

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 INGAZEIRA (PE) 22/03/2019.

Cleonice Rodrigues Pereira
Outorgante

Rua Demócrito de Souza Filho nº 335, Emp. Green Tower, Sl. 903, Madalena, Recife – PE.
Fones: (81) 98504-4046/ 99789-0245. E-mail: roselane.barbosaadv@hotmail.com



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 auferir 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-0054239719



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0257002123**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/12/2018** às **14:26****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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)
JOCILÉIA RODRIGUES MONTEIRO (TESTEMUNHA)
CLEONICE RODRIGUES PEREIRA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (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** Mãe: **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**

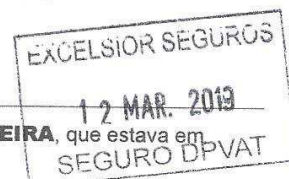
Residencial: **ANTÔNIO MEDEIROS FILHO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 143 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSÉ ROMERO PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **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**

JOCILÉIA RODRIGUES MONTEIRO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **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 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLEONICE RODRIGUES PEREIRA**, que estava em



05/12/2018 14:27

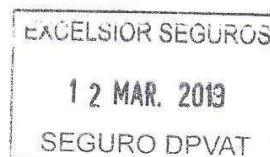


posse do(a) Sr(a): **JOSÉ ROMERO PEREIRA DA SILVA**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS KS** Objeto apreendido: **Não**Cor: **LARANJA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **PGH5527** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012**

Complemento / Observação

O AUTOR JOSÉ ROMERO, COMPARECEU 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



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, apresentando trauma em MTD, edema em tornozelo, possível fratura, refere dor no pé D.</i>					
PROCEDÊNCIA					
RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE		
DOENÇAS PREEXISTENTES: <i>nequ</i>					
INTOLERÂNCIA / ALERGIA: <i>nequ</i>					
PARÂMETROS					
PA: <i>120x80</i>	P	R	T	SpO2	HGT
RÉGUA DE DOR	LEVE	MODERADA		GRAVE	
ACIDENTE DE TRABALHO () SIM () NÃO					

CONSCIENTE	<input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO	<input checked="" type="checkbox"/> DESORIENTADO	ANSIOSO	CALMO
AGITADO	TORPOROSO	COMATOSO	NÃO ATENDE VOZ DE PANDMO	

RITMO SINUSAL	<input checked="" type="checkbox"/> 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	ABDOME	ESCÁPULA	MANDÍBULA	TÓRAX POSTERIOR
DOR PRESENTE					
EM REPOUSO		AOS ESFORÇOS		QUANDO RESPIRA	

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

FLUXOGRAMA	<i>Do ortopedista</i>
------------	-----------------------

Data: *10/11/18*

Ruth Moisa M.A. Leite
COREN 27328 ENF
Assinatura e carimbo



BOLETIM DE EMERGENCIA

[illegible]

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº 30.254
Data 28/11/18
Hora 7:02

PACIENTE

Nome: Elaine Rodrigues Pereira Categoria: 605
Sexo: F Idade: 23/04/77 Cor: P Estado Civil: Casada
Naturalidade: Araguari Profissão: Agricultora
Endereço: Rua Antonio Medeiros Filho - São Braz - Araguari

RESPONSÁVEL

Pessoa de Quem Depende: Mãe de Lourdes da Silva Rodrigues Parentesco: maria
Endereço: _____

Internado por Ordem de _____
Ass. Médico - CRM

☐ Clínico ☒ Cirúrgico ☐ Hora do Atendimento Médico _____
Pressão Arterial _____ MX _____ MN. _____ Pulso _____ BPM

Temperatura _____ °C Peso _____

Queixa Principal Paciente sofreu trauma na perna
D, com fratura, edema e deformidade.

História da Doença Atual Reparação e imobilização funcional
do pé D.

ATENÇÃO À ICA

Dr. Francisco Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15.940

Document 19061617213482700000046029926
HOSPITAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Av. Moraes Cabral Sobrinho, 300 - J. Recife - PE
DEP. DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

EXCELSIOR SEGUROS

12 MAR. 2018

SEGURO

Alta 29/11/18

EXAME FÍSICO

Inspeção: _____

Palpação: _____

Ausculta: _____

Hipótese Diagnóstica: Fratura do fêmur distal D.

