



## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Robson José da Silva Souza, Brasileiro casado, Av. de Serviços Gerais, Pl. 8.354.426 SCS/PE, CPF 032.546.454-60, residente e domiciliado na Lot. MAJ Expedito, 76, Lagoa, Vitória de Santo Antão-PE, CEP 55600-000.

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, respectivamente, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Salas 09/10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm\_adv08@hotmail.com,

## PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicia", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

## TERMO DE CARÊNCIA

DECLARO nos termos da Lei nº. 7.115, de 29 de agosto de 1983 e seguintes, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do meu sustento e de minha família.

Carpina/PE, 15 de agosto de 2018.

Juliana de Albuquerque Magalhães  
Outorgante

Rua Padre Rocha, 177, São José, Carpina-PE. (81) 99535-9693  
Av. Fagundes Varela, 988 - Sl. 10 - Jardim Atlântico - Olinda - PE. (81) 99898-9933  
jm\_adv08@hotmail.com



## TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU, Robson José da Silva Souza, Brasileiro(a)

Portador (a) da cédula do Rg nº 8.354.426 - SDS/PE inscrito sob CPF Nº

09215461454-60 Residente e Domiciliado na Lot. Major G+P

Aut. 76, Lajá, Vitória da Santo Antas-PE.

Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos assinados entregues, dito informado e assinado para requerer a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT, em que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

Recife, 22 de dezembro de 2018.

X Robson José da Silva Souza  
Assinatura

01º) \_\_\_\_\_  
Testemunha

02º) \_\_\_\_\_ Testemunha

1º via contratante

2º via contratado



8.355.426 06/08/2007

<< ROIBSON JOSE DA SILVA SOUZA >>

<< JOSE MARIA DE SOUZA >>

<< JOSEFA MARIA DA SILVA SOUZA >>

RIBEIRÃO - PE 20/11/1990

<< CN 22386 L 634 \* 227V CRT  
RIBEIRÃO PE 03-05-1981 >>

*Juliana*

07B-47

*Ribeirão - João da Silva Souza*





## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

JOSEFA MARIA DA SILVA  
CPF: 054.101.114-80 NIS: 12466014663

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO MAJ EXPEDITO 76

CAJAVITÓRIA DE SANTO ANTAO  
55600-006 VITÓRIA DE SANTO ANTAO PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),  
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à  
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no  
site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

## DATA DE VENCIMENTO

27/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

33,24

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

20/09/2018

## DATA DA APRESENTAÇÃO

20/09/2018

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

032590608

## CONTA CONTRATO

007008272985

## Nº DO CLIENTE

2001806838

## Nº DA INSTALAÇÃO

0005442129

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

6CFE.BB79.9CA8.2DD9.A930.1325.4ED0.C809

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18599459	5,60
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	67,00	0,32056215	21,47
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,68
Contrib. Rum. Pública Municipal			2,67
Multa por atraso-NF 028822388 - 22/08/18			0,55
Juros por atraso-NF 028822388 - 22/08/18			0,17
Atualização IGPM-NF 028822388 - 22/08/18			0,10
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>33,24</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	29,75	1,03	0,30	29,75	4,68	1,39

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,17629659	SET 18	87
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,32226000	AGO 18	91
		JUL 18	86
		JUN 18	84
		MAI 18	86
		ABR 18	82
		MAR 18	83
		FEV 18	83
		JAN 18	110
		DEZ 17	89
		NOV 17	67
		OUT 17	96
		SET 17	68

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$	%
Geração de Energia	34,35 49,27
Transmissão	1,75 5,09
Distribuição (Celpe)	5,19 27,53
Encargos Setoriais	1,10 4,09
Tributos	1,80 5,68
<b>TOTAL</b>	<b>29,75 100</b>

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Rº	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
00000903011208712	CAT	22/08/2018	8.350,90	20/09/2018	8.457,00	29	1,80000	0,00	97,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 22/10/2018

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jul/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	VITÓRIA DE SANTO ANTAO	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-No.de vezes sem Energia	ANTA	0,00	3,35	6,72	13,45
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,37	6,09	0,09
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 13,05					
Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: loja construtora: rua andré vidal de negreiros 130 centro / supermercado ki barato: r joaquim nabuco 363 matriz lista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.  
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 29,05.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

## NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007008272985	09/2018	33,24	27/09/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838300000004 332400110072 008272985100 128900274138



## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

[ndimento.celpe.com.br/NDP\\_DCSRUCES\\_D-home~neologw-sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?redirfa...](http://ndimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D-home~neologw-sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?redirfa...) 1/1

Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 21/02/2019 15:59:04

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022115590474300000041049915>

Número do documento: 19022115590474300000041049915



**PREFEITURA MUNICIPAL DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**SAMU – SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**



**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que, **ROBSON JOSE DA SILVA**, Filiação Josefa Maria da Silva Souza, Sexo Masculino, 27 anos, Identidade 8354426 - SDS, CPF 092,546,454-60, Rua 14, CAIC, Vitoria de Santo Antão - PE, Foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (conforme Registros)

**18/08/2018 às 22 horas, QTC 515686.**

Observação: Transcrição, na íntegra, do item "Causas Clínicas – História Clínica + Hipótese Diagnóstica Conhecida", anotadas na ficha de atendimento.

Paciente conforme registros vítima de acidente automobilístico, (**COLISAO MOTO X MOTO**), realizado PROTOCOLO DE TRAUMA ENCAMINHADO PARA O HJMO.

Vitória de Santo Antão – PE

24 de AGOSTO de 2018

Antônio Carlos de O. Santos  
Enfermeiro de Enfermagem TO  
COREN 176921

**ANTÔNIO CARLOS DE OLIVEIRA SANTOS**

**Enfermeiro COREN 176921**

**Coordenador de Enfermagem**

**SAMU Vitória de Santo Antão**

**Av Henrique de Holanda s/n Lúcia Queiroz – Vitoria de Santo Antão – PE**  
**Email samuvitoria192@outlook.com**





**Nome:** ROBSON JOSE DA SILVA SOUZA

**Dt. Nasc.:** 20/11/90 - 27 ano (s)

**Mãe:** JOSEFA MARIA DA SILVA SOUZA

**Nº registro:** 577571

**Sexo:** Masculino

**Fone:**

**Endereço:** RUA 14, nº 76, CAIÇ. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

**Data/hora:** 18/08/2018 - 22:13

**Sector:** Leito:

**Nº pág.:** 1/1

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

#### ANAMNESE:

**Moto - S**

**ALERGIA:** NEGA

**QUEIXA PRINCIPAL:**

SAMU VITORIA , TEC ALAN , RELATA PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO TRAUMA EM MID FÊMUR .

#### EXAME FÍSICO:

Pa: 200 X 120 mmHg Temp: °C HGT: 111 mg/dL

Peso: Kg Altura: m SP O<sub>2</sub>: 99 %

**Observação:**

FUMES

**Classificação de Risco:**

URGÊNCIA - AMARELO

**Encaminhado para:**

CONSULTÓRIO - TRAUMATOLOGIA

**Especialidade:**

TRAUMATOLOGIA

CRM: 566305

Dra ELISANGELA MARIA DE SANTANA AMARAL

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE  
Contato: (81) 3526-8833





**Nome:** ROBSON JOSE DA SILVA SOUZA

**Dt. Nasc.:** 20/11/90 - 27 ano (s)

**Mãe:** JOSEFA MARIA DA SILVA SOUZA

**Nº registro:** 577571

**Sexo:** Masculino

**Fone:**

**Endereço:** RUA 14, nº 76, CAIÇ. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

**Data/hora:** 18/08/2018 - 22:53

**Setor:** Leito:

**Nº pág.:** 1/1

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

### EXAME FÍSICO

PA: 140 X 80 Temperatura: HGT:

Altura: Peso:

### ANAMNESE DO MÉDICO

RX COM FRATURA DE FEMUR 1/3 MEDIO INFERIOR COM DESVIO DO EIXO DA COXA DIREITO

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

### CONDUTA

FRATURA DE FEMUR 1/3 MEDIO INFERIOR COXA DIREITA

### EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

SEQUE AS PELICULAS DE RX

### DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Local: Hosp. Otávio de Freitas

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 8493745

CRM: 3506  
Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE  
Contato: (81) 3526-8833











# HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE



## RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: ROBSON JOSE DA SILVA		Nº DO REGISTRO: 1066293
CLINICO: ORTOPEDIA		Nº DO LEITO: 30-02
OPERADOR: DR. MARCO LIMA		
1º ASSISTENTE: DR. JORGE FERRAZ	2º ASSISTENTE: DR JOAQUIM FERNANDES	
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DR VALBERTO	
ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 30/08/18	INICIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDO + RETIRADA DE FIO TRANSÓSSEO DE TIBIA		
OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA		

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. RETIRADA DE FIO TRANSÓSSEO EM TIBIA ESQUERDA
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS MIE
5. INCISÃO LATERAL EM COXA ESQUERDA + DIVULSÃO POR PLANO SUBVASTO ATE FOCO DE FRATURA
6. REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR
7. APOSIÇÃO DE PARAFUSO DE POSIÇÃO ANTERO-POSTERIOR
8. FIXAÇÃO COM PLACA DCP 4,5 + FIXAÇÃO COM 08 PARAFUSOS CORTICAIS
9. LIMPEZA COM SF0,9%
10. APOSIÇÃO DE DRENO
11. SUTURA POR PLANOS DE INCISÃO LATERAL DA COXA ESQUERDA
12. CURATIVO
13. À SR

EMPRESA	MATERIAL
ORTOMEDICA	01 PLACA DCP 4,5
ORTOMEDICA	09 PARAFUSOS CORTICAIS

Dr. Marco Lima  
T.M.O. 1066293





## ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

ROT 13.4-01.V1

SETOR:	B. Trauma	DATA:	19.02.18
NOME:	Robson Jose da Silva Senza		
NOME SOCIAL:			
IDADE:	27	DATA DE NASCIMENTO:	20/11/90
FILIAÇÃO:	Jose da Silva Senza - Josefa da Silva Senza	ESTADO CIVIL:	Solteiro
ENDEREÇO:	R. 14 Rua Vitoria de St. Antao PE		
PONTO DE REFERENCIA:	Prós a igreja Batista		
TELEFONE:	8419-3381		
ENTREVISTADO(A):	Robson Jose da Silva Senza	PARENTESCO:	Dono
DOCUMENTOS: POSSUI ( ) NÃO ( )	APRESENTADOS:	ED 2354426 SDS/PE	

1º ATENDIMENTO:	READMITIDO ( )	PROCEDÊNCIA:	Hosp. Hosp. Municipal
ACOMPANHANTE:	Robson Jose da Silva Senza	PARENTESCO:	Dono
TABAGISMO: SIM ( ) NÃO ( )	ABANDONO ( )	ETÍLICOS: SIM ( ) NÃO ( )	ABANDONO ( )
OUTRAS DROGAS: SIM ( ) NÃO ( )	ABANDONO ( )	QUAIS:	
POSSUI NECESSIDADE ESPECIAL: SIM ( ) NÃO ( )	QUAIS:		
COBERTURA DE PSF: SIM ( ) NÃO ( )	ACOMPANHAMENTO: SIM ( ) NÃO ( )		

PROFISSÃO:	Motociclista	ESCOLARIDADE:	3. Médio
VÍNCULO EMPREGATÍCIO: SIM ( ) NÃO ( )		OUTROS:	
COMPOSIÇÃO FAMILIAR:	Genitor e três irmãos		
APOIO FAMILIAR: SIM ( ) NÃO ( )		BENEFÍCIO: PREVIDENCIÁRIO ( ) ASSISTÊNCIAL ( ) NÃO RECEBE ( )	

ALTA HOSPITALAR: SAÍRA ACOMPANHADO ( ) DESACOMPANHADO ( )	
CONTATO C/ MUNICÍPIO: RECURSOS PRÓPRIOS ( ) CONTATO C/ FAMÍLIA ( )	

OBSERVAÇÕES: Vítima de acidente de moto  
Colado - Moto - Camionete - Pneu  
Oriundo - Rua - Hosp. Anterior - Alamp.  
93179-2735 Josefa (Dono)

ASSISTENTE SOCIAL:

