

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

Outorgante: CLEONICE RODRIGUES PEREIRA, brasileira, estado civil: casada, agricultora portador (a) do RG de nº 6498044 SDS/PE039.960.14490, residente e domiciliado na rua Antônio Medeiro filho , Nº 141 Bairro são braz AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE.

Outorgada: ROSELANE MARIA BARBOSA DA SILVA, OAB/PE 26.467, com endereço profissional à Rua Demócrito de Souza Filho, nº 335, Sala 903, Madalena, Recife – PE, CEP 50610-120.

Poderes: "AD JUDICIA ET EXTRA", a quem conferem amplos poderes para o foro em geral, para propositura de demandas judiciais e/ou administrativas visando os interesses do(a) outorgante, devendo ainda defendê-las nas contrárias, seguindo umas as outras, e, podendo para tanto, recorrer a qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, agindo em conjunto ou separadamente, podendo assinar, concordar, desistir, discordar, transigir, assinar recibos, dar quitação, receber alvarás, intimações e notificações, efetuar levantamento de depósitos judiciais na justiça competente, substabelecer com ou sem reservas de iguais, levantar valores existentes em contas judiciais, tudo para o fiel cumprimento deste mandato.

AFOGADOS DA IMGAZEIRA (PE) 22/03/2019.

Cleonice Rodrigues Pereira
Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

CLEONICE RODRIGUES PEREIRA, brasileira, casada, agricultora, portadora do RG de nº 6498044 SDS/PE, inscrita no CPF 039.960.144-90, residente e domiciliada à Rua Antônio Medeiro Filho, nº 141, São Braz, Afogados da Ingazeira – PE, declara que não possui condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio, bem como o de sua família, razão pela qual fazem jus ao benefício da gratuidade da justiça, nos termos do art. 4º da Lei 1.060/50, com redação introduzida pela Lei 7.510/86. Declara, ainda, sob as penas da lei (sanções civis, administrativas e criminais), que não aufera rendimentos anuais que lhe obriguem a declarar renda, nos termos do art. 1º da Lei 7.115/83, responsabilizando-se pela veracidade de tais declarações.

Afogados da Ingazeira (PE), 22/03/2019.

Cleonice Rodrigues Pereira

CLEONICE RODRIGUES PEREIRA

Declarante



ASL-0054 239119



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 167ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS DA INGAZEIRA -
 DP167ªCIRC DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **18E0257002123**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/12/2018** às **14:26**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **18/11/2018** às **12:30**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO OPA DA CARAPUÇA - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1 - Bairro: ZONA RURAL - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA / ESTRADA DE TERRA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSÉ ROMERO PEREIRA DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
 JOCICLÉIA RODRIGUES MONTEIRO (TESTEMUNHA)
 CLEONICE RODRIGUES PEREIRA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ ROMERO PEREIRA DA SILVA

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

CLEONICE RODRIGUES PEREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mão: **MARIA DE LOURDES DA SILVA RODRIGUES** Pai: **SEVERINO SANTANA RODRIGUES** Data de Nascimento: **23/4/1977** Naturalidade: **AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6498044/SDS/PE (RG), 03996014490 (CPF)**
 Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87999276331**

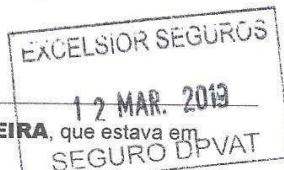
Residencial: **ANTÔNIO MEDEIROS FILHO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 143 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSÉ ROMERO PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **ROSA PEREIRA DA SILVA** Pai: **ANTÔNIO RAIMUNDO DA SILVA** Data de Nascimento: **14/6/1974** Naturalidade: **AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7330733/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
 Residencial: **RUA ANTÔNIO MEDEIROS FILHO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 143 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOCICLÉIA RODRIGUES MONTEIRO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mão: **CLEONICE RODRIGUES PEREIRA** Pai: **JOSÉ ROMERO PEREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **13/11/1996** Naturalidade: **AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLEONICE RODRIGUES PEREIRA**, que estava em **SEGURADO DPVAT**



