

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Robson José da Silva Souza, Brasileiro, casado, Auxiliar de Serviços Gerais, 26.8.354.426 SDS/PE, CPF 032.546.454-60, residente e domiciliado na lot. Mág. Exequito, 76, Laya, Vilóvia de Santo Antônio-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,

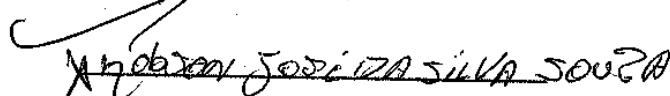
PODRES

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 CARENCIA

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.


Robson José da Silva Souza
Outorgante



TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Portador (a) da cédula do Rg nº 8.354.426 - S0516 inscrito sob CPF Nº

09215461454-60 Residente e Domiciliado na Lot. Mafon 6x60
45, 76, Lajai, Vitoria de Santo Antao - 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



卷之三

05/08/2017

• 1970-1971 學年第二學期

卷之三

THE UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARIES
UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARY

卷之三

8114-370

1996-1997 学年第二学期期中考试高二物理试题

卷之三

1990-1991: The first year of the new century, the first year of the new millennium.



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

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

Número do documento: 19022115590474300000041049915

Num. 41659717 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 21/02/2019 15:59:04
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022115590474300000041049915>
Número do documento: 19022115590474300000041049915

Num. 41659717 - Pág. 4

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.832/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/2002
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: 054.101.114-40 NIS: 12466014663	

DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
27/09/2018	20/09/2018	007008272985
TOTAL A PAGAR (R\$)	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
33,24	2001806838	005442129

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA	
LO MAJ EXPEDITO 76	
CAJA/VITORIA DE SANTO ANTÃO 55600-000 VITORIA DE SANTO ANTÃO 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

CLASSIFICAÇÃO	RESERVADO AO FISCO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico	6CFE,BB79.9CA8.2DD9,A930.1325,4ED0,C809

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,17689459	5,60
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	67,00	0,32056215	21,47
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,68
Contrib. Num. 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
TOTAL DA FATURA			33,24

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS		COFINS					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
0,00	0,00	29,75	1,03	0,30	29,75	4,69	1,39	

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,17629859		kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,3222600		
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		MÉTODOS DE CONSUMO	
R\$	%		
geração de Energia	14,35	43,27	
transmissão	1,75	5,69	
distribuição (celpe)	8,10	27,53	
encargos setoriais	1,10	4,05	
tributos	1,60	5,68	
TOTAL	29,75	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		CONSTANTE	AJUSTE		
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00008083011208712	CAT	22/08/2018	8.350,00	20/09/2018	8.457,00	29	1,00000	0,00	97,00

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉT. MENSAL	MÉT. TRIM.	MÉT. ANUAL
		JUL/2018			
DIC-No. de horas sem Energia	VITORIA DE SANTO ANTAO	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-No. de vezes sem Energia		0,00	3,35	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,37	6,08	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Límite DICRI: 12,22
EUUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 13,05					
Todo Consumidor pode solicitar a separação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES								
Pegue no ponto mais perto de você! ferreira construções: rua andre vidal de negreiros 130 centro / supermercado id barato: r joaquim nabuco 363 matriz lista completa em www.celpe.com.br .								
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br .								
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.								
Pág. em atraso gera multa 2% (Res.414/ANEEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próximo mês.								
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do ICMS-PE.								
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 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.								

DESTAQUE AQUI					
CONTA CONTRATO 007008272985	MÊS/ANO 09/2018	TOTAL A PAGAR(R\$) 33,24	VENCIMENTO 27/09/2018	TALÃO DE PAGAMENTO	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			
838300000004 332400110072 008272985100 128900274138			

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ndimento.celpe.com.br/NDP_DCSRICES_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.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022115590474300000041049915>
 Número do documento: 19022115590474300000041049915

Num. 41659717 - Pág. 5



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 OLIVEIRA SANTOS

Enfermeiro COREN 176921

Coordenador de Enfermagem

SAMU Vitória de Santo Antão

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



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 21/02/2019 15:59:04
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022115590474300000041049915>
Número do documento: 19022115590474300000041049915

Num. 41659717 - Pág. 6



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**
Setor: **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 FÉMUR .