043-HOF





**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
PERÍODO TRANS-OPERATÓRIO**

ROT 009 - 02.V1

CHECAGEM TRANS-OPERATÓRIO DE ENFERMAGEM  
PREENCHIMENTO PELO ENFERMEIRO DO BLOCO CIRÚRGICO  
RESOLUÇÃO COFEN - 272/2003 - Revogada pela Resolução COFEN nº 358/2009  
BLOCO CIRÚRGICO GERAL ☐ BLOCO CIRÚRGICO TRAUMATOLOGIA ☒

DATA: 30/08/18

27 414

PACIENTE: ROBSON Azeite de Silva DATA NASC.: 29/11/90 REGISTRO: 1066293 ATEND.: 79923  
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO SIM ☐ NÃO ☒ POSTO: ENFERMARIA: LEITO:

CIRURGIA PROPOSTA: DATA DA CIRURGIA: 30/08/18 HORÁRIO: ☒ M ☐ T ANESTESIA PROPOSTA: Rápid

CONHECIMENTO DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO  
☐ NENHUM ☐ POUCO ☒ SUFICIENTE ☐ MUITO

**CHECKLIST DE ADMISSÃO**

• CHECAGEM MATERIAL CONSIGNADO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
• CHECAGEM EQUIPAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
• RESERVA DE SANGUE	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
• TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
• TERMO DE CONSENTIMENTO PRÉ ANESTÉSICO	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
• DEMARCAÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
• PRONTUÁRIO COMPLETO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
• EXAMES LABORATORIAIS CONFERIDOS	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
• EXAMES DE IMAGEM	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
• PARECER CARDIOLÓGICO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
• ASCESO VENOSO	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
• ADMINISTRADO MEDICAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
• CONFIRMADO JEJUM ADEQUADO - QUANTAS HORAS: 12	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
• CONFIRMADO AUSÊNCIA DE PROTESE/ROUPA ÍNTIMA/ADORNOS	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

Funcionário responsável pelo transporte do paciente ao Bloco Cirúrgico Enfermagem: Maqueiro:

Funcionário responsável pelo recebimento do paciente e checagem das conformidades trans-operatórias  
Enfermagem:

ANESTESIA REALIZADA: ☐ GERAL ☐ PERIDURAL ☒ RAQUI ☐ BLOQUEIO ☐ LOCAL ☐ MEDICAÇÃO  
ANESTESIOLOGISTA: VALBERTO HORÁRIO DE INÍCIO: HORÁRIO DO TÉRMINO:

CIRURGIA REALIZADA: Int Cirurgia de fixação de fratura do fêmur CIRURGIÃO: Raulson Lima  
CLASSIFICAÇÃO CIRÚRGICA: ☒ LIMPA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA ☐ PARCIALMENTE CONTAMINADA

POSIÇÃO CIRÚRGICA ☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ LITOTOMIA ☐ PROCLIVE  
☐ VENTRAL C/ FLEXÃO JOELHO ☐ LATERAL DIREITA ☐ LATERAL ESQ ☐ FOWLER  
☐ TRENDLENBURG

PREPARO DA PELE DO PACIENTE  
SOLUÇÃO ☐ CLOREX.AQU.0,2% ☐ CLOREX. ALC.5% ☒ CLOREX.DER. ☐ PVPI DEGERMANTE

ESCOVAÇÃO DA ÁREA ☐ NÃO ☐ SIM

PROTEÇÃO/AQUECIMENTO ☐ MANTA TÉRMICA ☐ COXIM OUTROS: Campo Cirúrgico

EXAMES ANATOMOPATOLÓGICO SIM ☐ NÃO ☒  
DESTINO DA PEÇA ANATÔMICA SOLICITADO POR: IDENTIFICADO POR: CONSERVADO POR: A:  
NOME DA PEÇA: CULTURA SIM ☐ NÃO ☒ TIPO DO MATERIAL:



**PÓS-OPERATÓRIO DE ENFERMAGEM - PREENCHIMENTO PELO ENFERMEIRO DA UNIDADE DE SRPA/UTI/SETOR**
**RESOLUÇÃO COFEN - 272/2003 - Revogada pela Resolução confen nº 358/2009**
**NOME:** Robson José da Silva Souza
**REGISTRO:** 1066293
**PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO** ☐ SIM ☒ NÃO

