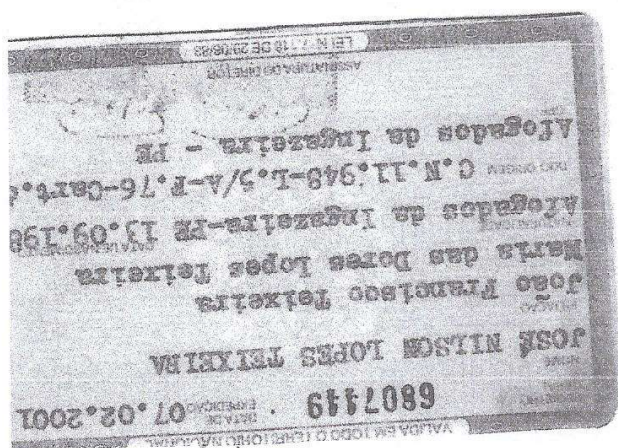
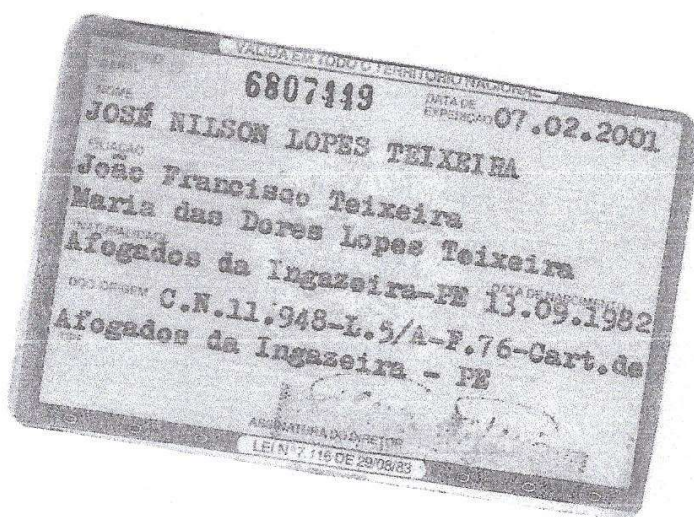




Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA**

Nº Sinistro: **3170377213**
Vitima: **JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA**
Data do Acidente: **21/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170377213**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12216142

Pag. 00629/00630 - carta_16 - INVALIDEZ



EXAME FÍSICO

Inspeção:

Palpação:

Ausculta:

Hipótese Diagnóstica:

Fratura de rádio D

Condições de Alta

Alta	☐	Obito em	☐	Motivo:	☐
Curado	☐	Obito em	☐	Tempo de Permanência Hospitalar	☐
Melhorando	☒	Hora	☐	Decisão Médica	☒
Inalterado	☐	+ 48 Horas	☐	Alta Pedida	☐
Piorado	☐	- 48 Horas	☐	Transferência	☐
Obito	☐			Indisciplina	☐

Transferido para

Diagnóstico definido

Fratura do rádio Atoal D

Tratamento

Reparo cirúrgico + antiespalite

Diagnóstico anátomo-Paratológico

Data

05,05,19

Ass. do Médico - CRM

e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM PR 19.940
SBOT 11.923



Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro nº _____
Data: ____/____/____
Hora: ____:____:____

ENFERMARIA: _____ LEITO Nº _____

PACIENTE

NOME: _____
SEXO: _____
NATURALIDADE: _____
ENDEREÇO: _____
CIDADE: _____
Nº DOCUMENTO: _____
PAI: _____
MÃE: _____
Nº DOCUMENTO: _____
FONE: _____
INTERNADO POR ORDEM DE: _____
ASS. DO MÉDICO - CRM: _____
LOCAL DO ACIDENTE: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____
NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ CASUAL ☐ QUEDA ☐ ACIDENTE DE TRABALHO ☐ ACIDENTE DO TRÂNSITO ☐ INTOXICAÇÃO ☐ AGRESSÃO ☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTRAS CAUSAS
☐ CLÍNICA ☒ CIRÚRGICO HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____
PRESSÃO ARTERIAL: _____ MX _____ NN _____ PULSO: _____ BPM
TEMPERATURA: _____ °C PESO: _____
QUEIXA PRINCIPAL: Paciente sofreu trauma no
punho D, com dor, edema e
separação.
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Hepatite no punho D