05/12/2018 14:27



posse do(a) Sr(a): **JOSÉ ROMERO PEREIRA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS KS** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **LARANJA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGH5527** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012**

Complemento / Observação

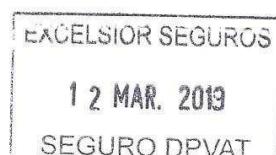
O AUTOR JOSÉ ROMERO, COMPARCEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA AFIRMANDO QUE NA DATA E HORÁRIO SUPRACITADOS TRANSITAVA NA ESTRADA DO SÍTIO OPA DA CARAPUÇA, ZONA RURAL DESTA CIDADE NA MOTOCICLETA ACIMA DESCrita, E NA GARUPA CONDUZIA SUA ESPOSA CLEONICE RODRIGUES PEREIRA, E EM DECORRÊNCIA DA MÁ CONDIÇÃO DA ESTRADA PERDEU O CONTROLE AO DERRAPAR EM UMAS PEDRAS, CAUSANDO O ACIDENTE QUE VITIMOU SUA ESPOSA FRATURANDO A Perna DIREITA. A MOTO ESTÁ LICENCIADA EM NOME DA VÍTIMA, CLEONICE RODRIGUES PEREIRA DA SILVA. O NOTICIANTE DISSE NÃO SER HABILITADO.

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

JOSÉ ROMERO PEREIRA DA SILVA
(AUTOR \ AGENTE)



B.O. registrado por: **JOSÉ HUMBERTO SIQUEIRA** - Matrícula: **380996-0**



05/12/2018 14:27



Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 16/06/2019 17:21:34

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1906161721343200000046029924>

Número do documento: 1906161721343200000046029924

Num. 46742439 - Pág. 2

SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL			
NOME: <i>deonice Rodrigues Pereira</i>		NOME SOCIAL:		IDADE: <i>41</i>			
SITUAÇÃO/QUEIXA: <i>Paciente vítima de queda de moto, apresenta trauma em MTD, e dor em tornozelo, possível fratura, refere dor no pé D.</i>							
PROCEDÊNCIA							
RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE				
DOENÇAS PREEXISTENTES: <i>neg</i>							
INTOLERÂNCIA/ALERGIA: <i>neg</i>							
PARÂMETROS							
PA <i>120x80</i>	P	R	T	sPo2	HGT	GLASGOW	PESO
RÉGUA DE DOR	LEVE			MODERADA	X	GRAVE	
ACIDENTE DE TRABALHO()SIM () NÃO							
CONSCIENTE	ORIENTADO	DESORIENTADO	ANSIOSO	CALMO			
AGITADO	TORPOROSO	COMATOSO	NÃO ATENDE VOZ DÍCIPMANDO				

RITMO SINUSAL	PALPITAÇÕES	TAQUICARDIA	BRADICARDIA
DISPNEIA AOS ESFORÇOS	DISPNEIA EM REPOUSO	DISPNEIA P. NOTURNA	
CIANOSE	PALIDEZ	SUDORESE	

DOR TORÁCICA					
INTENSA	MODERADA		LEVE		
DURAÇÃO DA DOR	LOCALIZAÇÃO				
IRRADIAÇÃO DA DOR					
BRAÇO E	BRAÇO D	ABDOMÉ	ESCÁPULA	MANDÍBULA	TÓRAX POSTERIOR
EM REPOUSO	DOR PRESENTE			QUANDO RESPIRA	
AOS ESFORÇOS					