**ATENDIMENTO:** 799239
**HORÁRIO DE ADMISSÃO NA SRPA:** 10:40
**ENFERMARIA:**
**LEITO:**
**EQUIPAMENTOS**
☒ OXÍMETRO DE PULSO ☐ ASPIRADOR ☒ PNI ☒ O2 ☐ MONITOR CARDÍACO ☐ CAPNÓGRAFO

**AVALIAÇÕES:** O paciente deverá ser avaliado a cada 15 minutos na primeira hora pós-operatório.

	CHEGADA	15 min.	30 min.	45 min.	60 min.	1h 30min	2h
HORA	10:40	10:55	11:10	11:25	11:40		
Temperatura	—	—	—	—	—		
Pulso	84	92	97	88	90		
Respiração	21	18	16	15	16		
SpO2	100%	100%	99%	99%	98%		
PA (mmHg)	139x92	136x92	150x88	124x84			

**AValiação e diagnóstico de enfermagem do paciente na admissão e alta**

Parâmetros a serem avaliados	Admissão	Observação	Alta	Observações
<b>Comportamento</b>				
Calmo @ Agitado (A)	C		C	
Agressivo (AR) ou Apático (AP)	—		—	
<b>Sistema Respiratório</b>				
Via aérea pervia (P) Entubado (ET)	P		P	
Narcole (N) Seminarcole (SN) Acordado (A)	A		A	
Sons: Murmúrio, Vesicular, Normal	MVA		MVA	
Roncos (R) Sibilos (S)	—		—	
Estertores (ES) Estridor (ED)	—		—	
Exp. Torácica: Sincrono (S) Assíncrono (A)	S		S	
<b>Sist. Neurológico</b>				
Retração muscular	—		—	
Nível de consciência: (C) Consciente	C		C	
Inconsciente (I) Orientado (O) Desorientado (D)	O		O	
Pupila Isocórica (PI)	PI		PI	
Pupilas - Mioticas (m) ou Mediática (M)	—		—	
Pupila Pontiforme (P)	—		—	
Pupila - Anisocórica: D ≥ E (A) E ≥ D (B)	—		—	
<b>Sistema Cardiovascular</b>				
Ritmo: Sinusal	Regular		Regular	
Bradicardia (B) Taquicardia (T)	—		—	
Arritmia	—		—	
Perfusão periférica	Bom		Bom	
Dissecção venosa (DV) Punção subclávia (PC) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	—		—	
Punção Jugular (P)	—		—	
Punção periférica (PF) Cateter peridural (CP)	MSD		MSD	
Sinais de infecção <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Fluxo positivo: Sim/Não	—		—	
Lesão cutânea sim (S) Não (N)	Sim F.O.		Sim F.O.	
<b>Sistema Digestório</b>				
Náuseas: Presentes (NP)	—		—	
Ausente (NA)	NA		NA	
Vômitos: Presentes (NP)	—		—	
Ausente (NA)	VA		VA	
Abdome: Globoso (GL) Flácido (FL) Distendido (D)	GL-FL		GL-FL	
Doloroso (DL) Indolor (ID)	ID		ID	
<b>Sistema Renal</b>				
Diurese Ausente (A)	—		—	
Presente Espontânea (E)	E		E	
SVA ou SVD	—		—	
Retenção (RU) Incontinência (IU)	—		—	
<b>Sistema Tegumentar</b>				
Hidratado (H) Desidratado (DH)	H		H	
Corado (C) Descorado (DC)	C		C	





NOMENCLATURA		DROGAS USADAS		QUANTIDADE
02				
N2O				
SAO2				
ECG				
240				
220				
200				
180				
160				
140				
120				
100				
80				
60				
40				
20				
0				