RESPONSÁVEL

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA

ATENÇÃO MÉDICA

CIVIL: _____
↓
Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 15.946 SBOT 11.923

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 15.946 SBOT 11.923

DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

NOME: Jose Wilson Lopes

- ☐ ALERGIA A _____
- ☒ ANSIEDADE
- ☐ COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- ☐ CONFUSÃO AGUDA
- ☐ CONSTIPAÇÃO
- ☐ DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO/HIGIENE
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA HIGIENE ÍNTIMA
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO
- ☐ DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS
- ☒ DOR AGUDA
- ☐ DIARRÉIA
- ☐ EXCESSO DO VOLUME DE LÍQUIDO
- ☐ HIPOTERMIA
- ☐ HIPERTERMIA
- ☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- ☐ INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- ☐ MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- ☐ MUCOSA ORAL PREJUDICADA
- ☐ NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
- ☐ PADRÃO DO SONO PERTURBADO
- ☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- ☐ PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ
- ☐ PERFUSÃO TISSULAR RENAL INEFICAZ
- ☐ RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO
- ☐ RISCO PARA QUEDA
- ☒ RISCO PARA INFECÇÃO
- ☐ RISCO PARA ASPIRAÇÃO
- ☐ RISCO PARA DISFUNÇÃO NEUROVASCULAR PERIFÉRICA
- ☐ RISCO PARA TEMPERATURA CORPORAL DESQUILIBRADA
- ☐ RISCO DE PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- ☐ RISCO PARA SÍNDROME DE DESUSO
- ☐ RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
- ☐ RISCO PARA VOLUME DE LÍQUIDO DESEQUILIBRADO
- ☐ RISCO PARA HIPOGLICEMIA E / OU HIPOGLICEMIA
- ☐ SÍNDROME DO DÉFICIT NO AUTOCUIDADO
- ☐ VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA
- ☐ VOLUME DE LÍQUIDO EXCESSIVO
- ☒ VOLUME DE LÍQUIDO DEFICIENTE

OUTROS _____

Érika Vêgas M. dos Santos
Enfermeira
CRP 15.124.2014





CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVÓIDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C

Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Pediátrica, Ortopedia, Traumatologia,
Neurologia, Fisioterapia, Clínica Cardiológica, Ultra-Sonografia, Densitometria Óssea, Mamografia, Eletrocardiograma, Eco-cardiograma,
Teste Ergométrico, Endoscopia Digestiva, Laboratório, Raio X, Eletroencefalograma, Video Laparoscopia Diagnóstica,
Oftalmologia, Fonoaudiologia, Dermatologia, Urologia, Cirurgia Plástica, Psicologia, Histeroscopia Diagnóstica e Cirúrgica, Cardiocardiografia
Fetal, Endocrinologia, Tomografia Computadorizada, Cirurgia Vascular.

CNPJ: 11.469.145/0001-52

Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que eu, Jose Wilson Lopes Teixeira

fui internado(a) pelo **SUS** neste Centro

Hospitalar Dr. José Evóide de Moura no dia ____/____/____

E NÃO PAGUEI absolutamente nenhuma importância pelos serviços

médicos, hospitalar, laboratorial ou serviços de enfermagem no tratamento de

minha doença.

Afogados da Ingazeira - PE, ____/____/____

* José Wilson Lopes Teixeira
Assinatura do Paciente ou Responsável



FICHA DE ANESTESIA

CRM de 18.846 SBO 11.523
Ortopedia e Traumatologia
Dr. Francisco E. Melo Jr.

72 DPD
Paciente evoluiu bem, sem dor
PT controle com boa resposta
C.O. Veto Hospitalar.

CRM de 18.846 SBO 11.523
Ortopedia e Traumatologia
Dr. Francisco E. Melo Jr.

Realizada cirurgia com boa
anestesia.
C.O. Felicit PT controle.

DATA 04/05/17
HORA

EVOLUÇÃO

H.O. Exatidão de plano D.

