



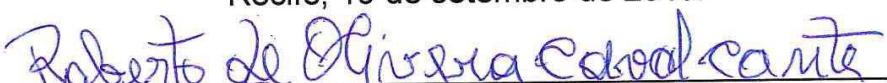
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE, brasileiro, solteiro, cabeleireiro, portador do RG nº 1.806.275 SSP-PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 235.339.784-00, residente e domiciliado na Rua Quatro, nº 295, casa, bairro de Sucupira, Jaboatão dos Guararapes-PE, CEP 55000-000.

OUTORGADO: MARCOS THULIO DA SILVA ALBUQUERQUE, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 41.336, com endereço profissional situado na Rua do Sossego, nº 591, Boa Vista, Recife-PE, CEP 50.100-150.

PODERES: Pelo presente instrumento de mandato, o Outorgante nomeia e constitui o Outorgado como seu procurador, a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula "ad judicia et extra", especialmente para promover ação de cobrança do seguro DPVAT, movida em desfavor da Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, perante a Vara Cível de Jaboatão dos Guararapes, podendo acordar, renunciar, transigir, substabelecer com ou sem reserva de poderes, firmar compromissos ou acordos, pegar carta de sentença, receber alvará e dar quitação, e tudo o mais que se fizer necessário para o bom e fiel cumprimento do presente mandato.

Recife, 19 de setembro de 2019.


ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

Rua do Sossego, nº 591, Boa Vista, Recife-PE, CEP 50100-150
Contatos: (81) 3423-3288 – 99826-8044 – mitalbuquerque.adv@gmail.com



Assinado eletronicamente por: MARCOS THULIO DA SILVA ALBUQUERQUE - 09/10/2019 18:38:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100918382804500000051314804>
Número do documento: 19100918382804500000051314804

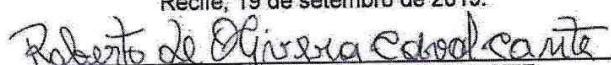
Num. 52139221 - Pág. 1

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE**, brasileiro, solteiro, cabeleireiro, portador do RG nº 1.806.275 SSP-PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 235.339.784-00, residente e domiciliado na Rua Quatro, nº 295, casa, bairro de Sucupira, Jaboatão dos Guararapes-PE, CEP 55000-000, declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República, do art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e da Lei nº 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção.
Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Por ser verdade, firmo o presente.

Recife, 19 de setembro de 2019.


ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE





MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Série 000000-05

Número 64019



Assinado eletronicamente por: MARCOS THULIO DA SILVA ALBUQUERQUE - 09/10/2019 18:38:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100918382821100000051314802>
Número do documento: 19100918382821100000051314802

Num. 52139219 - Pág. 1

QUALIFICAÇÃO CIVIL

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em	
Doc. Ident. N°	Exp. em / / . . .
Estado	
Obs.	
Data Emissão	16/05/79
	DRY
	<i>(Signature)</i>
	A assinatura é de Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Est. Civil

Doc.

Est. Civil

Doc.

Nascimento

Doc.



CONTRATO DE TRABALHO

BÔMPRECO S/A. - Supermercados do Nordeste

Rua Av. Faranha N° 3841
Município Recife Est. PE
Esp. do estabelecimento Supermercados
Cargo Servente

C.B.O. nº 97110

Data admissão de de 19

~~Remuneração especificada ... de ... R\$... ,00 (reais) e
Sessenta e seis reais, quinze centavos
e Sessenta e quatro reais mensais.~~

BOMPÉCO S/A Supermercado - Norden

Ass. do empreador ou a filha c/ test.

10

10

Da

四〇

10

20

CONTRATO DE TRABALHO

11

Empregador

Rua N°

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

..... C.B.O. n°

Data admissão de de 19

Registro nº Fls/Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador em ação c/ test.

10

20

54





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.436, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Pernambuco
Av. João do Barro, 111, Bos. Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50030-902
CNPJ 10.835.032/0001-88 | Ins. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
FABIANA DE OLIVEIRA CAVALCANTE
PRAZO CALDINHO DO BIU

CPF: 036 609 804-95 NIS: 16105286070

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA AQUILO, 2-6

MANGARIFPA/RECIFE
RECIFE PE
52110-480

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COMNIS
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
003527078	UNICA	27/01/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
27/01/2017	200069187	3103894

CONTA CONTRATO MÊS ANO
4009668662 01/2017

DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
15/02/2017 24/02/2017

TOTAL A PAGAR (R\$) 137,76

DETALHAMENTO DA FATURA	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,10960004	6,28
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,35837047	26,16
Consumo Ativo superior a 100 ate 220 kWh	120,000000	0,53690023	64,87
Consumo Ativo superior a 220 kWh	37,000000	0,59986682	22,15
Contribuição Iluminação Pública			15,35
ICMS Subvenção-CDE-NF 000686893-29/11/16			0,88
Multa por atraso-NF 000686246-29/12/16			9,13
Juros por atraso-NF 000686246-29/12/16			1,25

TOTAL DA FATURA 137,76

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	N. DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)	
N5380	CAT	29/12/2016	36.381,00	37.617,07	56.539,00	29	1.0000	257,00

HISTÓRICO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	COMPOMISSÃO DO CONSUMO
Mês/Ano kWh	BASE DE CÁLCULO % VALOR DO IMPÔSTO	
JAN17 257	ICMS 118,5 2,00 24,98	Geração de Energia 9% 47,77 36,70%
FEV17 011	PIS 118,5 0,76 0,89	Transmissão 7% 1,71 1,45%
NOV16 272	COFINS 118,5 3,51 4,16	Distribuição (Celpe) 8% 26,97 22,81%
OUT16 236		Encargos Sistêmicos 2% 2,18 7,77%
SET16 225		Itinerários 2% 0,51 39,27%
AGO16 336		Total R\$ 119,25 100%
JUL16 209	Consumo Ativo Até 30 kWh.	0,14620,07
JUN16 203	Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh.	0,35411,44
MAR16 252	Consumo Ativo superior a 100 ate 220 kWh.	0,53691,82
ABR16 251	Consumo Ativo superior a 220 kWh.	0,59981,86
MAR16 174		
FEV16 154		
JAN16 273		

TARIFAS APLICADAS

RESERVATÓRIO FÍSICO

B65D 671C 3CAS 56CF *5995 0268 0301 07E2

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Nada de leitura à bandeira em vigor a parte. Mais informações em www.anatel.gov.br. Nova Tarifa reajuste médio de +2,21% vigente a partir de 01/01/17 (Res. ANEEL 21/09/16). Pagamento em descontos. Multa (Res. 414/01/02-09/01/02) é de 10,43% (5,04/03), no prazo de 60 dias. O débito é computado quando o consumo é superior ao limite de 100 kWh. Desconto de 10% sobre o valor da tarifa Física criada pela Lei Nº 10.436 de 26/04/02-15/12/02. O cliente é compensado quando há desempenho do prazo de 60 dias para o atendimento comercial. Nova Tarifa reajuste médio de +1,61% vigente a partir de 01/01/18 (Res. ANEEL 26/09/17).

