

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Juan Guilherme dos Santos, brasileiro(a), estado civil Anaado, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 409 252.334-40 e portador da cédula de identidade nº 898 6905, residente e domiciliado(a) na sua joaquim Faustino Rocha, nº 1105, bairro de Olinda, na PE, cidade de Aracaju, CEP 55640.000.

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/ PE 28.697, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 102, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações, renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam, mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas, inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de poderes.

JUSTIÇA GRATUITA: Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuitade da Justiça.

Recife, 16 de 09 de 2019

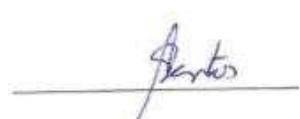
Juan Guilherme dos Santos
Outorgante



SUBSTABELECIMENTO

ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE nº 28.697D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, **Substabelece com reserva de poderes**, a pessoa da advogada **AMANDA KARLA SOARES DA SILVA**, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PE nº 33664, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, os poderes que lhe foram outorgados por **LUAM GUILHERME DOS SANTOS**, através do instrumento particular de mandato, para praticar todos os atos que se fizerem necessários.

Recife, 13 de setembro 2019.


Ana Cristina Santos

OAB/PE 28697



Assinado eletronicamente por: **AMANDA KARLA SOARES DA SILVA** - 16/09/2019 15:20:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091615204368300000050085845>
Número do documento: 19091615204368300000050085845

Num. 50882661 - Pág. 1

DECLARAÇÃO DE POBREZA

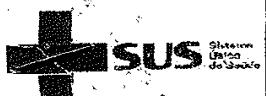
EU, Guilherme dos Santos,
brasileiro(a), estado civil Casado,
profissão Artista Inscrito no CPF/MF sob o
nº 409 352 334-40, e portador da cédula de
identidade nº 838 6905, residente e
domiciliado(a) rua Joaquim Faustino Rocha
nº 110, bairro Quinze de Novembro
CEP 55640-000 na cidade de
Caruaru / PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita,
que não tenho condições de arcar com as custas e despesas
processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo
com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 26 de 03, de 2019.

NOME: Guilherme dos Santos





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente LUAM GUILHERME DOS SANTOS	6 - Número. do Prontuário 122232
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 898004164181941	8 - Data Nascimento 04/04/1994
9 - Sexo MASCULINO	10 - Raça/Cor
11 - Nome da Mãe MARIA APARECIDA DA SILVA	12 - Telefone de Contato 81.992837100

13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato
-----------------------	--------------------------

15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA FRANCISCO VIDAL DA SILVA, 117 () - CRUZEIRO	16 - Município de residência GRAVATA	17 - Cod. IBGE município 2606408	18 - UF PE	19 - CEP
--	---	-------------------------------------	---------------	----------

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos <i>TAUAGA</i> → <i>DOENÇA NO PUNHO</i> <i>BOLEGA</i> <i>MSC: DRENAGEM NO PUNHO</i> , <i>RE: FILTRO NO PUNHO</i> .	<i>Conferido Com Documento 04/19</i> <i>Original Bezerros PE</i> <i>Hospital Jesus Pequeno</i> <i>Assistente Social CRESS/PE N° 4.471</i> <i>Ana</i>
--	--

21 - Condições que justificam a internação <i>CLINICAS</i> .

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados) <i>RE, ESQ</i> .	<i>Conferido Com Documento 04/19</i> <i>Original Bezerros PE</i> <i>Hospital Jesus Pequeno</i> <i>Assistente Social CRESS/PE N° 4.471</i> <i>Ana</i>
---	--

23 - Diagnóstico inicial <i>REUTURA NO PUNHO</i>	24 - CID 10 Principais <i>55.2X</i>	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas
---	--	------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado <i>TRATAMENTO CIRÚRGICO.</i>	28 - Código do procedimento <i>0308010019</i>
---	--

29 - Clínica <i>ONCOLOGIA.</i>	30 - Caráter de Internação	31 - Documento () CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante <i>CRM</i>
-----------------------------------	----------------------------	-----------------------------------	---

33 - Nome do Profissional Solicitante <i>ALVIOUSTO LACOTO</i>	34 - Data da solicitação <i>03/11/19</i>	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho) <i>ALVIOUSTO LACOTO</i>
--	---	--