EXAME FÍSICO:

Ps: 200 X 120 mmHg Temp: °C HGT: 111 mg/dL
Peso: Kg Altura: m SP O₂:99 %

Classificação:
Painéis

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



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 21/02/2019 15:59:04
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022115590474300000041049915>
Número do documento: 19022115590474300000041049915

Num. 41659717 - Pág. 7



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 ANTÃO - 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:

ANAMESE DO MÉDICO

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

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

CONDUTA

FRATURA DE FEMUR 1/3 MÉDIO INFERIOR COXA DIREITA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

SEGUE AS PELICULAS DE RX

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Local: Hosp. Otávio de Freitas

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: S493745

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



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 21/02/2019 15:59:04
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022115590474300000041049915>
Número do documento: 19022115590474300000041049915

Num. 41659717 - Pág. 8



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 21/02/2019 15:59:04
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022115590474300000041049915>
Número do documento: 19022115590474300000041049915

Num. 41659717 - Pág. 10



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

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

DESCRÍÇÃO 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 + DIVULSAO 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
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
TÉCNICO DE ENFERMAGEM





ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

ROT 13.4-01.V1

SETOR:	6. Trauma		DATA:	19-02-18
NOME:	Robson Jose da Silva Sena			
NOME SOCIAL:				
IDADE:	97	DATA DE NASCIMENTO:	20/11/90	ESTADO CIVIL: Solteiro
FILIAÇÃO:	José Robson da Silva Sena - José Robson da Silva Sena			
ENDERECO:	R. 111 - Centro Vitoria JK ST - Antas PE			
PONTO DE REFERENCIA:	PDS - Igreja Batista			
TELEFONE:	84119-3381			
ENTREVISTADO(A):	Robson Jose da Silva		PARENTESCO: Irmão	
DOCUMENTOS: POSSUI() NÃO()	APRESENTADOS: ED 2354496 SBS/PE			

1º ATENDIMENTO: READMITIDO()	PROCEDÊNCIA: Hospital - PDS Trauma
ACOMPANHANTE: Robson Jose da Silva	PARENTESCO: Irmão
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: Motorista	ESCOLARIDADE: 8.º Ano
VÍNCULO EMPREGATÍCIO: SIM() NÃO()	OUTROS:
COMPOSIÇÃO FAMILIAR: Genitor e filhos separados	
APOIO FAMILIAR: SIM() NÃO()	BENEFÍCIO: PREVIDENCIÁRIO() ASSISTENCIAL() NÃO RECEBE()

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

OBSERVAÇÕES: Vítima de acidente de trânsito
Gerson - Motociclista com "Trauma MIO"
Gerson Vítima Robf. Autônomo Aluno P.
84119-3785 Robson (sua)

ASSISTENTE SOCIAL:

043-HOF



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
27/01/18
DATA: 30/08/18
PACIENTE: Robson José de Souza DATA NASC: 29/11/90 REGISTRO: 1066293 ATEND.: 77623
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO SIM NÃO **POSTO:** **ENFERMARIA:** **LEITO:**
CIRURGIA PROPOSTA:
DATA DA CIRURGIA: 30/08/18
HORÁRIO: M T
ANESTESIA PROPOSTA: Robson
CONHECIMENTO DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
 NENHUM

 POUCO

 SUFICIENTE

 MUITO

CHECKLIST DE ADMISSÃO

- CHECAGEM MATERIAL CONSIGNADO _____
- CHECAGEM EQUIPAMENTO _____
- RESERVA DE SANGUE _____
- TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO _____
- TERMO DE CONSENTIMENTO PRÉ ANESTÉSICO _____
- DEMARCAÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO _____
- PRONTUÁRIO COMPLETO _____
- EXAMES LABORATORIAIS CONFERIDOS _____
- EXAMES DE IMAGEM _____
- PARECER CARDIOLÓGICO _____
- ACESSO VENOSO _____
- ADMINISTRADO MEDICAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA _____
- CONFIRMADO JEJUM ADEQUADO – QUANTAS HORAS: *12*
- CONFIRMADO AUSÊNCIA DE PROTESE/ROUPA INTIMA/ADORNOS _____

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input 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 EDEAÇÃO
ANESTESIOLOGISTA: *VAC Bezato* **HORÁRIO DE INÍCIO:** _____ **HORÁRIO DO TÉRMINO:** _____