ESTASE JUGULAR	EDEMA DE MMII	EDEMA DE FACE	EDEMA OUTROS
DEFICIT MOTORFACE	DM MSD	DM MSE	DM MID DM MIE

FLUXOGRAMA	<i>do antropodito</i>
------------	-----------------------

Ruth Moisa M.A Leite
COREN-PE 33328 ENF

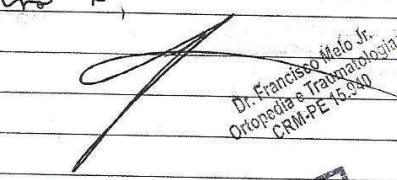
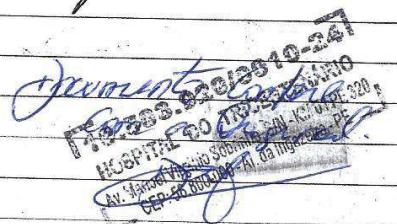
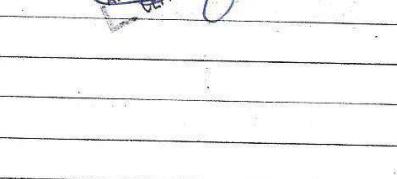
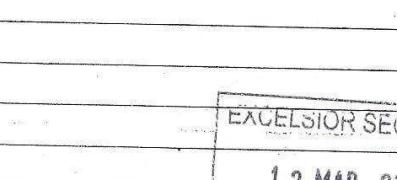
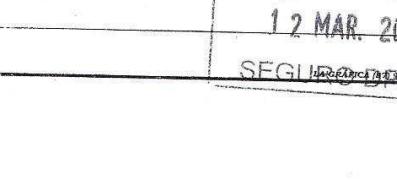
Assinatura e carimbo

Data: 10/11/18



BOLETIM DE EMERGÊNCIA



000 700 0000 0000 0000 SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR		CINTO LARDO Registro N° 30-254 Data 28/11/18 Hora 7:00
PACIENTE	Nome: <u>Elizângela Rodrigues Pereira</u> Categoria: <u>605</u> Sexo: <u>F</u> Idade: <u>23/04/77</u> Cor: <u>P</u> Estado Civil: <u>Casada</u> Naturalidade: <u>A Foz dos Aderos</u> Profissão: <u>Agricultora</u> Endereço: <u>Rua Antônio Medeiros Filho - São Bento - AFOG</u> <u>da Ingeraia</u>	
	Pessoa de Quem Depende: <u>Mãe de Lourenço da Silva Rodrigues</u> Parentesco: <u>mae</u> Endereço:	
RESPONSÁVEL	Internado por Ordem de _____ Ass. Médico - CRM	
	<input type="checkbox"/> Clínico <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgico <input type="checkbox"/> Hora do Atendimento Médico Pressão Arterial _____ MX _____ MN. <input type="checkbox"/> Pulso _____ BPM Temperatura _____ °C <input type="checkbox"/> Peso _____ Queixa Principal <u>Paciente sofre rachado na perna</u> <u>l, eva dores, edema e deformidade.</u>	
ATENÇÃO ICA	História da Doença Atual <u>Repercuse e importâncias funcionais</u> <u>na perna b,</u>	
	    	
		EXCELSIOR SEGUROS 12 MAR. 2019 SEGURO DE VIDA



EXAME FÍSICO

Inspeção:

Palpação:

Ausculta:

Hipótese Diagnóstica: *Fratura do fíbula distal D*

Condições de Alta

Alta	Tempo de Permanência Hospitalar	_____ dias
Curado	<input type="checkbox"/>	
Melhorando	<input checked="" type="checkbox"/>	
Inalterado	<input type="checkbox"/>	
Piorado	<input type="checkbox"/>	
Óbito	<input type="checkbox"/>	
Transferido para		

Óbito em	<input type="checkbox"/>
Hora	<input type="checkbox"/>
+ 48 Horas	<input type="checkbox"/>
- 48 Horas	<input type="checkbox"/>
Motivo:	
Decisão Médica	<input checked="" type="checkbox"/>
Alta Pedida	<input type="checkbox"/>
Transferência	<input type="checkbox"/>
Indisciplina	<input type="checkbox"/>

Diagnóstico definido *Fratura do fíbula distal D.*

Tratamento *Reanimação + osteosíntese.*

Diagnóstico anátomo-Paratológico

Data *27/11/18*

Dr. Francisco Meto Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 16.940
Ass. do Médico - CRM
e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma



UNIDADE

H A E C.