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete <i>Raymundo Francisco da Silva</i>
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa <i>CREMEXPE-15479</i>
38 - () Acidente de Trabalho trajeto		

45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador	() Autônomo	() Desempregado	() Aposentado	() Não segurado
---	--------------	------------------	----------------	------------------

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Orgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
---------------------------------------	-------------------------	---

48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador
-----------------------------------	---

50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	Prefeitura Municipal de Bezerros Secretaria de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 261810761959-0
--------------------------	--	---



HOSPITAL JESUS PEQUENINO**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)**

Acomodação: ENFER_01 - LEITO-03

Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 520913 Data: 03/11/2018 Hora: 16:18
 Convênio: SES - ORTOPEDIA
 Responsável:
 Médico: DR. ARTUR DOMINGOS DE SOUZA LEAO

Recepção: NAYALLI
 Matrícula: 898004164181941
 Identidade:
 Cartão SUS: 898004164181941

Paciente: 122232 LUAM GUILHERME DOS SANTOS
 Nascimento: 04/04/1994 - 24 Anos e 6 Meses
 Endereço: RUA FRANCISCO VIDAL DA SILVA, 117
 Bairro: CRUZEIRO
 BGE/Cidade: 2606408 GRAVATA
 Pai: JOSE SIMPLICIO DOS SANTOS
 Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA
 Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor:
 Est. Civil: C.P.F. 10935233440
 CEP: Identidade: 8986305 SDS PE
 UF: PE Telefone: 81.992837100
 G.Instrução:
 Ocupação:
 Naturalidade:

Recepção: _____

Motivo Alta: () Curado () Melhorado () A Pedido (x) Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 horas
 () Assinou o termo

Alta Hospitalar Data: ___/___/___

Observação

Médico: _____

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Diagnóstico Secundário: _____

Assinatura / CRM

Transferência Hospitalar Data: 05/11/2018

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Diagnóstico Secundário: _____

Médico: _____

Dr. Felipe Guedes
 Ortopedista
 CRM: 21025

Assinatura / CRM

Óbito Data: ___/___/___

Diagnóstico Definitivo: _____

Diagnóstico Secundário: _____

Médico: _____

Assinatura / CRM



HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_01 - LEITO-03

Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 520913 Data: 03/11/2018 Hora: 16:18
 Convênio: SES - ORTOPEDIA
 Responsável:
 Médico: DR. ARTUR DOMINGOS DE SOUZA LEAO

Recepção: NAYALLI
 Matrícula: 898004164181941
 Identidade:
 Cartão SUS: 898004164181941

Paciente: 122232 LUAM GUILHERME DOS SANTOS
 Nascimento: 04/04/1994 - 24 Anos e 6 Meses
 Endereço: RUA FRANCISCO VIDAL DA SILVA, 117
 Bairro: CRUZEIRO
 IBGE/Cidade: 2606408 GRAVATA
 Pai: JOSE SIMPLICIO DOS SANTOS
 Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA
 Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor:
 Est. Civil:
 C.P.F. 10935233440
 Identidade: 8986305 SDS PE
 UF: PE Telefone: 81.992837100
 G.Instrução:
 Ocupação:
 Naturalidade:

Obs.: ORTOP 504615

Queixa do Paciente:

Febre 38°C → Dor na articulação.

H.D.A.:

Exame Físico:

Cor: Bf.
 MSO: Dor na articulação.
 Rx: Febre na articulação.

H.D.:

Histórico na articulação.

Tratamento: Cálculo co.

Conferido Com Dr. Artur Domingos de Souza Leao
 Original Bezerros PE
 Hospital Jesus Pequeno
 26/11/2018
 Amanda Soares da Silva
 Assistente Social
 CRESS/PE N. 34471

Bezerros, sábado, 3 de novembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Artur de Souza Leao
 Angiologia - Cir. Vascular
 CRM 2084 CPF: 004370444-04




Hospital Regional
JESUS PEQUENINO
EVOLUÇÃO MÉDICA

LUAM GUILHERME DOS SANTOS

03/11/2018: PACIENTE COM FRATURA DO PUNHO. AGUARDANDO CIRURGIA.
MEDICADO.