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, procedimentos e outras particularidades sejam sempre consultadas no site da Celpe. Para mais informações, entre em contato com a Celpe, em nossas unidades de atendimento ou no site www.celpe.com.br.

Marcos
00606928



Assinado eletronicamente por: MARCOS THULIO DA SILVA ALBUQUERQUE - 09/10/2019 18:38:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100918382831500000051314799>

Num. 52139216 - Pág. 1

LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 31/10/17

Nº PRONTUÁRIO: 8179

NOME DO PACIENTE: Fábio de Oliveira
causas de

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Sintomas de
elmo ()

CID: SS2.0

OBS.: Novo empilhador.
Ponta com elmo cusa-
feral.

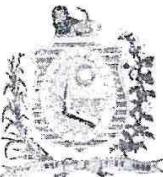
Nº DIAS: _____ ()

AFASTAMENTO DO TRABALHO

Dra. Maynir Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 18519

Assinatura do Médico
Carimbo





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 020ª CIRCUNSCRIÇÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES -
 DP20ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **17E0110000798**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/03/2017** às **10:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **8/3/2017** às **07:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA GENERAL MANUEL RABELO 4042 ATÉ O FIM, 01** - Bairro: **SUCUPIRA - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO PONTILHÃO DO METRÔ**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
 ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTI (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTI (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **Luzinete de Oliveira Cavalcanti** Pai: **JOSE CAVALCANTI** Data de Nascimento: **25/5/1958** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **BAIRRO DE SUCUPIRA (BAIRRO), 295, RUA 4 - CEP: 55000-000 - Bairro: SUCUPIRA - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

CAMINHÃO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Combustível: **DIESEL**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE, QUANDO ESPERAVA PARA ATRAVESSAR A VIA ACIMA CITADA, UM CAMINHÃO QUE TRANSITAVA EM ALTA VELOCIDADE, SENTIDO CENTRO DE JABOATÃO, SUBIU O MEIO FIO NA CUVA, VINDO A BATER COM A QUINA DA CARROCERIA EM SEU ANTEBRAÇO ESQUERDO; QUE SOFREU FRATURA E HOUVE MUITO SANGRAMENTO; QUE O CONDUTOR DO CAMINHÃO NÃO PRESTOU SOCORRO; QUE FOI SOCORRIDO POR UM POPULAR PARA A UPA DE ENGENHO, SENDO TRANSFERIDO

17/03/2017 10:31



POSTEIRAMENTE PARA O HOSPITAL DOM ELDER, NO CABO.

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

Roberto de Oliveira Cavalcanti
ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTI
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LÚCIO BATISTA DA SILVA** - Matrícula: **296984-0**

17/03/2017 10:31



Assinado eletronicamente por: MARCOS THULIO DA SILVA ALBUQUERQUE - 09/10/2019 18:38:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100918382846700000051314801>
Número do documento: 19100918382846700000051314801

Num. 52139218 - Pág. 2



PREVIDÊNCIA SOCIAL

Instituto Nacional do Seguro Social

Identificar Filiado - Consultar Extrato

Dados Cadastrais			
NIT 11717002565	Fonte do NIT PREVIDÊNCIA		
Administrador do NIT	Fonte Cadastramento CI_NOVO		
Ano da administração	Data de Cadastramento 07/01/1994	Data de Atualização 30/03/2017	
Dados Básicos			
Nome ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE			
Nome da Mãe LUZINETE DE OLIVEIRA CAVALCANTE			
Nome do Pai JOSE CAVALCANTE			
Sexo MASCULINO	Estado Civil SOLTEIRO(A)	Grau de Instrução FUNDAMENTAL INCOMPL.	
Cor/Raça PARDA	Data Nascimento 25/05/1958	Data de Óbito	
Nacionalidade BRASILEIRA	País de Origem BRASIL	Data de chegada	
Município de Nascimento RECIFE	UF de Nascimento PE		
Documentos			
CPF 23533978400			
Identidade Número: 1806275 Orgão Emissor: SSP UF: PE Data de Emissão:			
CTPS			
Título de Eleitor Número: 004031160841 Data de Emissão:			
CNH			
Doc. Estrangeiro			
Carteira de Marítimo			
Passaporte			
Certidões Civis	Tipo: Certidão de Nascimento, UF: , Município: , Cartório: , Folha: 260, Livro: 67, Termo: 79826, Data do Evento: 25/05/1958 Data do Registro:		
Contato			
Endereço principal	Tipo Logradouro: RUA, Logradouro: RUA AQUIRAZ, Número: 6, Complemento: CASA, Bairro: ALTO JOSE DO PINHO C AMAREL, RECIFE - PE, CEP: 52110380		
Endereço Secundário			
Telefone 1	Telefone 2	Celular 55- (81) 987908742	
Email			
Lista de Elos			
NIT	Fonte Origem	CPF	Nome
12207443355	PIS	23533978400	ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTI
11275162546	PREVIDÊNCIA	23533978400	ROBERTO DE O CAVALCANTI





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

SABR

29/08/2017

REC. MARIO MELO
COMUNICAÇÃO DE RESULTADO
REQUERIMENTO N° 13356000000051314812
BENEFÍCIO N° -

Prezadíssimo Senhor
ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE
NOME DO REQUERENTE
1806275
(REQUERENTE)

13356000000051314812
(CPF)

Comunicamos que o Assunto-Docente, requisitado em 10/08/2017, comprovando o cumprimento da exigência administrativa.
A conclusão desse requerimento está condicionada ao cumprimento das etapas subsequentes, por parte da Agência de Atendimento da Agência da Previdência Social.
O Requerimento do Prazo de Prorrogação poderá ser feito através dos seguintes meios:
Número 135 da Central de Atendimento do INSS, no www.previdencia.gov.br ou via Agência da Previdência Social - APS.

