA PUBLICA				
Data (dd / mm / aaaa)	Hora (hh:mm)	☐ Autoria Conhecida ☐ Autoria Desconhecida	☐ Consumado ☐ Tentado	☐ Culposo ☐ Doloso
☐ Flagrante ☐ Ato Infracional				
Circunscrição do Fato				
VIA URBANA PROXIMO DO VIADUTO DA COAB				
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)				
ADRIÃO DA FONSECA				
Número				
SIN				
Complemento (Aplo, Sala, Andar)				
COAB				
Município				
PE DE KAT - BEZERRAS				
☐ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS				
TURISTA ☐ SIM ☐ NÃO				
Nome / Razão Social				
LUIZ CARLOS FERREIRA				
Nome / Razão Social				
ARISTIDES DIAS FERREIRA				
Nome / Razão Social				
MARIA DA CONCEIÇÃO DIAS FERREIRA				
Apelido / Nome Fantasia		Sexo ☐ M ☐ F	Estado Civil	1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorçado(a) 5. Anistiado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado
Data de Nascimento	Idade Aparente	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 Anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 Anos)	Escolaridade
05/08/1940	16			1.1º Grau Completo 2.1º Grau Incompleto 3.2º Grau Completo 4.2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto 7. Analfabeto
RG	CNH	Orgão Expedidor	UF	CPF
358546		PE		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)		Número		
RUA CENSO E QUINZE		15		
Bairro		Complemento		
MARANGUAPÉ		CEP		
03142-160		Município		
PAULISTA		UF		
PE		Profissão		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)		Número		
		Complemento		
Bairro	CEP	Município	UF	Telefone / Contato (DDD-Número)
Altura Aparente	1. Ad 1,5m 2. Ad 1,5m 3. Ad 1,5m	4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso	1. Até 20 kg 2. 21-40 kg 3. 41-60 kg
				4. 61-80 kg 5. 81-100 kg 6. Acima de 100 kg
				Cor da Pele
				1. Parda 2. Negra 3. Branca 4. Amarela
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Tipo de Cabelo / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Dentes (Descrever)		
☐ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS				
TURISTA ☐ SIM ☐ NÃO				
Nome / Razão Social				
Nome / Razão Social				
Nome / Razão Social				
Apelido / Nome Fantasia		Sexo ☐ M ☐ F	Estado Civil	1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorçado(a) 5. Anistiado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado
Data de Nascimento	Idade Aparente	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 Anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 Anos)	Escolaridade
				1.1º Grau Completo 2.1º Grau Incompleto 3.2º Grau Completo 4.2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto 7. Analfabeto
RG	CNH	Orgão Expedidor	UF	CPF
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)		Número		
		Complemento		
Bairro	CEP	Município	UF	Telefone / Contato (DDD-Número)
Dados Profissionais/Empresas		Profissão		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)		Número		
		Complemento		
Bairro	CEP	Município	UF	Telefone / Contato (DDD-Número)
Altura Aparente	1. Ad 1,5m 2. Ad 1,5m 3. Ad 1,5m	4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso	1. Até 20 kg 2. 21-40 kg 3. 41-60 kg
				4. 61-80 kg 5. 81-100 kg 6. Acima de 100 kg
				Cor da Pele
				1. Parda 2. Negra 3. Branca 4. Amarela
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Tipo de Cabelo / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Dentes (Descrever)		

Assinatura do Interessado(a):

Assinatura do responsável pelo preenchimento:

Impresso no Parque de Polícia Militar e AC



2ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

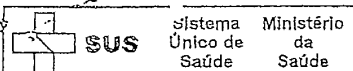
BO Nº

Série: A
2ª Parte

Fato	Unidade Operacional 42 BPM	Circunscrição	Data do Registro	Hora do Registro	Nº da Folha / Total de Folhas
Modus Operandi	Forma de Aproximação?		Forma de Ação de Abordagem?		
	Local de Entrada?		Forma de Entrada?		
	Alienagens no Local?		Forma de Evasão?		
	Crimes Sexuais?		Estorço?		
Objeto Envolvido	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido ? ☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
Dados do Veículo	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido ? ☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
Dados do Veículo	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavam
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do veículo?				
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavam
Dados Complementares	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do veículo?				
	RECEBEMOS INFORMAÇÃO DE QUE O ENVOLVIDO Nº 03 ESTAVA CAÍDO NA VIA LOCAL DE BEZERRAS, PRÓXIMO AO POSTO DA COHAB VITIMA DE UM ACIDENTE DE MOTO. AO CHEGAR NO LOCAL NOS DEPARAMOS COM O CIDADÃO CAÍDO NA CALÇADA E SUA MOTO DENTRO DOS MATOS. AO SER QUESTIONADO O MESMO INFORMOU QUE FOI VITIMA DE UM ACIDENTE CAUSADO POR UM VEÍCULO QUE O TRANCOU E SE EVADIU. ACIONAMOS O SAMU, QUE CONDUZIU O MESMO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ. EM SEGUIDA CONDUZIMOS A MOTOCICLETA PARA A 3ª BPM/4ª BPM (BEZERRAS). ENTAMOS EM CONTATO COM A MÃE DO ENVOLVIDO, QUE NOS INFORMOU QUE ESTÁ VINDO PARA O LOCAL. O CONTATO COM A GENITORA FOI FEITO ATRAVÉS DO NÚMERO DE TELEFONE (011) 9955-5432				
	Exames Periciais: S. Solicitado R. Realizado				
Tipo do Exame		Envolvido ☐ S ☐ R	Tipo do Exame		Envolvido ☐ S ☐ R
☐ Condutor ☐ Recbedor		Matrícula		Vetura	
Responsáveis	Responsável pelo Preenchimento		Interessado(a)		Responsável pela Validação
	Matrícula Nº		RG. 1439339		Matrícula Nº
	Ass.: Nome:		Ass.: Nome:		Ass.: Nome:



Horário



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Carlos Dias de Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

318314

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1201010151516181215

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/08/1940

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Vanice da Conceição Dias Almeida

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

1115

nº: 25

Manimanguapó

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Paulista

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

CKD com distúrbios com perda visual de progressão

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

doença crônica

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx - Arterioesclerose

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Doença do Rim

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Transfusão de sangue

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNES () JCPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Carlos

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

01/08/18

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNES () JCPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



HPA 154259C2

FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO: 838 722	
DATA: 11-05-18		HORA: 06:10		TELEFONE:	
NOME: Luz Carlos das Fereira				IDADE: 48	
NOME DA MÃE: Maria da Conceição das Fereira					
DATA DE NASCIMENTO: 30/08/1970		ACOMPANHANTE:			
END.: R. 165		BAIRRO: J. Paulista		N.º 27	
CIDADE: Paulista		SINAIS VITAIS			
PA: 150 190 mmHg	HGT: mg/dL	T: °C	PESO: kg	Téc. Enfermagem/COREN	

EC-93/S02-98%

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO

I - Sinais de Emergência imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- ☐ O Apnéia O Cianose O Estridor O FC < 50 ou > 140 bpm O FR < 10 ou > 32 irpm
- ☐ O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulso fraco ou ausente O PCR O Sudorese
- ☐ O PAS < 80 ou > 200 mmHg O PAD < 40 ou > 130 mmHg HGT < 40 ou > HI pg/dl O Convulsão no momento
- ☐ O Politraumatismo/Glasgow < 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
- ☐ O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
- ☐ O Broncoaspiração O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

- ☐ O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS < 90 ou > 180 mmHg O PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas
- ☐ O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambulação
- ☐ O Tumor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
- ☐ O Queimaduras de 1º e 3º áreas não críticas SCQ < 10% O Víctima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- ☐ O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
- ☐ O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Melena O Hematêmese O Enterorragia O Epistaxe
- ☐ O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

- ☐ O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- ☐ O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
- ☐ O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
- ☐ O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O Dor de ouvido moderada a grave
- ☐ O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abscessos O Intercorrências ortopédicas

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

- ☐ O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
- ☐ O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- ☐ O Troca de curativos ou retiradas de pontos
- ☐ O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
- ☐ O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
- ☐ O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- ☐ Vermelho
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS
Rua Dr. José Mariano, 62 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (81) 3728-1182
Maurício José de Vasconcelos - Tabelião Público



Autenticação de Documento: 43/05/2018 10:41:09

Confira em o original que me foi apresentado. Dou fe.