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM: 21025

04/11/2018: PACIENTE ESTAVEL SEGUE AOS CUIDADOS.

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM: 21025

05/11/2018: PACIENTE TRANSFERIDA PARA CLINICA MEDICA.

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM: 21025

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 04/10/19
Hospital Jesus Pequenino
Pey

Ana Amorim
Assistente Social
conccipe N. 4.471





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente LUAM GUILHERME DOS SANTOS	6 - Número. do Prontuário 122232
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 898004164181941	8 - Data Nascimento 04/04/1994
9 - Sexo MASCULINO	10 - Raça/Cor 10.1- Etnia
11 - Nome da Mãe MARIA APARECIDA DA SILVA	12 - Telefone de Contato 81.992837100
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato

15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)
RUA FRANCISCO VIDAL DA SILVA, 117 () - CRUZEIRO

16 - Município de residência GRAVATA	17 - Cod. IBGE município 2606408	18 - UF PE	19 - CEP
---	-------------------------------------	---------------	----------

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos

Paciente com dor e edema em M.S.

21 - Condições que justificam a internação

QCT e IF

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

Rx

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE
Hospital Jesus Pequenino
Assinatura:
Data: 04/04/2019
Assinatura:
Data: 04/04/2019
Assinatura:
Data: 04/04/2019

23 - Diagnóstico inicial Rx radio distal	24 - CID 10 Principais 552.5	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas
---	---------------------------------	------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado Internamento	28 - Código do procedimento 04-0402-040-7
---	--

29 - Clínica Ortopedia	30 - Caráter de Internação	31 - Documento () CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante 0221411.9394-30
---------------------------	----------------------------	-----------------------------------	--

33 - Nome do Profissional Splicitante Aline Valeria	34 - Data da solicitação 09/04/2019	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho)
--	--	---

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - Série
38 - () Acidente de Trabalho trajeto			Medico
39 - Vínculo com a Previdência			CREMEPE: 5379

() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado	() Aposentado	() Não segurado
---------------	----------------	--------------	------------------	----------------	------------------

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado	47 - Cód. Orgão Emissor	52 - Nr. Autorização de Internação hospitalar
48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizado	Prefeitura Municipal de Bezerros Secretaria de Saúde
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 261810761851-1



HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Atendimento:	521781	Data:	09/11/2018	Hora:	10:45	Recepç.:	MARIA DE LOURDES SILVA		
Convênio:	SES - ORTOPEDIA					Matrícula:	898004164181941		
Responsável:						Identidade:			
Médico:	DRA. CINTIA VALERIA DA SILVA					Cartão SUS:	898004164181941		
Paciente:	122232	LUAM GUILHERME DOS SANTOS				Sexo:	MASCULINO	Cor:	
Nascimento:	04/04/1994	- 24 Anos e 7 Meses				Est. Civil:			
Endereço:	RUA FRANCISCO VIDAL DA SILVA, 117					C.P.F.	10935233440		
Bairro:	CRUZEIRO					Identidade:	8986305	SDS	PE
IBGE/Cidade:	2606408	GRAVATA	CEP:	UF:	PE	Telefone:	81.992837100		
Pai:	JOSE SIMPLICIO DOS SANTOS					G.Instrução:			
Mãe:	MARIA APARECIDA DA SILVA					Ocupação:			
Nacionalidade:	BRASIL					Naturalidade:			
Obs.:	SENHA ORTOPEDIA 506814								

Queixa do Paciente:

Paciente com dor e entorpeção no membro.

I.D.A.:

Exame Físico:

D.: Fratura rádio distal (C)

atamento:

zeros, 09 de novembro de 2018

Conferido Com Documento
Original Bezerra P. Hospital Jesus Pequenino
Assinatura: 
Assinante: 
Assinante: 
Assinante: 
Assinante: 
Assinante: 
Assinante: 
Assinante: 
Assinante: 
Assinante: 
Assinante: 
Assinante: 
Assinante: 
Assinante: 
Assinante: 
Assinante: 
Assinante:
Assinante: <img alt="Handwritten signature" data-bbox="770 8890