CIRURGIA REALIZADA: *Intervenção de histerectomia* **CIRURGIA:** *Histerectomia*
CLASSIFICAÇÃO CIRÚRGICA: LIMPA CONTAMINADA INFECTADA P/ P/ **PARCIALMENTE CONTAMINADA**
POSIÇÃO CIRÚRGICA DECÚBITO DORSAL DECÚBITO VENTRAL UTOTOMIA PROCLIVE
 VENTRAL C/ FLEXÃO JOELHO LATERAL DIREITA LATERAL ESG FOWLER
 TRENDELERBURG

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:** *Campos Cirúrgicos*
EXAMES ANATOMOPATOLÓGICO SIM NÃO
DESTINO DA PEÇA ANATÔMICA _____ **SOLICITADO POR:** _____ **IDENTIF.:** _____
NOME DA PEÇA: _____ **CONSERV.:** _____ **A:** _____
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 confe nº 358/2009

NOME: Robson José da Silveira Góes
REGISTRO: 1066293

PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO SIM NÃO

ATENDIMENTO: 399239

HORÁRIO DE ADMISSÃO NA SRPA: 10:40 ENFERMARIA:

LEITO:

EQUIPAMENTOS

OXIMETRO 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		
Spi	100%	100%	99%	99%	98%		
PA (mmHg)	139x92	126x92	136x88	124x84			

AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DO PACIENTE NA ADMISSÃO E ALTA

Parâmetros a serem avaliados	Admissão	Observação	Alta	Observações
Comportamento	Calmos <input checked="" type="checkbox"/> Agitado (A)	—	—	
	Agressivo(AR) ou Apático(AP)	—	—	
Sistema Respiratório	Via aérea pélvia (P) Entubado (ET)	P	P	
	Narcose (N) Seminarcose (SN) Acordado(A)	A	A	
	Sons: Murmúrio, Vesicular, Normal	MV	MV	
	Roncos (R) Sibilos (S)	—	—	
	Esteriores (ES) Estridor (ED)	—	—	
	Exp. Torácica: Sincrônico (S) Assincrônico(A)	S	S	
Sist. Neurológico	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 Puntiforme (P)	—	—	
	Pupila – Anisocórica: D ≥ E (A) E ≥ D (B)	—	—	
Sistema Cardiovascular	Ritmo: Sinusal	Regular	Regular	
	Bradicardia (B) Taquicardia (T)	—	—	
	Arritmia	—	—	
	Perfusão periférica	Bra	Bra	
	Dissecção venosa (DV) Punção subclávia (PC) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	—	—	
	Punção Jugular (P)	—	—	
	Punção periférica (PF) Cateter peridural (CP)	MSD	MSD	
	Sinais de infecção <input checked="" type="checkbox"/> Não Fluxo positivo: Sim/Não	—	—	
	Lesão cutânea sim(S) Não(N)	Sim F.O.	Sim F.O.	
Sistema Digestório	Náuseas: Presentes (NP)	—	—	
	Ausente (NA)	NA	NA	
	Vômitos: Presentes (NP)	—	—	
	Ausente (NA)	—	—	
	Abdome: Globoso (GL) Flácido (FL) Distendido (D)	GL-FL	GL-FL	
	Doloroso (DL) Indolor (ID)	ID	ID	
Sistema Renal	Diurese Ausente (A)	—	—	
	Presente Espontânea (E)	E	E	
	SVA ou SVD	—	—	
	Retenção (RU) Incontinência(IU)	—	—	
Sistema Tegumentar	Hidratado (H) Desidratado (DH)	H	H	
	Corado (C) Descorado (DC)	C	C	