Recife, 09 de agosto de 2017. (Data da emissão da 2ª Via)

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: RECIFE - MARIO MELO

Endereço: Av. Mário Melo, 363 Térrea - Centro

CEP: 50040010

Município: Recife

UF: PE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob a pena dos Art. 171 do Código Penal, pelo cumprimento da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente em _____

Assinatura do Requerente: Roberto Cavalcante



Assinado eletronicamente por: MARCOS THULIO DA SILVA ALBUQUERQUE - 09/10/2019 18:38:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100918382856000000051314812>
Número do documento: 19100918382856000000051314812

Num. 52139229 - Pág. 2



6681

能够识别的特征和属性。这些特征和属性

MEMPHIS BAPTIST SEMINARY LIBRARIES 1881-1900. MARSHALL MURKIN

**REQUERIMIENTO DE DERECHOS POR SU CAPACIDAD
E IDONEIDAD DE PRACTICAR MEDICINA**

(2) V(10)

Procedure (a) (iv)(A)

ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Benefício por Incapacidade e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Page 1200/201

Home 1700

卷之三

AN ALLEGORICAL TALE

SANTO AMARO

WEDNESDAY

Compareça ao exame pericial levando RG/Carteira de Identidade e Carteira Profissional.
Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial.
Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada uma vez e devidamente justificada.

Revista Un. de Letras da UFSC

Name / Address / Information

REFERENCES

TERMINO DE SU SUSCRIPCION AL DIARIO

Responsabilizou-me, sob as penas do
silêncio, de falar mais cedo.

Ano do Recorrente / Reg. Legislativo



Assinado eletronicamente por: MARCOS THULIO DA SILVA ALBUQUERQUE - 09/10/2019 18:38:28
<https://pjje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1910091838285600000051314812>
Número do documento: 1910091838285600000051314812

Núm. 52139229 - Pág. 3



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

SABI

SISTEMA DE AGENDA PÚBLICA DO
BENEFÍCIO DA INVALIDEZ

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL:

RECIFE - MARIO MELO

REMARCAÇÃO DE EXAME PERICIAL
REQUERIMENTO N° 179658295

Prezado (a) Sr(a)

ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

(Nome do segurado)

Informamos que foi remarcado seu exame pericial para a data, hora e local a seguir discriminados:

Data: 04/08/2017

Hora: 11:20

Endereço:

EST DO ARRAIAL, N 3815

TAMARINEIRA

— RECIFE - PE —

Compareça ao exame pericial agendado, levando RG (Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional.
Considerando que já houve solicitação de remarcagem, informamos que o não comparecimento na data acima agendada ensejará no indeferimento do requerimento ou cessação do benefício.

Recife, 22 de junho de 2017

[Assinatura]
Nome e Cargo Assinatura
(Avôcente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em _____

[Assinatura do Requerente Rep. Legal]



RESULTADO DO REQUERIMENTO DE AUXÍLIO-DOENÇA

disponível a partir das 21 horas

Acesse: www.previdencia.gov.br

Em **SISTEMAS DO INSS**

Clique em Consulta de Situação de Benefício no canto esquerdo da tela.

Clique em **RESULTADO DO REQUERIMENTO DE AUXÍLIO-DOENÇA**

2. Informe o número do benefício ou requerimento (NB), nome, data de nascimento e CPF, além do campo de verificação de segurança
OU ligue 135

NÚMERO DO BENEFÍCIO

618.052.135-6

CLASSE SOCIAL: RECIFE MARIO MELO

**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA**

REQUERIMENTO N° 179658295
BENEFÍCIO N° 6180521356

(2ª Via)

Prezado (a) Sr(a)

ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

(NOME DO SEGURADO)

1806275

(RG/CERTIDAO)

12207443355

(NIT)

(CTPS/SÉRIE)

(REPRESENTANTE LEGAL)

(RG)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

(RG)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Benefício por Incapacidade e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 04/08/2017

Hora: 11:20

Endereço:

EST DO ARRAIAL, N 3515

TAMARINEIRA

RECIFE - PE

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional.
Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial.
Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

Recife, 04 de agosto de 2017

Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 18207443386

Número do Benefício: 6180521956

Espécie: 31

Número do Requerimento: 179658295

Ao Sr. (a): ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTI

Endereço: AGUIRAZ 6, ALTO JOSE DO PINHO

CEP: 52110480 Município: RECIFE

UF: PE

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Desfavorável ao Pedido.

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999;
Portaria Ministerial 359 de 31/08/2004, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença apresentado no dia 30/03/2017, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, sendo em vista que foi constatada Incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 31/08/2017.

Se nesse 180(cento e oitenta) dias forre até a Data da Cessação do benefício (31/08/2017), V. Sa. ainda se considerar Incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-parcial, mediante formalização do Pedido de Promogepa.

A partir de 31/08/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O cumprimento do Pedido de Promogepa poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela internet no endereço: www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Se o segurado, facultativo, contribuinte individual ou doméstico for em auxílio Doença durante todo o mês civil, não será devido o recolhimento da contribuição previdenciária daquele mês. A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 6º da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data: 4 de Agosto de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência
CEP: 52010010

RECIFE MARIO MELO
Município: RECIFE

Endereço: AV MARIO MELO, 343 TERREO SANTO
UF: PE AMARO

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Assinatura do Requerente/Representante Legal



MPAS/DATAPREV - INSS
CENTRAL 191

15/08/2017 10:06:06

NB: 6180521356 Consulta: M Concessao/Manutencao Pergunta: 50 dia util
Nome: ROBERTO DE O CAVALCANTI Data Nasc.: 25/05/1958
CPF : 235.339.784/00 Identidade: 00001806275 CTPS: 0964019 Serie: 00001 PE
Mae : LUZINETE DE OLIVEIRA CAVALCANT HIT: 1220744335-5
Endereco: AQUIRAZ 6 Bairro: ALTO JOSE DO PINH
Munic: RECIFE CEP 52110-480 UF PE TEL 81 99874200