FICHA DE ANESTESIA

Nº _____
Data: 06/11/2018

Anestesia: Sedação NB

Nome: Lucas Cuthberto dos Santos Nº do Registro: 1222232 Nº. na Clínica: _____

Clinica: Catopeclin Quarto: _____ Leito: _____ Idade: 74 Sexo: F Cor: P

Operador: Dr. Ricardo Assist.: Dr. Priscila Anestesista: Dr. Priscila

Diag. Preop.: Tumor de macrônodo distal Diag. Posop.: ouver

Op. Proposta: ATO cutâneo Op. Realizada: anesthesia

Premeditação: MZ 2 - FEN 100 mg Hora: 12:10 Resultado: (MO 1-2-3) Risco 1: 2-3-4
(AO 1-2-3)

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

11/10

AGENTES	N2O	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30
		02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
Líquidos venosos		50										
PA V	°C	240										
PULSO	38	220										
ANES	36	200										
x	34	180										
OP O	32	160										
TEMP. A	30	140										
ASPIR. A		120										
RESP. O		100										
		80										
		60										
		40										
		20										
Expon.												
Assist.												
Contro.												
EKG	PSR											
SÍMBOLOS												
SIC	100%											

AGENTES	DOSES	TECNICA	ANOTAÇÕES:
A. Midazolam 2,5		1/2 de ciclo N2O	
B. Fentanil 100ug		Sedação c/ (A) +	
C. Propofol 200		(B) + (C) via Infusão	
D. Isoproterenol 1		Assistida	
E. Nitroglicerina 100			
F. Nicotídeos 4			
G. Fentanyl 40			
LÍQUIDOS			
A. Dexamet 2		CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA	
B. Tramadol 100mg		NASO/OROTRAQUEAL - CEGA	
		BAL - TAMP. - CALIBRE DO TUBO	
		SOB - MÁSCARA	
		DIFÍCULDADE TÉCNICA	
Tempo de Anestesia			
TOTAL	1	30'	
OPERAÇÃO:			Laringo - Espasmo - Excesso Secreto Depressão Respiratória - Hipoxia "BUCKING" - Vomito Bradí - Taquicardia - Choque
ANESTESISTA:	Dra. Priscila Evangelista Médica de Anestesiologia CRM: 1781	CIRURGÃO: Dr. Ronald Evangelista Ortopedista CRM: 3764	Hemorragia Aritmia Bradí - Taquicardia - Choque PERDA SANGUÍNEA:

Conferido e com Dados Corrigidos
Original Bezerros PE
Hospital Jesus Pequeno 10/10/2018
Ana Amélia
Assistente Social
CRESSPE N. 4.471





MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Isaam Guedes dos Santos Registro N°. 122232
 Aptº. _____ Enfermaria: _____ Data: 09/11/18
 Cirurgia: Set. Pingo Cirurgião: D. Ronaldo
 Anestesia: Sedação Anestesista: D. Bixila
 Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Nalorfin			
Aminofilina				Narcan			
Água Destilada	03	Amp		Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil			
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemicetina			
Cedilanide				Quelicin			
Decadron	01	Amp		Rifocina 150			
Dormonid				Rifocina 500			
Diazepam				Rocefín I. M.			
Dolantina				Rocefín I. V.			
Etrane				Revivan			
Efortil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Flaxedil				Styptanon			
Fentanil				Solu-Cortef			
Fibrase				Sulfato Magnésio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Furacin Sol				Soro Fisiológico			
Furacin Pomada				Thionembutal			
Gluconato Cálcio				Xylocaína Pesada			
Glicose				Xylocaína 2% s/a			
Garamicina 80				Xylocaína 2% c/a			
Heparina 5.000				Xylocaína 1% s/a			
Halotano				Xylocaína Geléia			
Haemaccel				Xylocaína Spray			
Inoval				Propofol -			
Keflin	01	Amp		1 ml = 10 mg			
Ketalar				Conferido Com: <u>Isaam Guedes dos Santos</u>			
Lasix				Original Bezerros PE			
Methergin				Hospital Jesus			
Marcaína Pesada				Assistente: <u>Ana Paula</u>			
Marcaína s/a				Assistente: <u>Assistente: Ana Paula</u>			
Marcaína c/a				Assistente: <u>Assistente: Ana Paula</u>			