HOSPITAL
OTÁVIO DE FREITAS

SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS



FICHA DE ANESTESIA

DATA 30/08/10		ATENDIMENTO 499259	REGISTRO 1066293	ACOMODAÇÃO
PACIENTE Roberta Moreira de Oliveira Souza		SEXO M IDADE 37	TIPO I	SOA
CRM 49965 NOME DO ANESTESISTA De Menezes Barreto		NOME DO ORTHO		
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		URGÊNCIA	TRAG	TRM
CIRURGIA Trat. cir. - Ginec. Ginec + Atroventil de FCE Ginecose				
POKARIA 09:30 09:30 10:30		DROGAS USADAS		
O2		Mecamisolam 100 mg		
N2O		Diazepam 0,5 mg		
SOS		Ketamina 30 mg		
VIDROS				
SaO2				
DIAZ				
ECG				
240				
220				
200				
180				
160				
140				
120				
100				
80				
60				
40				
20				
TÉCNICA ANESTÉSICA Roxo: anestesia 11 azul: 25-3/12				
ANOTACOES				
MONITORIZAÇÃO		INTERCOMUNICADOR		
<input type="checkbox"/> CARDIOSCÓPIO	<input type="checkbox"/> BIS	<input type="checkbox"/> ENCHAPINHO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> OXÍMETRO	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA	<input type="checkbox"/> ENCORDADO	<input type="checkbox"/> SIM	
<input type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> SWAN-GANZ	<input type="checkbox"/> SONOLENTO	DESCRIVER:	
<input type="checkbox"/> SONDA VESICAL	<input type="checkbox"/> ANALISADOR GASES	<input type="checkbox"/> INTUBADO	OBSERVAÇÃO:	
<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/> DESTINO		
<input type="checkbox"/> DITET. PRÉ-CORDAL	<input type="checkbox"/> ESTIMULADOR DE NERVO	<input type="checkbox"/> ERPA		
<input type="checkbox"/> OUTROS.	<input type="checkbox"/> BUNTA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> APART./ENFER.		
	<input type="checkbox"/> VOLEMIA ISP PLUS	<input type="checkbox"/> UTI		
		<input type="checkbox"/> EXTERNO		
		<input type="checkbox"/> NEOTERÓPIO		
ASSINATURA DO ANESTESISTA José Valberto C. Carvalho CRM-32017-049915 CRM-9965				

Médico

17A - L-GOF



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

https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022115590474300000041049915

Número do documento: 19022115590474300000041049915

Num. 41659717 - Pág. 15



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 COMPARÉCER AO AMBULATÓRIO DE: QUADRIL
PARA CONTROLE EM: 15 DIAS**

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

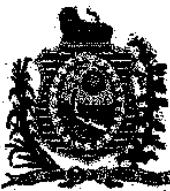


Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 21/02/2019 15:59:04

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

Número do documento: 19022115590474300000041049915

Num. 41659717 - Pág. 16



**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 N.º 18E0154000821

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

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia, 18/8/2018 no período da Noite

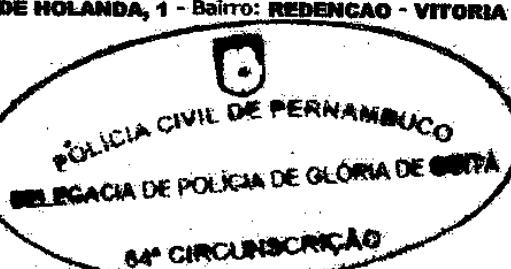
Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTOCICLETA**

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

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
VITORIA MOTOCICLETAS LTDA (OUTRO)
ROBSON JOSÉ DA SILVA SOUZA (VITIMA)



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: **RIBEIRAO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8354426/3DS/PE (RG), 09254645480 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 76, RUA MAJOR EXPEDITO, 76, CAJÁ, VITORIA-PE.** - CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO - VITORIA 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: **COMÉRCIO**

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: **9C2KC1670DR488052**

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



Complemento / Observação

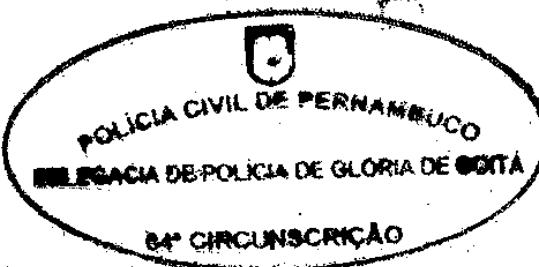
INFORMA A VÍTIMA QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA PELA AV. HENRIQUE DE HOLANDA EM VITÓRIA SENTIDO CENTRO/REDENÇÃO, QUANDO UM VEÍCULO DESCONHECIDO ENTROU EM SUA FRENTE E PARA NÃO COLIDIR PERDEU O CONTROLE DA MOTO O QUAL VEIO A CAIR AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL JOÃO NUNILLO, DEPOIS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

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

Robson José da Silva Souza

**ROBSON JOSÉ DA SILVA SOUZA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ROBSON EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **159.816-3**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 sequela definitiva, 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.

D E S P A C H O

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) 30483652/9999267288.**

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