OP: 07740-9 - B20/AGE: BRADESCO /CABIBARIBE - URB RECIFE
CARTAO MAG. End.: AV CONDE DA BOA VISTA, 940
BOA VISTA

Especie: 31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO
OL Conessor: 15.0.01.100 - AG DA P SOCIAL RECIFE - MARIO MELO
OL Mantenedor: 15.0.01.100 - AG DA P SOCIAL RECIFE - MARIO MELO

DAT : 9/03/2017 DER: 30/03/2017
DIB ANT: DIB: 09/03/2017 DCB : 31/08/2017
DRD : 30/03/2017 DCB: 11/08/2017 D.OBITO: DIP: 9/03/2017

Opcão : (B)eneficio (C)redito (E)ndereco (F)im B

Window BEN191/1 at DTPRJCV3



MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 15/08/2017 10:05:53
HISCRE - HISTORICO DE CREDITOS Pagina atual: 01

NB 618.052.135-6 ROBERTO DE O CAVALCANTI Esp: 031 Meio Pag: CMG
Compet 08/2017 Per: 01/08/2017 a 31/08/2017 Dt. Calc. Credito : 15/08/2017
DLM.....: 15.0.01.100 Dt. Inic. Validade: 31/08/2017
Conta Corrente: -- Dt. Final Validez: 31/10/2017
Origem.....: CONCESSAO Dt. do Pagamento...:
Retorno.....: CREDITO SEM RETORNO
Banco: BRADESCO OP: 077409 - CAPIBARIBE - URB RECIFE

Rubrica Descrição Valor (R\$)
101 VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO 937,00 +
104 VALOR DO DECIMO-TERCEIRO SALARIO 468,50 +

31/08

Valor Bruto 1.405,50 Descontos 0,00 Valor Líquido 1.405,50
Proxima Pagina: 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 15/08/2017 10:05:55
HISCRE - HISTORICO DE CREDITOS Pagina atual: 01

NB 618.052.135-6 ROBERTO DE O CAVALCANTI Esp: 031 Meio Pag: CMG
Compet 08/2017 Per: 09/03/2017 a 31/07/2017 Dt. Calc. Credito : 15/08/2017
DLM.....: 15.0.01.100 Dt. Inic. Validez: 29/08/2017
Conta Corrente: -- Dt. Final Validez: 31/10/2017
Origem.....: CONCESSAO Dt. do Pagamento...:
Retorno.....: CREDITO SEM RETORNO
Banco: BRADESCO OP: 077409 - CAPIBARIBE - URB RECIFE

Rubrica Descrição Valor (R\$)
101 VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO 4.435,13 +
110 CORRECAO MONETARIA 5,85 +

29/08

Valor Bruto 4.440,98 Descontos 0,00 Valor Líquido 4.440,98
Proxima Pagina: 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 09/03/2017 02:00

	Nome Paciente:	ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE
	Cód. Paciente:	91791
	Data de Nascimento:	25/05/1958
	Sexo:	Masculino
	Idade:	58
	Senha:	0005
	Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
	Atendimento:	362724
	SAME:	

Período: 09/03/2017 02:09 - 09/03/2017 02:09

ELOINA PAULINA DE LIMA - COREN: 172938 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	URGENCIA - AMARELO
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	PACTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO HÁ + OU - 15H. NEGA DESMAIOS E VÔMITOS. REFERE DOR E DIFICULDADE DE MOBILIDADE EM MSE. NEGA OUTRAS QUEIXAS. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA
Observação:	NEGA HAS E DM. PACTE ENCAMINHADO DA UPA DE ENGENHO VELHO COM SENHA 5119694
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR MODERADA (4-7/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: ELOINA PAULINA DE LIMA - COREN: 172938 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 09/03/2017 02:10

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: MARCOS THULIO DA SILVA ALBUQUERQUE - 09/10/2019 18:38:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100918382865600000051314813>
Número do documento: 19100918382865600000051314813

Num. 52139230 - Pág. 1



HOSPITAL
DOM HELDER



1. Identificação

Leito da SRPA: 04

Nome: Rodrigo de Oliveira data: 09/03/17 Hora: 13:10 Registro: 91291
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: 1º Cirurgia Fratura de Esterno Ergurdo

Tipo de anestesia: _____

Equipe: Bloco Puxo

Anestesista: Marcia Albuquerque

3. Admissão

Estado geral: () Bom () Regular () Torporoso () Grave

Respiração: () Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado

Sonda: () SVD () SNG () SNE

Acesso Venoso Periférico: () Não () Sim Onde: M S D

Acesso Venoso Central: () Não () Sim Onde: _____

Drenos: () não () sim Onde: _____

Sinais vitais: PA: 143 x 71 mmHg FR: 22 p/min FC: 77 p/min SaPO2: 100%

Glasgow: _____

4. Monitorização

SSV/H	15'	30'	60'	1:30 h	2:00h	3:00h
Horário	<u>13:35</u>	<u>13:50</u>	<u>14:05</u>	<u>14:20</u>	<u>14:50</u>	<u>15:30</u>
PA	<u>130 x 78</u>	<u>130 x 77</u>	<u>104 x 62</u>	<u>104 x 62</u>	<u>131 x 67</u>	<u>131 x 67</u>
FR	<u>26</u>	<u>26</u>	<u>25</u>	<u>25</u>	<u>27</u>	<u>21</u>
FC	<u>76</u>	<u>77</u>	<u>72</u>	<u>75</u>	<u>81</u>	<u>81</u>
SaPO2	<u>99%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>99%</u>	<u>97%</u>
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 127 x 78 FC: 83 FR: _____ SaPO2: 98% Glasgow: _____

Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____

Dra. Marcia Nascimento
Médica Anestesiologista
CRM: 19704



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA



Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 91791
Nome: ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE
Mãe: LUZINETE DE OLIVEIRA CAVALCANTI
End.: TRAVESSA GENERAL MANOEL RABELO
Enferm.: 405 - 04 - LT CMEDICA