Isaam Guedes dos Santos
09/11/2018
HOSPITAL JESUS PE 122232

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Abbccath T	00			Urofix			
Agulha Desc.	03	luid.		Vaselina Bisnaga			
Agulha Gengival							
Agulha Raque				FIOS			
Agulha Sutura				CatGut Simpa s/a			
Algodão Hidrófilo				CatGut Simp c/a			
Algodão Ortopédico	01	luid.		CatGut Crom s/a			
Atadura Gase				CatGut Crom c/a			
Atadura Crepe	15	01		Fio de Algodão			
Atadura Gesso				Fio de Aço			
Bolsa p/ Colostomia				Fio Kirschner	20	REF 31020E	2,0
Comp. Cirúrgica	05	luid.		Fio Umbilical		LOT 11686	
Dreno Tórax				Mononylon		Reg. ANVISA: 10209780010	
Dreno Tórax Kerr				Mononylon			
Dreno Penrose				Prolene		REF 31020E	2,0
Equipo p/ Soro				Prolene		LOT 11686	
Equipo Macro Gotas				Polycot		Reg. ANVISA: 10209780010	
Espadrapo				Seda			
Espadrapo Anti-alérgico				Seda			
Espadrapo Micropore							
Fleet Enema							
Gase 7x5x7,5	03	pet		LÍQUIDOS			
Gase Furacionada				Água Oxigenada			
Gelfoan				Álcool Simples	20	100	ml
H. Kuntscher				Álcool Iodado			
Intracath				Éter	50	me	
Luva Descartável				Formol			
Luva Comum	01	pc		Germpol			
Lâmina Bisturi	01	luid.		Glutaril			
Lâmina Gillette				Pov Tópico			
Látex 204				Pov Degermante			
P. S. Petersen				cloroxidina	200	me	
P. L. Sherman				OXIGÊNIO			
Pr. S. Petersen							
Par. Sherman							
Pino Stelman				Das	ás		
Prótese Thompson							
Scalp				PROTÓXIDO			
Seringa 03 cc							
Seringa 05 cc	01	luid.					
Seringa 10 cc	02	luid.					
Seringa 20 cc				TAXAS			
Seringa Vidro 05 cc							
Seringa Vidro 10 cc				Aspirador			
Seringa Vidro 20 cc				Artroscopia			
Seringa de 01 cc				Bisturi Elétrico			
Sonda Estom nº				Desfibrilador			
Sonda Levine nº				Monitor			
Sonda Uretral nº				Taques	03	luid.	
Sonda Foley nº				Massagem	03	luid.	
Sonda "3v nº				MTR	06	luid.	
Sonda p/ O ₂	01	luid.		Estimulador	03	luid.	



REF 31020E
LOT 11686
Reg. ANVISA: 10209780010

Conferido Com 200g
Original Bento P. P. Jesus
Hospital São José

Assinante Socio
CRESS/PE N° 4471





9283-7
9386-6
Comptroller

9283-750
9386-6096:



Gravatá, 27 de novembro de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que a Sra. **LUAM GUILHERME DOS SANTOS** foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no dia 02 de novembro de 2018, vítima de trauma por acidente motociclístico, no município de Gravatá. Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

JACQUELINE AUGUSTA
Coordenadora Geral
COREN 103674

Tamires Pontes
Enfermeira
COREN: 442173

Jacqueline Oliveira
Coordenadora Geral SAMU-Gravatá

Endereço: Rua XV de Novembro , 121 – Nossa Senhora das Graças – Gravatá -PE
CEP: 55.642-550 Fone/Fax (81) 3563-9024/9025.
CNPJ: 10.710.822/0001-10
saudc@prefeituradegravata.pe.gov.br
www.prefeituradegravata.pe.gov.br





GRAVATÁ
AGORA É CRESCIMENTO
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA
MÉDICOS

DATA DA SOLICITAÇÃO:

HORA:

DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE ORIGEM:

Nº CARTÃO SUS:

NOME DO PACIENTE: LUVAN GUILHERME DOS SANTOSIDADE: 24 ANOSENDERECO DO PACIENTE: Rua Júlio Pernasica do Gósp. 500TELEFONE: 99386-6076DIAGNÓSTICO: Paroxismo distal de urina 6.12.010.