Maurício Vasconcelos - Tabelião

Selo Digital N.º 0077727.80205201801.00440

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seloDigital

Alergias: () NÃO () SIM, à

ENCAMINHADO:

Assinatura da enfermeira e carimbo

ORIENTAÇÕES

FICHA DE ATENDIMENTO

Alergias: () NÃO () SIM, à

REGISTRO: 1

Queixas:

Arrebolho nos olhos com lacrimejamento e com
 presença de secreção em tom amarelado
 e pontos pruriginosos

Exame físico:

B. E. L. acendado, giratório, COTC
 eugneria

H.D.:

F. notum eugneria

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta:

1. SM 100 mg em 12h 10 2°
2. Oxirone 0,1 mg + 100 mg
3. Bactrim 25. 0,1 mg

Cristiane Silva
 Tcn. Enfermagem
 CRM-PE 10.123

TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
Consulta simples	Melhora	Data: / /	SIM ()
Consulta c/ Observação	Solicitação	Hora: :	NÃO ()
Indicação (Internamento)	Transferência		DIAS: :
	Indisciplina		
	Óbito		

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS
 Rua Dr. José Mariano, 52 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (81) 3728-1192
 Maurício José de Vasconcelos - Tabelião Público

23/05/2018 10:48:01
 Autenticado de Documento.
 Conferido com o original que me foi apresentado. Dou fe.
 Custas R\$ 3,41
 TSMR R\$ 4,00
 Total R\$ 7,41
 Pelo Digital N.0077727.HSE05201801.00445
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seleção

Dr. Maurício Cabral
 MÉDICO
 CREMEPE 23403

Médico - CREMEPE
 (Carimbo)





Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrica () Psiquiátrica () Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
SENHA 54 23 961	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: <u>BRIZ CARLOS DA FONSECA</u>	Idade: <u>48</u>
Sexo: <u>M</u> () F () Profissão: _____	Fone: _____
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____
Cidade: _____	
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Rasseio () Motocicleta () Atropelamento: Pedestre () Ciclista () Autônomo (Colisão): Passageiro () Motorista () Barco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N () Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N () Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento () Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____ Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico () Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau () Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo: _____ () Arma Branca/Tipo: _____ Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____ Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento	
CAUSAS CLÍNICAS	
História Clínica Atual: <u>Queda após colisão moto e car</u> <u>pronta atendimento e leva com</u> <u>em trânsito</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>fratura exposta?</u>	
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
T.E.C. Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: <u>140 x 90</u>	
Glicemia Capilar (HGT): _____	
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N () Sibilos Expiratórios: S () N () B.A.M.: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N () Distúrbio Gula/Choro: S () N () Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N () Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas () Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino () Coloração da Pele: Normocrada () Palidez () Cianose () Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()	
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FO: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Inresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4

Abertura Ocular a Voz 3

Abertura Ocular a dor 2

Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5

Confuso 4

Resposta Inapropriada 3

Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6

Localiza Estímulo Doloroso 5

Retirada ao Estímulo Doloroso 4

Descorticação 3

Descerebração 2

Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Miotase () Miosse ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-15: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Víctima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S () N () Informante: Víctima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Extase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibióticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade: _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

Rx: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

F. volume

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Hora: _____

Dr. Maurício Cabral

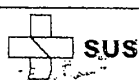
MÉDICO
CREMEPE 28403

Médico Assistente

Local e data

12.05.18





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8198003454546825

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/08/1940

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

318314

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria da Conceição Dias Seneira

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R- 115

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Paulista

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNIL DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