Atendimento: 362725
Leito: 34

Dt.Cad: 9/3/2017
Dt. Nasc: 25/5/1958
Bairro: SUCUPIRA
Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES
CNS: 898002928831144

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- Confirmação sobre o paciente
 • identificação do paciente
 • Local da cirurgia a ser feita
 • Procedimento a ser realizado
 • Consentimento informado realizado
- Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
 Checagem do equipamento anestésico
 Oxímetro de pulso instalado e funcionando
- O paciente tem alguma alergia?
- Não
 Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- Não
 Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

- Não
 Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
 O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
 • Identificação do paciente
 • Local da cirurgia a ser feita
 • Procedimento a ser realizado
- Antecipação de eventos críticos:**
- Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? Sangramento / Infecção
 Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?
1: odum
- Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?
Nenhum comentário
- Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?
sim

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- Sim
 Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- Sim
 Não se aplica
Rx

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- Nome do procedimento realizado
 A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)
 Biópsias estão identificadas com o nome do paciente
 Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido
 O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Trat. enung frat. catorcelo e

*Thals Oliveira
Enfermeira
COREN PE 477.652*



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE: Roberto do Oliveira cordeiro
 CIRURGÃO: Dr. Carlos Ryan
 ANESTESISTA: Dr. Marcelo
 CIRURGIA: Angico FIST. fistula
 ESTRUMENTADOR: Thulio
 CIRCULANTE: Enaldo
 ENFERMEIRA: Thais

AUXILIAR:
 ANESTESIA:
 COODERNAÇÃO DO BLOCO:
 COREN:
 HORÁRIO INICIAL:
 HORÁRIO FINAL:

DATA: 09/03/17
RG: 917491

DESCRÍÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMPLEX	RAQUI 26	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
AQUEOST 9,0			
FIDOS			
ASAL	CENTRI	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 24	JELCO 24	
CLIPS/AGLORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURIATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMÍRAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 16	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
1ML		5ML	10ML
20ML		CATETER	
IMPRESSAS			
AVENTAL CIRUR.	BS.CC	IMPRESSAS	CAPA P/VIDEO
COLET.ABERTO	COLET	EXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV.URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS.PRESSÃO

DESCRÍÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCÃO 3,2	SUCCÃO 4,8	SUCCÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGICEL 6X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6



PEG: 30366



FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

09/03/17

Paciente

ROBERTO PÉ CHINETRA CANAGANTE

CRM 14744 M. Nome do Anestesista

Nome do Cirurgião

MILTON VASCONCELOS GOMES RIVAM

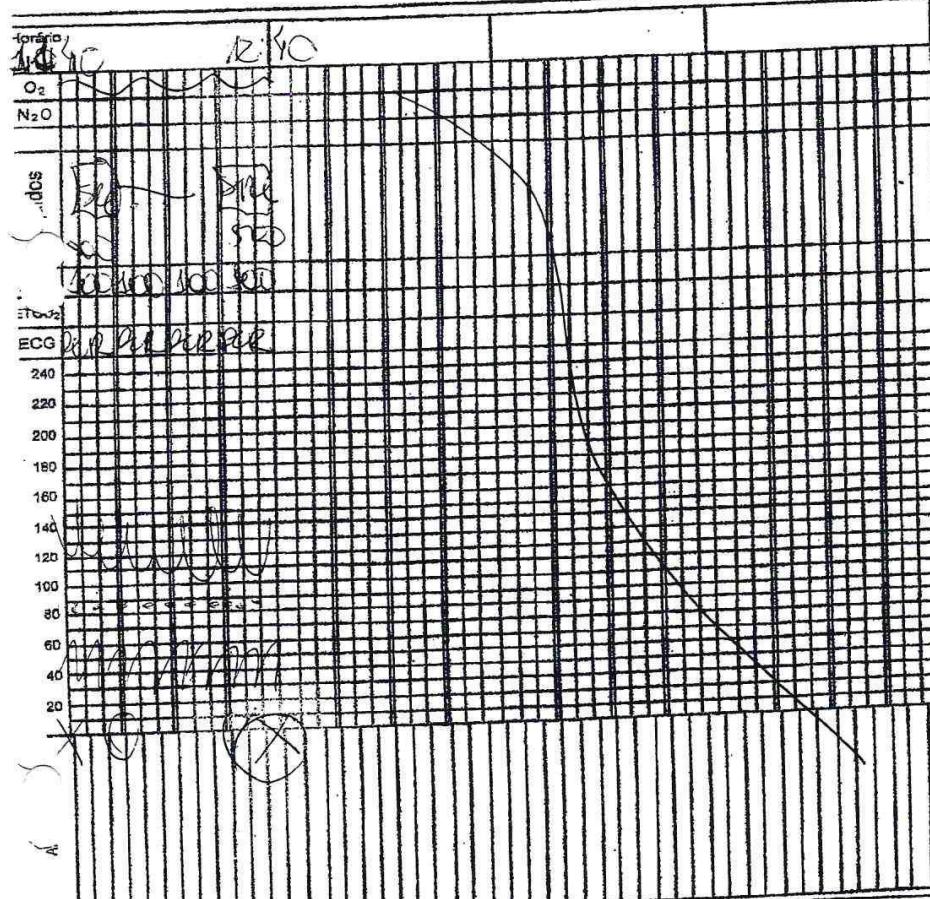
Medicação Pré-anestésica

Sexo M Cor PD Idade 58 Risco T

Urgência Não Sim

Cirurgia

the cirurgico fratura de cotovelo Esquerdo



Drogas Usadas	Quantidade
Nac. C, S, Cine	200
Lidoc. 1% Cine	100
Cisatracurium	2g
Dipirona	2g
Metocarbamol	1000
Midazolam	1mg
Sufentanil	0,001
etomidate	200

Técnica Anestésica
 Bloqueio de Nervos
 via endovenosa
 etomidate 0,001
 midazolam 0,001
 lidoc. Procacionil
 etomidate

Monitorização	<input type="checkbox"/> BIS
<input type="checkbox"/> Cardioscópio	<input type="checkbox"/> Temperatura
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/> Swan-Ganz
<input checked="" type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> Analisador Gases
<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> PVC
<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo
<input type="checkbox"/> Estet. Pré-Cordial	<input type="checkbox"/> Linha Arterial
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Volemia IBP Plus

Encaminhado	<input type="checkbox"/> Acordado
	<input type="checkbox"/> Sonolento
	<input type="checkbox"/> Intubado
Destino	<input type="checkbox"/> Observatório
	<input checked="" type="checkbox"/> SRPA
	<input type="checkbox"/> Apart./Enf.
	<input type="checkbox"/> UTI
	<input type="checkbox"/> Externo

Intercorrência: NÃO SIM

Descrever:

Observações: Necessita monitorização e alguma
 medicação anticoagulante
 conforme ob.