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:

Trans 13 13:00 da Hoy o dia 01/01/2010
levou coligas moto - moto.

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL: X mmHg
 F. CARDÍACA: bpm

F. RESPIRATÓRIA:

TEMPERATURA: °C

lpm

°C

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA VERBAL SONOLENTO CONFUSO SEM RESPOSTA

GLASGOW:

EXAME FÍSICO:
 SIM NÃO (+ ++ +++ ++++)
 DESIDRATADO
 DESNUTRIDO

SIM NÃO (+ ++ +++ ++++)
 CIANÓTICO
 ICTÉRICO

PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DIABETES	HAS	IC	SEQUELA AVC	DPOC	OUTROS
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

EXAMES COMPLEMENTARES:

E C G NORMAL
 ALTERAÇÕES

RX TORAX

RX ABDOME

OUTROS

TOMOGRAFIA

LABORATORIAL

HB	HT	LEUCO	CPK	TGO	TGP	AMILASE	URINA
<u> </u>							
<u> </u>							
<u> </u>							
<u> </u>							
<u> </u>							

* RELACIONAR DEMAIS EXAMES REALIZADOS.

HOSPITAL
DE DESTINO:

DR. NEISIO MACHADO
Médico
CRM: 24494/PE

SENHA CENTRAL

5548009

SENHA SAMU:

HPV - SMS - ALTERADO OUTUBRO/17

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO: 5548 009	DATA: 02/11/18	HORARIO: 15:00
ENCAMINHADOR	TRANSPORTE	RECEPTOR	
MEDICO: CRM:  Dr. Nelson Manoel P. de Lima CRM: 24492/PE CONA: 24492/PE	MEDICO: CRM:	MEDICO: CRM:	
CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA			
SAIDA	HORA DECHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:		PLACA VTR:	
PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:			
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:			
EXAMES ACOMPANHADOS:			
CONDUTAS REALIZADAS:			
SINAIS VITais:			
A: _____ / mmHg Temp. _____ °C			
VENTILAÇÃO ESPONTANEA () OU ASSISTIDA ()			
USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?			
INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?			
AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERENCIA			
EU, _____ RG N° _____ ORG. EXP. _____ UF _____			
NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERENCIA, ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.			





PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 330020

PACIENTE: LUAN GUILHERME DOS SANTOS

GENITORA: MARIA APARECIDA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 04/04/1994 IDADE: 24

ENDEREÇO: JOSEFA FRANCISCA DO ESPIRITO SANTO

BAIRRO: CRUZEIRO

PONTO DE REFERENCIA:

DATA: 02/11/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 12:28

CNS:

TELEFONE: (81) 9386-6096

SEXO: Masculino

COR: Sem informação

Nº: 117

UF: PE

CEP:

ACOMPANHANTE: MARIA BEZERRA (SOGRA)

HDA

Vitória de cedade de mete há 30 min dreyedo
pelo sono, em seu solar cervical. Voz de
capacete, mega dente e vontade. Vou
conseguir dormir em pouco espaço

EXAME FÍSICO

A → Voz aerea para a voz de solar cervical

B → UV + AHT S/ RUE, voz dor ou crise

C → Pulus da s s/uv Pd = 130x90 Sd = 98% cm⁴

D → BCG = 15 COT. Rupt. aero e fel

E → Fratura supra do radio dreyed

EXAMES SOLICITADOS

Ra de braço + MSO

HNS
Tumor

HD

1) Fratura Braço de mete

CID

55h800

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsrª das Graças – Gravatá - 55642-250. (81) 3533-0423





HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido	() Paciente () Familiar
<p>Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente dese nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.</p> <p>Nome: _____ RG: _____</p> <p>Endereço: _____ Tel.: _____</p> <p>Data: ____ / ____ / _____</p>	
<hr style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> Assinatura	

Autorização de Procedimento	<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Familiar
Nome: _____	RG: _____	
Endereço: _____	Tel.: _____	
Procedimento: _____		

Assinatura
Diag. Definitivo:

Condição de Atual:		<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Óbito
Data:	/	/	Hora:	Médico:	CRM:

11/2/2018 8:12:50 PM
2 de 2

Usuario do Atendimento





REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação Gravatá - PE Geres			
	Unidade Sentinelas Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da V	CNES 2435802	Vítima Nº	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Data do atendimento 02/11/2018 às 2000-01-01 12:28:00 -0200 Número de Registro/Prontuário 000133340			
	Nome LUAN GUILHERME DOS SANTOS			
	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Feminino <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Data de nascimento 04/04/1994	<input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
	Idade 24	<input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Ocupação <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
	Município de residência Gravatá - PE Código IBGE 260640			
Raça/cor <input type="checkbox"/> 1 Branca <input type="checkbox"/> 2 Preta <input type="checkbox"/> 3 Amarela <input type="checkbox"/> 4 Parda <input type="checkbox"/> 5 indígena <input checked="" type="checkbox"/> 9 ignorada				
DADOS DO ACIDENTE	Município onde ocorreu o acidente			
	Zona de ocorrência <input type="checkbox"/> 1 Urbana <input type="checkbox"/> 2 Rural <input type="checkbox"/> 9 Ignorada			
	Endereço do acidente			
	Data do acidente		Hora do acidente	
	Dia da semana do acidente <input type="checkbox"/> 1 DOM <input type="checkbox"/> 2 SEG <input type="checkbox"/> 3 TER <input type="checkbox"/> 4 QUA <input type="checkbox"/> 5 QUI <input type="checkbox"/> 6 SEX <input type="checkbox"/> 7 SAB	Tipo de Vítima <input type="checkbox"/> 1 Condutor <input type="checkbox"/> 2 Pedestre <input type="checkbox"/> 3 Passageiro conduzido adequadamente <input type="checkbox"/> 4 Passageiro conduzido inadequadamente <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Meio de locomoção da vítima no momento do acidente <input type="checkbox"/> 1 A pé <input type="checkbox"/> 2 Automóvel <input type="checkbox"/> 3 Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 Coletivo <input type="checkbox"/> 6 Veículo Pesado <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 8 Outro _____	
	Acidente relacionado ao trabalho? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Tipo de acidente <input type="checkbox"/> 1 Colisão/abaloamento <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 Atropelamento <input type="checkbox"/> 3 Tombamento/capotamento <input type="checkbox"/> 8 Outro _____	Outra parte envolvida no acidente <input type="checkbox"/> 1 Automóvel <input type="checkbox"/> 2 Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 Bicicleta <input type="checkbox"/> 4 Coletivo <input type="checkbox"/> 5 Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 Animal <input type="checkbox"/> 7 Veículo pesado <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica <input type="checkbox"/> 8 Outro _____	
	Fatores relacionados ao acidente			
	Excesso de velocidade <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Uso de sinto de segurança pela vítima <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica	Avanço de sinal <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Uso de capacete pela vítima <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica
	Uso de celular pelo condutor <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Uso de bebida alcoólica pelo condutor <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Sono do condutor <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Condutor tem habilitação <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica
	Outro fator relacionado ao acidente			
Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinelas <input type="checkbox"/> 1 Veículo particular <input type="checkbox"/> 2 Viatura policial <input type="checkbox"/> 3 SAMU <input type="checkbox"/> 4 Resgate/Bombeiro <input type="checkbox"/> 5 Ambulância <input type="checkbox"/> 6 Coletivo <input type="checkbox"/> 7 A pé <input type="checkbox"/> 8 Outro <input type="checkbox"/> 9 Ignorado				
Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinelas <input type="checkbox"/> 1 Consciente <input type="checkbox"/> 2 Inconsciente <input type="checkbox"/> 5 Morto <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Transferência da Vítima <input type="checkbox"/> 1 Sim - Para onde? _____ <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		
Responsável pelo preenchimento		Função		
Observações				





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC
 DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0152005365

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/12/2018** às **11:24**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **2/11/2018** às **11:36**

Fato ocorrido no endereço: **RUA QUINZE DE NOVEMBRO, 1, EM FRENTE A BEATRIZ MODAS.** -

Bairro: **SANTO ANTONIO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA / EM FRENTE A BEATRIZ MODAS.**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
 LUAM GUILHERME DOS SANTOS (VITIMA)
 MARIA DAIANA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
 VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUAM GUILHERME DOS SANTOS