54 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

55 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

56 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

57 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

58 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

59 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

60 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

61 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

62 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

63 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

64 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

65 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

66 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

67 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

68 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

69 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

70 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

71 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

72 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

73 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

74 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

75 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

76 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

77 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

78 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

79 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

80 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

81 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

82 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

83 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

84 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

85 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

86 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

87 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

88 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

89 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

90 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

91 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

92 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

93 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

94 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

95 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

96 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

97 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

98 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

99 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

100 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

101 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

102 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

103 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

104 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

105 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

106 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

107 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

108 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

109 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

110 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

111 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

112 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

113 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

114 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

115 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

116 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

117 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

118 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

119 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

120 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

121 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

122 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

123 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

124 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

125 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

126 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

127 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

128 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

129 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

130 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

131 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

132 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

133 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

134 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

135 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

136 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

137 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

138 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

139 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

140 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

141 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

142 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

143 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

144 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

145 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

146 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

147 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

148 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

149 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

150 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

151 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

152 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

153 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

154 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

155 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

156 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

157 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

158 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

159 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

160 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

161 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

162 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

163 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

164 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

165 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

166 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

167 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

168 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

169 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

170 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

171 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

172 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

173 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

174 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

175 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

176 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

177 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

178 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

179 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

180 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

181 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

182 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

183 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

184 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

185 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

186 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

187 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

188 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

189 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

190 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

191 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

192 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

193 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

194 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

195 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

196 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

197 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

198 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

199 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

200 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

201 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

202 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

203 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

204 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

205 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

206 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

207 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

208 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

209 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

210 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

211 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

212 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

213 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

214 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

215 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

216 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

217 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

218 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

219 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

220 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

221 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

222 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

223 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

224 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

225 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

226 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

227 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

228 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

229 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

230 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

231 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

232 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

233 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

234 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

235 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

236 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

237 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

238 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

239 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

240 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

241 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

242 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

243 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

244 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

245 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

246 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

247 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

248 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente:

Luis Carlos Dias Pereira

Nº do Registro:

Clínica:

Dortupera

Nº do Leito

Operador:

Rafael

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

18.07.18

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Pupila e fibra fibul c/f r-x-d

Diagnóstico Pós-Operatório:

Pupila e fibra fibul c/f r-x-d

Operação Proposta:

Operação Realizada:

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Leu o exame
Anexo
Exame h -
Reflexo do Pênis
Causa
Anexo

Dr. Rallian Nóbrega da Costa
CRM 33632-9/16
TOD 11/2018





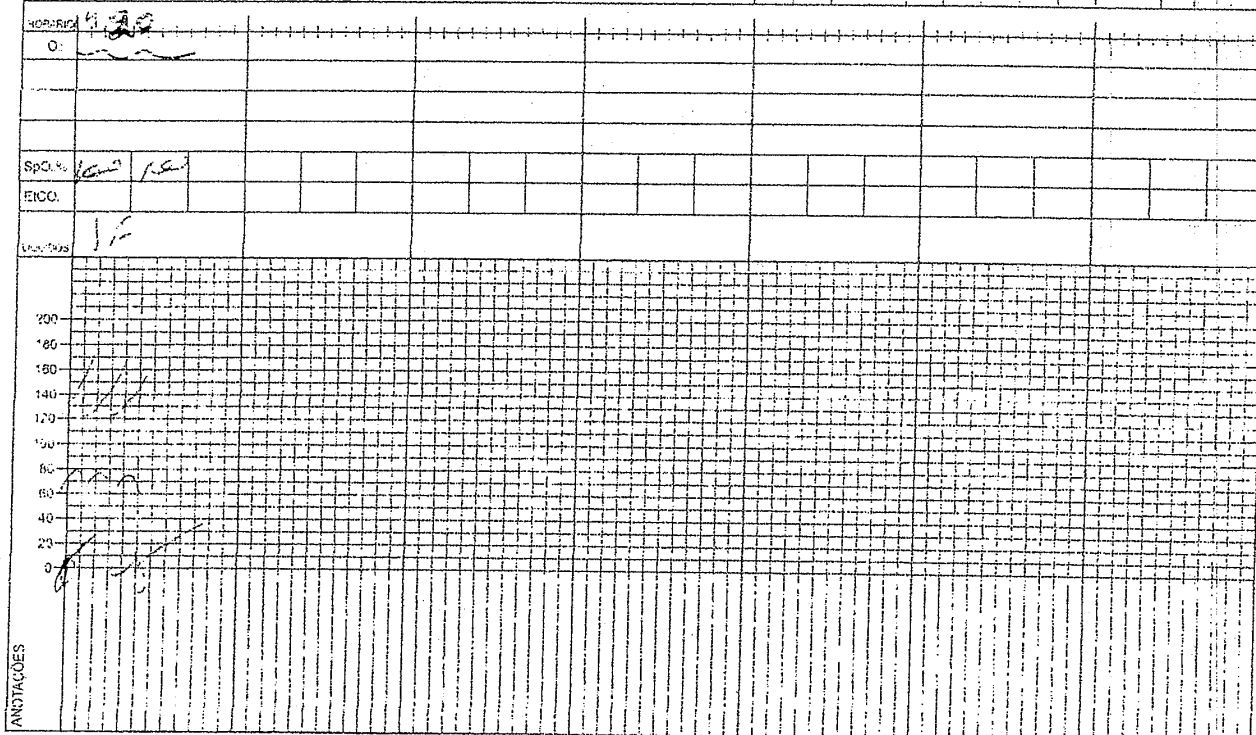
COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