Assinatura do Anestesiologista

Dra. MARCOS THULIO DA SILVA ALBUQUERQUE
 Médica Anestesiologista
 CRM-SP 14744



Ficha de Cirurgia Descritiva

Nº do Cirurgia : 30366

Paciente : 91791

Unidade Atend.: 1

Leito : 34

Dt. Início : 09/03/2017 13:01

Sala : 0005 SALA 05

ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

SUS - INTERNACAO

405 - 04 - LT CMEDICA

Dt. Fim : 09/03/2017 14:01

Atendimento : 362725

Carteira :

Idade : 58 Anos

Operatório :

Operatório :

Procedimento: 0408020547

Convênio: 001

Anestesia: 29

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

BLOQ PLEXO BRAQUIAL

Equipe Médica

15463 CARLOS ROBERTO PINHEIRO RIHAN

19704 MARCELA KELLY SILVA DO NASCIMENTO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

ESCRIÇÃO CIRÚRGICA

paciente em decúbito dorsal em mesa cirúrgica

Antisepsia e antisepsia campo operatório

incisão de campos esteréis

exposição face medial de cerca de 10cm. hemostasia

redução de foco fratura + redução funcional de fratura e fixação com placa de reconstrução de c

14 e 05 parafusos com parafusos

ligadura abundante com sf 0.9%

fratura

fixativo

perfusão distal ao final do procedimento

Assinatura: Dr. Carlos Roberto Pinheiro Riham
Data: 14 MAR 2017
CRM: 15463
Endereço: Rua Paula Souza
Faturamento / SAME

dados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Rodrigo Pereira
CRM 22017
Ortopedia - Traumatologia

DR(A) : CARLOS ROBERTO PINHEIRO RIHAN
CRM : 15463

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 362725

Data e Hora do Atendimento: 09/03/2017 02:16

Usuário do Atendimento: JAIDETTENS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

Prontuário: 91791

Nome da Mãe: LUZINETE DE OLIVEIRA CAVALCANTI

Nome do Pai: JOSE CAVALCANTI

Data do Nascimento: 25/05/1958

Idade: 58 anos

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: RECIFE

Escolaridade: FUNDAMENTAL 5A A 8A COMPLETO

Carteira Nacional SUS: 898002928831144

Ocupação Habitual: CABELEIREIRO

Endereço: TRAVESSA GENERAL MANOEL RABELO

SUCUPIRA

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE

CEP: 54280415

Fone: 32541271

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA ENGENHO VELHO

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

HOU - Hospital Dom Helder Cam.

Assinatura: Paula Souza

Faturamento / SAME

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: 4 AND CLINICA MEDICA

Leito: 405 - 04 - LT CMEDICA

14 MAR. 2017

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 09/03/2017

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em: _____ / _____ / _____ Hora: _____

Médico e C.R.M:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:



**GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Roberto de Oliveira Cordeiro 09/03/17 Hora: Registro: 91791
Convênio: SUS Leito: Peso:
Altura:

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Carlos Ryan Anestesista: Dr. Marcelo
1º Auxiliar: 2º Auxiliar: Instrumentador: Thiago

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Abdomen Freq cetoabdo C Início: 11:30 Término: 13:00
Anestesia: Bloq Riso

RE-OPERATÓRIO:

Jo Geral:	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave
Jo Consciência:	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Sonolento
Respiração:	<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Entubado	<input type="checkbox"/> Traqueostomizado
Tricotomia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	

Chegou ao CC em uso de:

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler: <input type="checkbox"/>	Lateral: <input type="checkbox"/>	Dorsal: <input checked="" type="checkbox"/>	Ventral: <input type="checkbox"/>	Ginecológica: <input type="checkbox"/>
Banco de Sangue: <input type="checkbox"/>	Laboratório: <input type="checkbox"/>	Radiologia: <input type="checkbox"/>	Peça Cirúrgica: Sim: <input type="checkbox"/>	Não: <input type="checkbox"/>

5.1 EQUIPAMENTOS

Oxímetro de Pulso: <input checked="" type="checkbox"/>	Monitor Cardíaco: <input checked="" type="checkbox"/>	PNT: <input type="checkbox"/>	Bomba CEC: <input type="checkbox"/>	Aspirador: <input type="checkbox"/>
Coelhão Térmico: <input checked="" type="checkbox"/>	Bisturi Ultrassônico: <input type="checkbox"/>	Arroscópio: <input type="checkbox"/>	Microscópio: <input type="checkbox"/>	Capnógrafo: <input type="checkbox"/>
Bisturi Elétrico: <input checked="" type="checkbox"/>	Locat da Placa: <input checked="" type="checkbox"/>	coste		
Carro de Anestesia: <input type="checkbox"/>	Diprotosor: <input type="checkbox"/>	Intensificador: <input type="checkbox"/>		
Ap. Vídeo: <input type="checkbox"/>	Bomba de Infusão: <input type="checkbox"/>	Nº ()		
Oxigênio: <input type="checkbox"/>	Inicio: _____	Término: _____		
Protóxido: <input type="checkbox"/>	Inicio: _____	Término: _____		
Gás Carbônico: <input type="checkbox"/>	Inicio: _____	Término: _____		
etros:				

- PROCEDIMENTOS:

Mula Orotraqueal: Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	Puncão Venosa: Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
onda Vertical de Demora: Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	Sonda Gástrica: Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
Drenagem (Tipo e Local): Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	
Curativo (Tipo e Local): Sim: <input checked="" type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	tocele curva

5.3 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____	CIRURGIA: _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