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

LUAM GUILHERME DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA DA SILVA** Pai: **JOSE SIMPLICIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **4/4/1994** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRAVATA, 110, RUA JOAQUIM FAUSTINO ROCHA, N.S. DAS GRACAS.** - CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA DAIANA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA BEZERRA DA SILVA** Pai: **DJALMA FERREIRA DOS SANTOS** Data de Nascimento: **9/9/1993** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRAVATA, 110, RUA JOAQUIM FAUSTINO ROCHA, N.S. DAS GRACAS.** - CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUAM GUILHERME DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUAM GUILHERME DOS SANTOS**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **PGG6046** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012**

MOTO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE PILOTAVA A SUA MOTO DE PLACA PGG - 6046 E LEVAVA A SUA ESPOSA NA GARUPA, QUE AO PASSAR POR UM CRUZAMENTO NA AVENIDA QUINZE DE NOVEMBRO, PROXIMO A LOJA BEATRIZ MODAS, FOI ATINGIDO POR OUTRA MOTO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRARIO. A VITIMA FRATUROU O PUNHO ESQUERDO E SUA ESPOSA UM DOS DEDOS DO PE ESQUERDO. AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA.

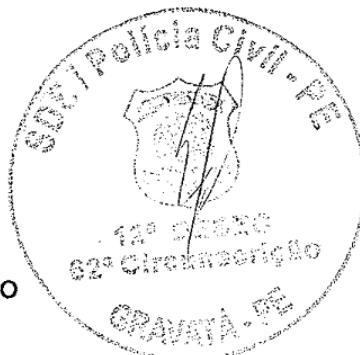
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Luam Guilherme dos Santos

LUAM GUILHERME DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EILTON FERREIRA BULHOES** - Matrícula: **319807-3**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0152005367

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/12/2018** às **11:55**

Complementa o BO Número: **18E0152005365**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **2/11/2018** às **11:36**

Fato ocorrido no endereço: **RUA QUINZE DE NOVEMBRO, 1, EM FRENTE A BEATRIZ MODAS.** -
Bairro: **SANTO ANTONIO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA / EM FRENTE A BEATRIZ MODAS.**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LUAM GUILHERME DOS SANTOS (VITIMA)
MARIA DAIANA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUAM GUILHERME DOS SANTOS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

LUAM GUILHERME DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA DA SILVA** Pai: **JOSE SIMPLICIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **4/4/1994** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 110, RUA JOAQUIM FAUSTINO ROCHA, N.S. DAS GRACAS. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA DAIANA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA BEZERRA DA SILVA** Pai: **DJALMA FERREIRA DOS SANTOS** Data de Nascimento: **9/9/1993** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 110, RUA JOAQUIM FAUSTINO ROCHA, N.S. DAS GRACAS. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUAM GUILHERME DOS SANTOS**, que estava em posse do(a)

13/12/2018 11:55



Sr(a): **LUAM GUILHERME DOS SANTOS**

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

Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGG6046** (PERNAMBUCO/GRAVATA) Renavam: **471963488** Chassi: **9C2KD0540CR547864**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GNV**

MOTO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

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

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE PILOTAVA A SUA MOTO DE PLACA PGG - 6046 E LEVAVA A SUA ESPOSA NA GARUPA, QUE AO PASSAR POR UM CRUZAMENTO NA AVENIDA QUINZE DE NOVEMBRO, PROXIMO A LOJA BEATRIZ MODAS, FOI ATINGIDO POR OUTRA MOTO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRARIO. A VITIMA FRATUROU O PUNHO ESQUERDO E SUA ESPOSA UM DOS DEDOS DO PE ESQUERDO. AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA.

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

Luam Guilherme dos Santos

LUAM GUILHERME DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EILTON FERREIRA BULHOES** - Matrícula: **319807-3**



13/12/2018 11:



Assinado eletronicamente por: AMANDA KARLA SOARES DA SILVA - 16/09/2019 15:20:44

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091615204396600000050085856>

Número do documento: 19091615204396600000050085856

Num. 50882672 - Pág. 12

SINISTRO 3190498730 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUAM GUILHERME DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev
Previdência S/A-Filial Recife-PE

BENEFICIÁRIO LUAM GUILHERME DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 10935233440

Posição em 16-09-2019 09:25:06

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
10/09/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