N 176632

VALOR

NOME	Luz Carlos dos S. Almeida			REGISTRO	318214	CATEGORIA	5.00						
HOSPITAL	HNA			SEXO	M ☒ F ☐	COR	Br ☐ Pd ☐ N ☐	IDADE	42	HORÁRIO	12:20	DATA	18/03/18
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Retirada de cateter de traqueia			PESO	75 Kg	PA	147 x 100	FC	60	BPM	22	IRPM	11
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	O			CÓDIGO CIRURGIA				1361314 0.0.5h		PORTE		2	
OPERAÇÃO PROPOSTA	Retirada de cateter de traqueia												
OPERAÇÃO REALIZADA	O												



AGENTES	CONC	QUANTIDADE	TÉCNICA ANESTÉSICA:
1	-	100mg	
2	-	100mg	
3	-	100mg	
4	-	100mg	
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 1			DURAÇÃO DA ANESTESIA: 27
☒ CARDIOSCÓPIO ☐ CAPNÓGRAFO ☐ PVC			☐ ENCAMINHADO ☐ DESTINO
☒ OXÍMETRO ☐ S. VESICAL ☐ TEMPERATURA			
☒ PNI ☐ LINHA ARTERIAL ☐ MONITOR DO ESTADO CEREBRAL			
☐ ENCAMINHADO ☐ DESTINO			☐ ENCAMINHADO ☐ DESTINO

Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 05/02/2019 15:07:31

Dr. Zénia Lima
CRM: 70817

ASSINATURA DO ANESTESIOLOGISTA

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

AT: 4129



BLOCO CIRÚRGICO							
PACIENTE: Luiz Carlos Dias Penna				REGISTRO Nº 318			
SALA CIRÚRGICA Nº 07				DATA 18/07/18			
CIRURGIA: Redução de fix. cetro. M.B.				CIRURGIÃO: Dr. Railton			
ANESTESIA: Sedação				ANESTESIOLOGISTA: Dr. Zéris			
QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
5m	Oxigênio			5	Agulha Descartável		
	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina				Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g			03	Atadura Crepom		
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio		
	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%				Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
01	Soro Fisiológico				Fio de Nylon		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			03	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxicam			01	Lâmina de Bisturi		
01	Propofol			01	Luvas Estéreis 7,0		
01	Lidocaina				Luvas Estéreis 7,5		
					Luvas Estéreis 8,0		
					Seringa 5ml		
				02	Seringa 10ml		
					Seringa 20ml		
					Sonda de Foiev		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Dr. Railton Marinho da Costa
 CRM 3965-PA/12.199-PE
 TEPOT 11.288