6 - OBSERVAÇÕES: *Ganhou sangue*
início 12:00
final 13:55

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado: <input checked="" type="checkbox"/>	Narcose: <input type="checkbox"/>	Entubado: <input type="checkbox"/>	Traqueostomizado: <input type="checkbox"/>
Encaminhado para: SRPA: <input checked="" type="checkbox"/>	S. Intensiva: <input type="checkbox"/>	UCOR: <input type="checkbox"/>	UTI: <input type="checkbox"/>
Aptd.: <input type="checkbox"/>	Residência: <input type="checkbox"/>		

Data: 09/03/17	Hora: _____	Enfermeira: Thaís	Circulante: Edinaldo
----------------	-------------	-------------------	----------------------





Nº Prontuário: 31781

Nome do Paciente: Histerese de Utero hirsuta

Data do Atendimento: 28/03/17

- ECG
- Curativo
- Retirada de Ponto
- Retirada de Fio K
- Imobilização

- Psicologia
- Nutrição
- Fonoaudiologia
- Serviço Social
- Alta Ambulatorial
- Retorno

Data: 30/03/17

Obs.: _____



Atendimento: 757787

Data e Hora: 08/03/2017 09:12

Senha da Classificação:

0055

Transf. 23:45

HDT

Paciente: 251127 ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 25/05/1958 Idade: 58 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: LUZINETE DE OLIVEIRA CAVALCANTI Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA UPA CRM: 12345
Endereço: - ATE 4040/4041 GENERAL MA -- RUA 4 ALTO DO VI 295 Bairro: ENGENHO VELHO
Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPES PE Cep: 54160000 Usuário Atendimento: JESSYCACP
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 87908742
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 09:38 h

Sueixa Principal

Paciente com fratura fechada de rádio (E)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Rádio Fechada

UPA ENGENHO VELHO
Serviço de Pronto-
Atendimento
Dieta Liberada
08 / 03 / 17

Conduta Terapêutica

Tala Amarela

RAIO X
Fernanda P. S. Araújo
Téc. em Radiologia

Prescrição Médica *Nigc Stroco*

- ① Rista VO livre e PI acompanhante
② Profenidol 1TA + 10ml 35,7% CL 100ml
③ Diprofeno 4ml + AD EI

Ranyelle Rejane
Téc. de Enfermagem
COREN 922-455

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido: *Orto*

Senha: _____

Para: _____

Dra. Samara Aquino Holanda
MÉDICA
Carimbo Medico
08/03/2017



UPA 24 HORAS - ENGENHO VELHO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 08/03/2017 08:59

Nome Paciente:	ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTE
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	25/05/1958
Sexo:	Masculino
Idade:	58
Senha:	0055
Convênio:	-
Atendimento:	SAME:

Período: 08/03/2017 09:03 - 08/03/2017 09:06

SARA CARDOSO DA SILVA - COREN: 04937424 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE CORTE EM COTOVELO ESQUERDO + OMBRO

Observação: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

NEGA HAS + DM

RELATA QUE FOI UM CAMINHÃO QUE BATEU HOJE

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA(4-7/10)

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 6

Acolhido(a) por: SARA CARDOSO DA SILVA - COREN: 04937424 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 08/03/2017 09:06

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: MARCOS THULIO DA SILVA ALBUQUERQUE - 09/10/2019 18:38:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100918382885000000051314814>
Número do documento: 19100918382885000000051314814

Num. 52139231 - Pág. 2



PERNAMBUCO



EVOLUÇÃO clínica

Nome: Rafaela de Oliveira Beraldo Registro: 757787

Responsável: _____ Contato: _____

Data / Hora	
16:20 08/03/17	Ex Enfermagem *
	Paciente EG R, consciente, orientada, alinhado, amsterilo, afônio.
08/03/17	Paciente evoluí estável, sem interconcessões.
17h40	Agendada transferência PI a hospital no PDI CO-IL VPN
	<i>Conselho de Enfermagem Câmara de Representantes 08/03/2017</i>





UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
ENGENHO VELHO

PREScrição - TRATAMENTOS CONTROLE DE APlicações

Nome: Roberio Oliveira Registro: _____

Clínica: _____ Registro: _____



ENGENHO VELHO

GOVERNADOR CARLOS WILSON
REGISTRO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

NOME: Roberto de Oliveira Cavalcante REGISTRO: 757787
 ENFERMARIA/LEITO M01 DATA 08/03/17 HORA 10:00

HORÁRIO	PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA	FC	FR	HGT S/N	SATURAÇÃO
13:00	120x80	36.6			100	

ACESSO VENOSO/CONDIÇÕES WSD MUDANÇA DECÚBITO Eletrado

HIGIENIZAÇÃO Criptex

LESÕES/CURATIVO _____

DIURESE +

EVACUAÇÕES +

OBSERVAÇÕES pact. ECG, comum, orientado, Afb/1, Enfermeira, normotensão, normoclorada, ncp, reage em obs com ecgs de Esguta de enfermeira

Esequiel Oliveira
Téc. de Enfermagem
COREN-PE 753.045

TÉC. EM ENFERMAGEM ASSINATURA E CARIMBO

EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Paciente em Permanência no Setor () Sala Vermelha () Obs Amarela Adulto () Obs Amarela Pediátrica ()
 Plantão Diurno () Plantão Noturno ()

Paciente EGR: Conscientemente, orientado apresentando como HD imatura. Fecada, foi medicado e pm. Realizou mrx Segue aguardando transferência. *Taciana Paula dos Santos*
Avaliação de SSVV *Téc. Enfermagem*
COREN-PE 753.045

HORÁRIO	PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA	FC	FR	HGT S/N	SATURAÇÃO
20:00	130x70					

TÉCNICO EM ENFERMAGEM/ASSINATURA E CARIMBO





Assinado eletronicamente por: MARCOS THULIO DA SILVA ALBUQUERQUE - 09/10/2019 18:38:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100918382885000000051314814>
Número do documento: 19100918382885000000051314814

Num. 52139231 - Pág. 6



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

**UPA GOVERNADOR CARLOS WILSON
ENGENHO VELHO
SERVIÇO SOCIAL**



EVOLUÇÃO SOCIAL



Assinado eletronicamente por: MARCOS THULIO DA SILVA ALBUQUERQUE - 09/10/2019 18:38:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/ig/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1910091838288500000051314814>
Número do documento: 1910091838288500000051314814