Laudo de Cirurgia

Nome do Paciente

Cleonice Rodrigues Pereira

N.º do Registro

28/11/2018

Data Admissão

Nome do Procedimento Cirúrgico

Redução, enxerto + osteomíctex de fratura da tíbia D.

Descrição do ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Inicio	Término	Duração	Gazes	Compr.	Drenos

1 - Recorte da D.O.H sob anestesia.

2 - Anexio + anti-anexio + corpos estérile.

3 - Recorte no fio de ósteno - medir na perna),
divulso por placa, identificação da
fratura da tíbia D.

4 - Realizado redução enxerto e osteomíctex

com 02 parafusos verticais e 01 fixador externo.

5 - Sutura da incisão.

6 - Curativo expressivo.

Documentos juntados
Com
Fazenda Pública do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DO TRABALHADOR
Av. Manoel Góes, 500 - Centro
CEP: 50.000-000 - Recife - PE
Assinado por: [Signature]

EXCELSIOR
SEGURAS

12 MAR. 2019

EGURO DPVAT

1º Auxiliar
André Rodrigues Quintas
CRM: 15378
Ortopedista / Traumatologista

2.º Auxiliar

Cirurgião

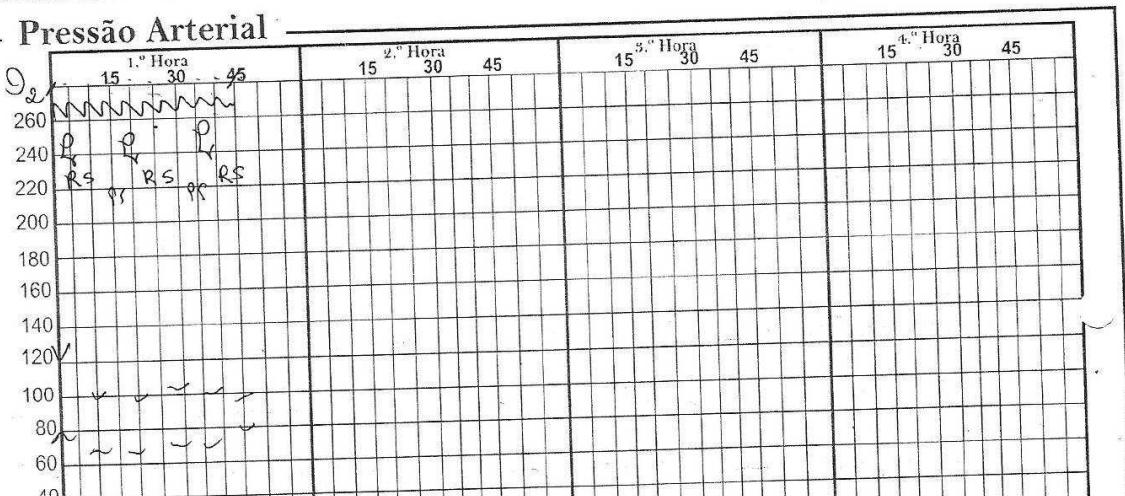
Dr. Francisco Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15.910
Fone: (87) 9917-1862 / 9635-7820



Laudo de Cirurgia

Data	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Início	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Término	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Duração	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Pressão Arterial