Assinatura do Cirurgião

Glaucia 986760

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia





SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HRA HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA
AValiação PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 18/07/18. HORA DE ADMISSÃO: HORA DA LIBERAÇÃO:
REGISTRO: 318314 CIRURGIÃO: Raulton ANESTESISTA: Zenaia
NOME DO PACIENTE: Luiz Carlos Gomes Ferreira
PROCEDIMENTO REALIZADO: Ret. Ex. Ext. MTD. PONTUAÇÃO FINAL: 10

ITEM DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	NA ADMISSÃO	APÓS		
			1h	2h	3h
Respiração: - Capacidade de respirar profundamente e tossir - Esforço respiratório limitado (dispnéia ou imobilização) - Nenhum esforço espontâneo	2 1 0	/			
Circulação: Pressão arterial sistólica. > 80% do nível pré-anestésico 50 a 80% do nível pré-anestésico < 50% do nível pré-anestésico	2 1 0	/			
Nível de Consciência: - Responde verbalmente às questões/ orientado no espaço - Acorda quando chamado pelo nome - Não responde ao comando	2 1 0	/			
Coloração: - Coloração e aparência normais da pele - Coloração da pele alterada: pálida, escura, manchada, icterícia - Cianose evidente	2 1 0	/			
Atividade Muscular: Movimenta-se espontaneamente ou sob comando: - Capacidade de movimentar todas as extremidades - Capacidade de movimentar duas extremidades - Incapacidade em controlar qualquer extremidade	2 1 0	/			
Total:					

Necessário para que receba Alta da Sala de Recuperação: 7-8 pontos

Observações:

com curativos

Laís Nangleto
Enfermeira

CORREN-PE 523908



Estado Geral:

☒ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave ☒ Normocorado ☐ Hipocorado ☐ Anictérico
☐ Ictérico ☐ Cianótico ☐ Acianótico ☐ Hidratado ☐ Desidratado ☒ Anasarca

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**Nível de Consciência:**

☒ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Torporoso ☐ Sonolento ☐ Alerta

Nível de Orientação:

☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sob sedação

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

AR 18

RPM

Modo: Fi O2: PEEP: Sat O2:

☒ Espontânea ☐ Traqueostomizada ☐ VM ☐ UNI c/O2 ☐ Venturi

O2 Suplementar 1/min:

☐ Cateter Nasal ☐ Macronebulizador ☐ Venturi ☐ Eupneico ☐ Dispneico
☐ Traquidispneico ☐ Bradipneico

Murmúrios Vesiculares:

☐ Presentes ☒ Ausentes ☐ Diminuídos

Ruídos Adventícios:

☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores ☐ Creptantes

Dreno Torácico:

☐ Sim ☒ Não Local:

Oscilação:

☐ Sim ☐ Não Aspecto da Drenagem:

Expansibilidade Torácica Conservada:

☒ Sim ☐ Não

Tosse:

☐ Sim ☒ Não ☐ Produtiva ☐ Não Produtiva

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: 90 bpm PA: 100 x 75 mmHg

Pulso: 90 bpm ☐ Cheiro ☐ Filiforme ☐ Ausentes

Uso de Drogas Vasoativas:

☐ Sim ☒ Não ☐ Qual?

Acesso Venoso Central:

☐ Sim ☐ Não ☐ Qual?

Acesso Venoso Periférico:

☒ Sim ☐ Não ☐ Qual? MSD

SISTEMA GASTROINTESTINAL**Abdomen:**

☒ Plano ☐ Globoso ☐ Distendido ☐ Escavado ☐ Depressível ☐ Ascítico
☐ Doloroso ☐ Não Doloroso ☐ Local:

RHA:

☒ Presentes ☐ Ausentes

SNG:

☐ Sim ☒ Não ☐ P/Gavagem ☐ Sinfonagem

SNE:

☐ Sim ☒ Não

SISTEMA GENITO-URINÁRIO**Diurese:**

☒ Presente ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ Volume: ml
☐ Aspecto:

SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO**Deambulação:**

☐ Sim ☐ Não ☒ Repouso Relativo ☐ Repouso Absoluto

Mobilidade:

☒ Ativa ☐ Passiva

Adson Jose Alves de Farias
Enfermeiro



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

At. 412917

BLOCO CIRÚRGICO							
PACIENTE: <u>Luiz Carlos Dian Ferreira</u>				REGISTRO Nº <u>318</u>			
SALA CIRÚRGICA Nº <u>07</u>				DATA <u>01/08/18</u>			
CIRURGIA: <u>TT: Cirúrgico de abd. do p/lo T11abial MID</u>				CIRURGIÃO: <u>Dr. Newton</u>			
ANESTESIA: <u>Raqui</u>				ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. Zaira</u>			
QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
01	Oxigênio			01	Agulha Descartável	280	280
01	Água Destilada			01	Agulha para Pendura		
01	Atropina			01	Agulha para Raqui	n: 25	
01	Bupivacaína			01	Atadura Gessada		
01	Cefazolina 1g			01	Atadura Crepom		
01	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio		
01	Dezametasona 4mg			01	Cateter para Venopunção		
01	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
01	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina			01	Fio de Aço <u>VINYL-1</u>		
	Ringer co Lactato			01	Fio de Algodão		
01	Soro Fisiológico <u>500ml</u>			01	Fio de Nylon <u>3-0</u>		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			01	Gase 7,5x7,5		
02	Tenoxicam			01	Lâmina de Bisturi	n: 24	
01	<u>Dimen</u>			03	Luvas Estéreis 7,0		
02	<u>Cefalosina</u>			03	Luvas Estéreis 7,5		
01	<u>Midazolam</u>				Luvas Estéreis 8,0		
01	<u>Fentanyl</u>				Seringa 5ml		
05	<u>Complexo</u>			01	Seringa 10ml		
01	<u>Esparadrapo</u>				Seringa 20ml		
01	<u>Alcool 70%</u>				Sonda de Foiev		
01	<u>Clorexidina</u>				Sonda Endotraqueal		
02	<u>Algodão</u>				Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 05/02/2019 15:07:31

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020515073110500000040207541

Número do documento: 19020515073110500000040207541

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Paciente:

Nº do Registro:

Clinica:

Nº do Leito

Operator:

1° Assistente;

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anesthesia:

Duração:

Data da Operação:

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fraxinus pilosa Fernald

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Placa Anterior de pilão
fibral D + Fenoestrono

Operação Realizada:

A mes me

De 2 am DDH, 106. 700. 000. 000. 000. 000.
 Antimicrobiano Amoxicilina + Clavulato com
 porfirina e 100 mg
 Imunização mensal em pessoa de 12 D
 Imunização por pessoa
 Imunização de 1x do pílula tibial D + 1 con
 Adesão diária
 Danfe to caso fib. 1000
 Imunização em 1200 kg.
 Dose de 100. 000. 000. 000. 000. 000.
 1000
 Colocação por anastomose em pílula
 tibial D.
 Aproximadamente por pessoa, 1000, 1000, 1000

Clifton Anja Oliver
Medico
5' RM 30341

01 A53, LUI8



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HRA HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA
AValiação Pós-Anestésica

DATA: 01/08/18 HORA DE ADMISSÃO: 15:30 HORA DA LIBERAÇÃO: _____
REGISTRO: 348344 CIRURGIÃO: Raulton ANESTESISTA: Z.ênio
NOME DO PACIENTE: Quinz Carlos Dias Ferreira

PROCEDIMENTO REALIZADO: _____ PONTUAÇÃO FINAL: _____

ITEM DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	NA ADMISSÃO	APÓS		
			1h	2h	3h
Respiração: - Capacidade de respirar profundamente e tossir - Esforço respiratório limitado (dispnéia ou imobilização) - Nenhum esforço espontâneo	2 1 0	☒			
Circulação: Pressão arterial sistólica > 80% do nível pré-anestésico 50 a 80% do nível pré-anestésico < 50% do nível pré-anestésico	2 1 0	☒			
Nível de Consciência: - Responde verbalmente às questões/ orientado no espaço - Acorda quando chamado pelo nome - Não responde ao comando	2 1 0	☒			
Coloração: - Coloração e aparência normais da pele - Coloração da pele alterada: pálida, escura, manchada, icterícia - Cianose evidente	2 1 0	☒			
Atividade Muscular: Movimenta-se espontaneamente ou sob comando: - Capacidade de movimentar todas as extremidades - Capacidade de movimentar duas extremidades - Incapacidade em controlar qualquer extremidade	2 1 0	☒			
Total:		<u>09</u>			