Alta

Curado ☐

Melhorando ☒

Inalterado ☐

Piorado ☐

Óbito ☐

Condições de Alta

Tempo de Permanência Hospitalar _____ dias

Óbito em _____

Hora _____

+ 48 Horas ☐

- 48 Horas ☐

Motivo:

Decisão Médica ☒

Alta Pedida ☐

Transferência ☐

Indisciplina ☐

Transferido para _____

Diagnóstico definido

Fratura do fêmur distal D.

Tratamento

Redução cirúrgica + osteossíntese.

Diagnóstico anátomo-Paratológico _____

Data

29, 11, 18

Dr. Francisco Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 16.940

Ass. do Médico - CRM
e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma



UNIDADE

H R E C.

Laudo de Cirurgia

Nome do Paciente

Cleonia Rodrigues Pereira

N.º do Registro

Data Admissão

28/11/2018

Nome do Procedimento Cirúrgico

Reparo cimento + osteossintese de fratura da tíbia D.

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

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Drenos

1 - Racieta em DDH sob anestesia.

2 - Anestesia + antinevrálgica + compressa externa.

3 - Incisão na face interna - medial da perna, alinhada por plano de identificação da fratura da tíbia D.

4 - Realização redução cimento + osteossintese com 02 parafusos corticais e 01 fixador externo.

5 - Fecho da incisão.

6 - Curativo compressivo.

Document 20247

com 02301010-247
 HOSPITAL DO TIPO
 Av. Manoel Gomes de Sá, 100 - Jd. PE-326
 CEP: 55060-000 - M. de Moura, PE

EXCELSIOR SEGUROS

12 MAR. 2019

SEGURO DPVAT

1º Auxiliar

André Rodrigues Quintas
 CRM: 15378
 Ortopedista / Traumatologista

2º Auxiliar

Cirurgião

Dr. Francisco Walo de
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PE 15.940

Gráfica (87) 9917-1862 / 9635-7820



Laudo de Cirurgia

Data	Início	Término	Duração
28/11/18	09:30	10:15	

Pressão Arterial

Tempo	1.ª Hora			2.ª Hora			3.ª Hora			4.ª Hora		
	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
260												
240												
220												
200												
180												
160												
140												
120												
100												
80												
60												
40												
20												

— Tipo de Anestesia —	Agente	Volume
Proque 13-14 eqilos	me typ - 20mg	<div> <div>Documentos</div> <div>com 2.000.000</div> <div> <div>12.12.2019</div> <div>12.12.2019</div> <div>12.12.2019</div> </div> </div> <div> <div>12.12.2019</div> <div>12.12.2019</div> <div>12.12.2019</div> </div> <div> <div>12.12.2019</div> <div>12.12.2019</div> <div>12.12.2019</div> </div>
W 25 re cl-	efepal - 10 ug	
m	duf - 80mg	
	epal - 02g	
	duf - 02g	
	titul 20 g - 01A	

[illegible]

Anestesiata



**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeSecretaria
de Saúde de
Pernambuco**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H. R. E. L.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H. R. E. L.

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS)

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA/REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

30.254

9 - NOME DO PACIENTE

Cleomilde Rodrigues Pereira

10 - DATA DE NASCIMENTO

23/04/77

11 - SEXO

Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 3

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Má de Lourdes da Silva Rodrigues

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Antônio Medeiros Filho - 650 Bras

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Ajoá da Ingazeira

16 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRICO CLÍNICO/ EXAME FÍSICO

Paciente sofreu trauma na perna D,
com dores, edema e deformidade.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICADAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx da perna D.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do tíbio distal D.

22 - CID 10

23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIO

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Redução cometo + osteossíntese

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

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

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Francisco Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15.940

28/11/78

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

46 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

() CNS () CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

LA GRÁFICA (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
CONHEÇA OPORTUNIDADES DE TRABAL
ACESSANDO O PORTAL PROGREDIR NO S
MDS. VOCE PODE CRIAR SEU CURRICUL
PROFISSIONAL E APROVEITAR AS MAIS I
9 MIL VAGAS OFERTADAS. ALEM DISSO I
PORTAL PROGREDIR VOCE TAMBEM ENC
CURSOS GRATUITOS DE QUALIFICACAC
PROFISISONAL EM DIVERSAS AREAS.
APROVEITE AS OPORTUNIDADES ACESS
O PORTAL PROGREDIR. MAIS INFORMAC
LIGUE PARA 0800 707 2003



SINISTRO 3190193215 - Resultado de consulta por beneficiário**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