Hora

Medicamentos Utilizados na Sala e Outras Observações

Anestesista



 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde Secretaria de Saúde Pernambuco	 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>H. R. E. l</i>			2 - CNES <input type="text"/>		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>H. R. E. l</i>			4 - CNES <input type="text"/>		
Identificação do Paciente 5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS) <i>liliane Rodrigues Pereira</i>			6 - SIS PRENATAL <input type="text"/>		
9 - NOME DO PACIENTE <i>liliane Rodrigues Pereira</i>			7 - SENHA/REGULAÇÃO <input type="text"/>		
10 - DATA DE NASCIMENTO <i>23/04/77</i>			8 - N° DO PRONTUÁRIO <i>30.954</i>		
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Maria de Fátima da Silva Rodrigues</i>			11 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>		
14 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) <i>Rua Antônio Medeiros Filho - 6000 Braga</i>			13 - N° DO TELEFONE DE CONTATO <small>Nº DO TELEFONE</small> <input type="text"/>		
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Ajog e da Sragazil</i>			16 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <input type="text"/>		
17 - UF <input type="text"/>			18 - CEP <input type="text"/>		
19 - HISTÓRICO CLÍNICO/ EXAME FÍSICO <p><i>Paciente sofreu trauma na perna D, com dores, edema e deformidade.</i></p>					
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICADAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <p><i>Rx da perna D.</i></p>					
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <p><i>Fratura do tíbio distal D.</i></p>			22 - CID 10 PRINCIPAL <p><i>Fractura do tíbio distal D.</i></p>		
23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIO			24 - CID 10 SECUNDÁRIO		
			25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <p><i>Reparo cimento + osteosíntese</i></p>			27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <input type="text"/>		
28 - CLÍNICA <i>Clínica Eletrônico</i>			29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Electivo</i>		
30 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>0139488834-179</i>		
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Francisco Melo</i>			33 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>28/11/78</i>		
34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Assinatura de Dr. Francisco Melo</i>					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		38 - CNPJ DA SEGURADORA <input type="text"/>		39 - N° DO BILHETE <input type="text"/>	
36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		41 - CNPJ DA EMPRESA <input type="text"/>		40 - SÉRIE <input type="text"/>	
37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				42 - CNAE DA EMPRESA <input type="text"/>	
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				43 - CBOR <input type="text"/>	
() EMPREGO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO <input type="text"/>			46 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR <input type="text"/>		
47 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO <input type="text"/>		
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>1/1/1</i>			50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <input type="text"/>		
51 - N° DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <input type="text"/>					

LA'GRAFICA (87) 9635-7820





CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI
COMPROVANTE DE SAQUE
COD. CONVENIADO: 000656402
OPE. CONVENIADO: 00s102030
CONTA ORIGEM: 1433 023 00012787-2
VALOR: R\$ 130,00
SAQUE EFETUADO EM: 22/03
DATA DA EFETIVACAO: 22/03
COD. OPERACAO: 789644996
OPERACAO REALIZADA COM SUCESSO
DISQUE CAIXA - 0800 726
OUVIDORIA - 0800 725

MENSAGEM PROGREDIR
CONHECA OPORTUNIDADES DE TRABALHO
ACESSANDO O PORTAL PROGREDIR NO SITE
MDS. VOCE PODE CRIAR SEU CURRÍCULO
PROFISSIONAL E APROVEITAR AS MAIS DE
9 MIL VAGAS OFERTADAS. ALEM DISSO O
PORTAL PROGREDIR VOCE TAMBEM ENCONTRARA
CURSOS GRATUITOS DE QUALIFICACAO
PROFISSIONAL EM DIVERSAS AREAS.
APROVEITE AS OPORTUNIDADES ACESSANDO
O PORTAL PROGREDIR. MAIS INFORMACAO
LIGUE PARA 0800 707 2003



Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 16/06/2019 17:21:35
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061617213509900000046029928>
 Número do documento: 19061617213509900000046029928

Num. 46742443 - Pág. 1

SINISTRO 3190193215 - Resultado de consulta por beneficiario**VÍTIMA CLEONICE RODRIGUES PEREIRA****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA****EXCELSIOR DE SEGUROS****BENEFICIÁRIO CLEONICE RODRIGUES PEREIRA****CPF/CNPJ: 03996014490****Posição em 21-03-2019 06:51:05**

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/03/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 16/06/2019 17:21:35

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061617213509900000046029928>

Número do documento: 19061617213509900000046029928

Num. 46742443 - Pág. 2