Necessário para que receba Alta da Sala de Recuperação: 7-8 pontos

Observações:

[Assinatura]

01/08/2018



☒ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave ☒ Normocorado ☐ Hipocorado ☒ Anictênico
() Ictérico () Cianótico (☒) Acianótico (☒) Hidratado () Desidratado () Anasarca

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de Consciência:

(☒) Consciente () Inconsciente () Torporoso () Sonolento () Alerta

Nível de Orientação:

(☒) Orientado () Desorientado () Sob sedação

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

AR: _____ RPM: _____

Modo: _____ Fi O2: _____ PEEP: _____ Sat O2: _____

(☒) Espontânea () Traqueostomizada () VM () UNI c/O2 () Venturi

O2 Suplementar 1/min:

() Cateter Nasal () Macronebulizador () Venturi (☒) Eupneico () Dispneico
() Traquidispneico () Bradipneico

Murmúrios Vesiculares:

(☒) Presentes () Ausentes () Diminuídos

Ruídos Adventícios:

() Roncos () Sibilos () Estertores () Creptantes

Dreno Torácico:

() Sim (☒) Não Local: _____

Oscilação:

() Sim () Não Aspecto da Drenagem: _____

Expansibilidade Torácica Conservada:

(☒) Sim () Não

Tosse:

() Sim (☒) Não () Produtiva () Não Produtiva

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: _____ bpm PA: _____ mmHg

Pulso: _____ bpm (☒) Cheiro () Filiforme () Ausentes

Uso de Drogas Vasoativas:

() Sim (☒) Não () Qual? _____

Acesso Venoso Central:

() Sim (☒) Não () Qual? _____

Acesso Venoso Periférico:

(☒) Sim () Não () Qual? MSE

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdomen:

() Plano () Globoso () Distendido () Escavado () Depressível () Ascítico
() Doloroso (☒) Não Doloroso () Local: _____

RHA:

(☒) Presentes () Ausentes

SNG:

() Sim (☒) Não () P/ Gavagem () Sifonagem

SNE:

() Sim (☒) Não

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

Diurese:

() Presente () Ausente (☒) Espontânea () SVD () Volume: _____ ml
() Aspecto: _____

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO

Deambulação:

() Sim () Não (☒) Repouso Relativo () Repouso Absoluto

Mobilidade:

() Ativa (☒) Passiva

Assinatura do(a) Enfermeiro(a)



SINISTRO 3190020989 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUIZ CARLOS DIAS FERREIRA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO LUIZ CARLOS DIAS FERREIRA
CPF/CNPJ: 85739944449

Posição em 17-01-2019 12:56:20

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
16/01/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
Seção B da 20ª Vara Cível da Capital

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA
JOANA BEZERRA, RECIFE - PE - CEP: 50080-800 - F:(81) 31810334

Processo nº **0006337-07.2019.8.17.2001**

AUTOR: LUIZ CARLOS DIAS FERREIRA

RÉU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DECISÃO

Vistos etc.

Inicialmente, defiro a gratuidade da Justiça, ante a exposição de motivos narrada na exordial, documentação acostada e a própria natureza da ação.

Considerando a norma processual fundamental da duração razoável do processo (art. 4º, NCPC) e a possibilidade de conciliação em qualquer fase do processo (art. 3º, NCPC).

Considerando que nas ações relativas à cobrança de seguro DPVAT o êxito nas conciliações é mais provável após realização de perícia.

Deixo de proceder, neste momento, com a designação da audiência de conciliação prevista no art. 334 do CPC e determino, de plano, a citação da parte demandada para, querendo, ofertar defesa nos moldes do art. 335 e ss. do NCPC, no prazo de 15 dias (art. 335, III, c/c 219, do NCPC), sob pena de revelia.