ANOTAÇÕES		TÉCNICA ANESTÉSICA
		RANCIANEST 11 25-3/12

MONITORIZAÇÃO		ENCERRAMENTO		INTERCORRÊNCIA:	
<input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSCÓPIO	<input type="checkbox"/> BIS	<input checked="" type="checkbox"/> ACCORDADO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	
<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA	<input type="checkbox"/> SOMOLENTO	DESCREVER:		
<input checked="" type="checkbox"/> PAI	<input type="checkbox"/> SWAN-GANZ	<input type="checkbox"/> INTUBADO			
<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> ANALISADOR GASES	<input type="checkbox"/> DESTINO	OBSERVAÇÃO		
<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/> PVC	<input checked="" type="checkbox"/> CIRCA			
<input type="checkbox"/> ELET. PRÉ-CORDIAL	<input type="checkbox"/> ESTIMULADOR DE NERVO	<input type="checkbox"/> APART./ENFERM.			
<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> LINHA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> UTI			
	<input type="checkbox"/> MOSENA IBP PLUS	<input type="checkbox"/> EXTERNO			
		<input type="checkbox"/> RECROTÉRIO			
		ASSINATURA DO ANESTESISTA			
		José Valberto Cavalcanti CRE 320.17/044-91 CMA 9983			

**Médico**



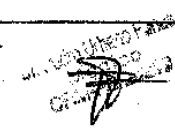


**SES**  
**HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS**

End. Rua Aprígio Guimarães S/N-Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

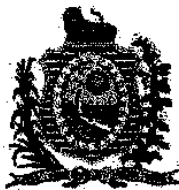
**RESUMO DE ALTA**

Nome: ROBSON JOSE DA SILVA SOUZA		
Registro: 1066293	Enf: 22	Leito: 01

DATA DE ENTRADA: 22/07/18	DATA DE SAÍDA: 03/09/18
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: FRATURA DE DIAFISE DO FEMUR D	
DIAGNÓSTICO FINAL: O MESMO	
EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO, SEM INTERCORRENCIAS. FO COM BOM ASPECTO, EM CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR, ORIENTO FISIOTERAPIA E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.	
DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: QUADRIL PARA CONTROLE EM: 15 DIAS	
 MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM	







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC  
DINTER1/12ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0154000821**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/11/2018** às **20:03**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **18/8/2018** no período da **Noite**

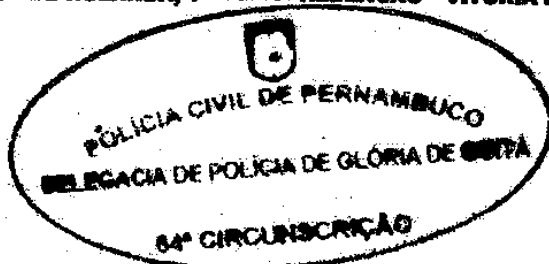
Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA HENRIQUE DE HOLANDA, 1 - Bairro: REDENÇÃO - VITÓRIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)**  
**VITÓRIA MOTOCICLETAS LTDA (OUTRO)**  
**ROBSON JOSÉ DA SILVA SOUZA (VÍTIMA)**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ROBSON JOSÉ DA SILVA SOUZA**

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

**ROBSON JOSÉ DA SILVA SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA SOUZA** Pai: **JOSÉ MARIA DE SOUZA** Data de Nascimento: **20/11/1990** Naturalidade: **RIBEIRÃO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8354428/8DS/PE (RG), 09254645400 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTAO, 76, RUA MAJOR EXPEDITO, 76, CAJÁ, VITÓRIA-PE. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - VITÓRIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .

**VITÓRIA MOTOCICLETAS LTDA - Ramo de Atividade: COMERCIO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .

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

**VEÍCULO MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **VITÓRIA MOTOCICLETAS LTDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROBSON JOSÉ DA SILVA SOUZA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGB4058 (PERNAMBUCO/RECIFE)** Chassi: **9C2KC1670DR468052**

<https://sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=154&idOc=7417779&nroBO=18E0154000821&tipo=simples&natPrincipal=ACID...> 1/2