Num. 52139231 - Pág. 7

INSTRUMENTAL PARA ATENDIMENTO NO LEITO

Data: 08/03/17 Hora: 17:30 Atendimento nº: 757787 Leito: M3

Nome: Roberto de Oliveira Cavalcante Idade: 58

Nome social/apelido: Roberto Possui documentação? () Sim () Não

Endereço: R. Quatro, 295, Lemepeira

Ponto de Referência: parte da subida do Alto do Ient

Nome do acompanhante: Marcelo Batista

Vínculo com o Usuário: Irmão Tel.: (81) 9866-56426

Pessoa de referência:

Vive em situação de rua ()

Vive internado em instituição, asilo, abrigo ou sob a responsabilidade de terceiros ()

Nome da instituição:

O usuário é acompanhado por algum serviço (saúde/assistência)? () Sim () Não

Qual? USF de referência

ATIVIDADE REALIZADA:

Orientações - Normas e Rotinas	(<input checked="" type="checkbox"/>) <u>transferencia</u>
Orientações - Direitos Sociais	(<input type="checkbox"/>)
Encaminhamento à Rede Socioassistencial	(<input type="checkbox"/>)
Encaminhamento à Rede de Saúde	(<input type="checkbox"/>)
Atendimento Violência	(<input type="checkbox"/>)
Articulação Externa/Família	(<input type="checkbox"/>)
Articulação Externa/Rede	(<input type="checkbox"/>)

Outras Observações:

Idoso, consciente e orientado, afirma que tem os vínculos familiares fortalecidos, exercendo atividade laboral.


Andreza Karmel de Arruda
Assistente Social
CRESS 4ª Região 6085

Assistente Social





Protocolo de Encaminhamento

Causa Externa: Acidente/Violência() Causa Clínica() Obstétrica () Psiquiátrico ()
TIPO DEOCORRÊNCIA *Onibus - UDV*
SENHA *5119694*

Nome do Paciente: *Rodrigo de Oliveira lava loarite* IDENTIFICAÇÃO Idade: *58a*
Sexo: M() F() Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: *José dos Guararapes*

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)
Acidente de Trânsito: ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Banco de Trás () Banco da frente () Uso de Cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhos () Agente Causador:
Explosão ao: Fogo/ Fumaça / Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar:
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual:

Xadente vitendo de trauma contuso em MT 5

Hipótese Diagnóstica:

- traumática fechada

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X _____
vias Aereas: FR Dispneia S () N () Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/ Estritor: S() N()
Sibilos Expiratórios: S () N() BAN*: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/ Estritor: S() N()
Distúrbio fala/Choro: S() N()
Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arrítmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

FR: RN 35-50
<1 ano 30-50
Criança 20-30
Adulto 12-30

FR: RN 120-160
<1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Vor 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura Ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descelebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS EGG

15

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de Sangramento externo S() N()

Lesões Infra - Torácica: S() N() Fratura Pélvis: S() N()

Lesões Infra-abdominais S() N() Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S() N() Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Mancha () Sonolência/ Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas S() N() Informante Vítima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança Perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da coluna Cervical: S() N()

Reanimação Cardiopulmonar: S() N()

Imobilização Tela Gessada: S() N()

RX: S() N() Analgesia: S() N()

Antibióticoterapia S() N() Especificar _____

Infusão de Fluidos: S() N() Especificar: _____

Oxigênio terapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Volume de Fluídos Infundido: _____

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()

Outras Condutas

Entubação Orotraqueal S() N()

Intercorrências: _____

Ventilação Mecânica Modalidade _____

F:O2: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Avaliação Ortopédia

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado _____

Médico Regulador _____ Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

08/10/17

Local e data

Dra. Samara Aquino Holanda
MÉDICA
CRM-PE 43126

Médico Assistente





Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2017

Carta n°: 11876267

A/C: ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTI

Sinistro: 3170501951 ASL-0357280/17
Vitima: ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTI
Data Acidente: 08/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Prezado(a) Senhor(a),

Relativamente ao acidente ocorrido em 08/03/2017, informamos a não cobertura técnica da indenização pleiteada, tendo em vista que após análise técnica e médica da documentação apresentada, concluímos não haver invalidez permanente resultante do acidente causado por veículo automotor, passível de cobertura pelo Seguro DPVAT nos termos da Lei nº 6.194/1974, com redação conferida pela Lei nº 11.945/2009.

Assim, por não haver cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista a inexistência de sequelas permanentes, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pôr meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





DPVAT- Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + www.seguradoralider.com.br

J56977002798R



CEP 54170000 - JABOTAO DOS GUARAPES - PE

RUA QUAATRO, 295

SOCORRO

ROBERTO DE OLIVEIRA CAVALCANTI

Administradora do Seguro DPVAT



SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

MORTE INVALIDEZ PERMANENTE DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA ROBERSON DE OLIVEIRA CAJARCA NOVAES

DATA DO ACIDENTE 07/03/17 POSSUI CPF SIM NÃO Nº CPF _____

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- CPF do Representante Legal (cópia simples)
- Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada Sim Não
- Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada Sim Não
- Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- CPF da vítima (cópia simples)
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada Sim Não
- Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- CPF da vítima (cópia simples)
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada Sim Não
- Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: Sim Não
- Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- CPF da vítima (cópia simples)
- Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- Autorização de pagamento para todos os beneficiários(original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: Sim Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CONUGUE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - Declaração de Cônjugue (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvara Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNUGUE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PA, MÃE OU AVÓS)**
 - Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)

OUTROS DOCUMENTOS APRESENTADOS:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO (Nome)

Quem é o portador? Vítima Beneficiário Representante Legal - CPF do portador _____
 E-mail _____
 Data _____
 Assinatura _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Porto de Abendimeto (Nome do Ponto) A.C. Paulo Bregaro
 Atendente Jane Joaquim Bezerra Matrícula 8506.670.9
 Data _____ Assinatura: _____





Assinado eletronicamente por: MARCOS THULIO DA SILVA ALBUQUERQUE - 09/10/2019 18:38:29
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100918382901800000051314815>
Número do documento: 19100918382901800000051314815

Num. 52141882 - Pág. 4