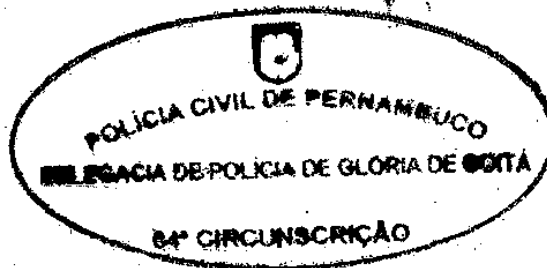
Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA PELA AV. HENRIQUE DE HOLANDA EM VITÓRIA SENTIDO CENTRO/REDEÇÃO, QUANDO UM VEÍCULO DESCONHECIDO ENTROU EM SUA FRENTE E PARA NÃO COLIDIR PERDEU O CONTROLE DA MOTO O QUAL VEIO A CAIR AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL JOÃO MURILLO, DEPOIS SENDO TRANSFERIDO AO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EM RECIFE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS ONDE FOI SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO NO FÊMUR DIREITO. DIANTE DO EXPOSTO FICA CIENTE ESTA DP.

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

X Robson José da Silva Souza  
ROBSON JOSÉ DA SILVA SOUZA  
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: ~~BEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO~~ - Matrícula: 159.816-3





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180596596

Vítima: ROBSON JOSE DA SILVA SOUZA

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROBSON JOSE DA SILVA SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13804510







Tribunal de Justiça de Pernambuco  
Poder Judiciário  
**Seção A da 33ª Vara Cível da Capital**

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA, RECIFE  
- PE - CEP: 50080-800 - F:(81) 31810494

Processo nº **0014188-97.2019.8.17.2001**

AUTOR: ROBSON JOSE DA SILVA SOUZA

RÉU: TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.

**DESPACHO**

Fundada no art. 98 do CPC e em virtude da declaração do(a) autor(a) de que não está em condição de arcar com as custas e despesas do processo sem prejuízo de sua subsistência e de sua família, **defiro o benefício do acesso gratuito ao juízo**, ficando desde já o(a) requerente ciente de que se dentro de cinco anos, a contar do trânsito em julgado da sentença final, a sua condição financeira lhe permitir o pagamento das custas, estas deverão ser pagas, nos termos do §3º do referido dispositivo legal.

**Designo audiência de conciliação (art. 334 do CPC) para o dia 09/04/2019, às 16:00h, a ser realizada na Central de Audiências localizada no 5º andar, ala norte, do Fórum Rodolfo Aureliano, nesta capital.**

**Cite-se, advertindo à parte demandada de que o prazo para apresentarem contestação respeitará o disposto no art. 335 do CPC.**

Considerando que nas ações de cobrança de seguro obrigatório DPVAT, o juiz, para assegurar o êxito da audiência de conciliação de que trata o art. 334 do CPC, pode antecipar, com fundamento no art. 381, inciso II, do CPC, a perícia médica para comprovar o grau de invalidez da parte autora, **determino, de logo, a realização de perícia traumatológica por ocasião da referida audiência, a fim de ser apurada a extensão das lesões indicadas na exordial.**



Diante da ausência de vagas para perícia pela Gerência Médica da DS/TJPE, **nomeio como perito médico Dr. HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES, CRM/PE 16636, ortopedista, fones: (81) 30483652/999267288.**

Providencie, a Diretoria Cível, a intimação do *expert* por telefone, para comunicar se aceita o presente encargo com honorário fixado em R\$ 300,00 (trezentos reais).

Esclareço que os honorários periciais deverão ser suportados pela(s) ré(s) no prazo máximo de 15 (quinze) dias da realização da perícia.

Deverão as partes, no prazo de 15 (quinze) dias de sua intimação desta decisão, querendo, alegar suspeição ou impedimento do perito, apresentar quesitos e indicar assistentes técnicos, com a ressalva de que a perícia será realizada tendo por base o formulário específico elaborado pelo Setor de Mutirões desta Comarca para aplicação nas lides que tratam da regulação do seguro DPVAT, que será enviado ao *expert*.

**Intime-se a parte autora por advogado e por carta com AR, ficando esta advertida que, em caso de ausência injustificada, restará configurada a preclusão da produção da prova pericial.**

Advirtam-se ambas as partes quanto ao disposto no art. 334, §§ 8º e 9º, do CPC.

Cumpra-se.

Recife, 22 de fevereiro de 2019.

**Karina Albuquerque Aragão de Amorim**

**Juíza de Direito**