Registro Nº: 145486

Leito Nº:

Ent:

Nome do Paciente: José Nilson Soares
Clínica: Garibaldi Hospitalar

EVOLUÇÃO CLÍNICA

CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVOÍDE DE MOURA



FICHA DE ANESTESIA

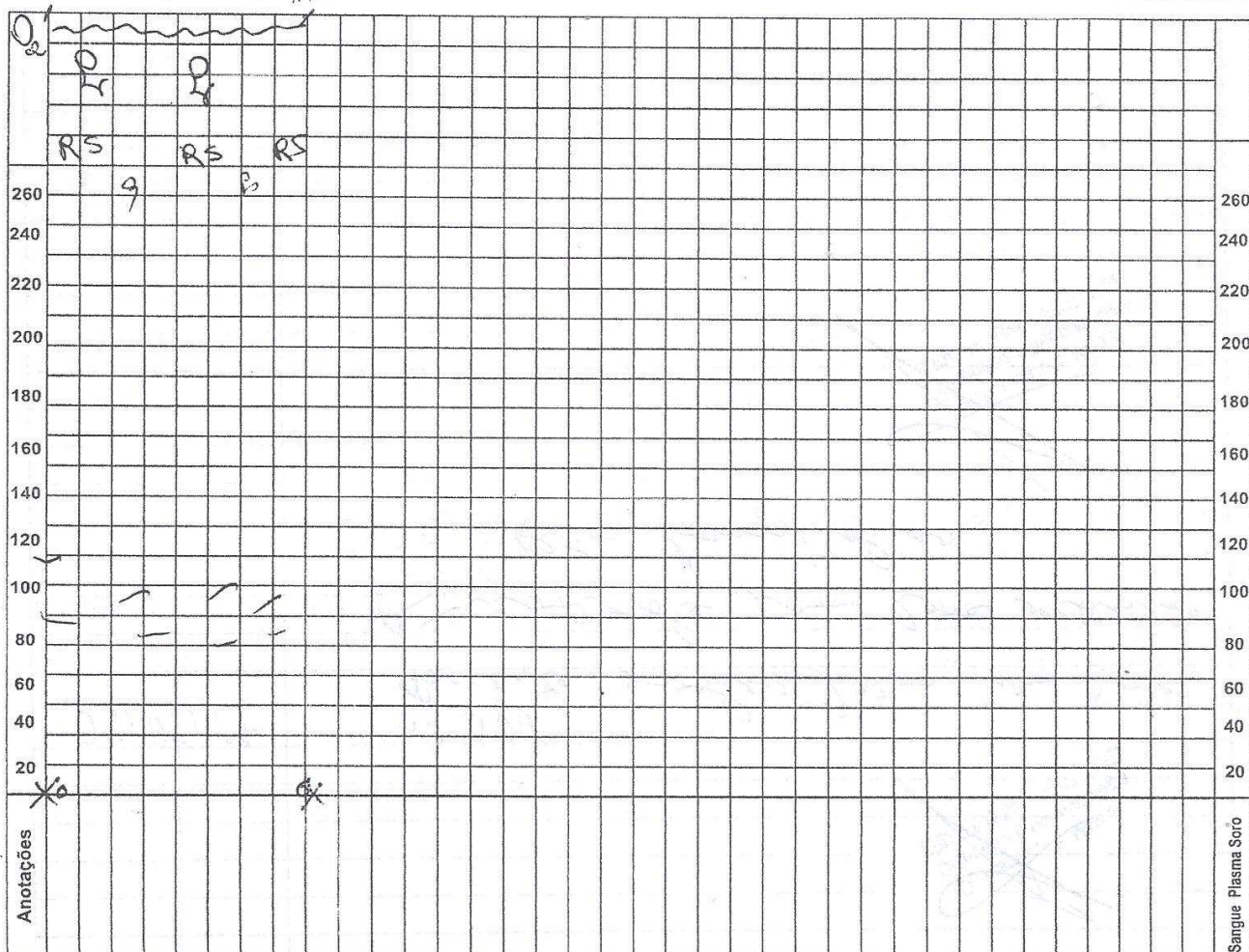
Nome:

Data:

Premedicação:

Hora:

Hora: 10:30



Agente

Quant.

Técnica e tipo de Anestesia

kilo of rice 1, 20
 ground
 sugar
 coffee

400g
200g
100g
20g

Block de flexo desigual + paralela

Duração da Op.: _____ Duração de Anest.: _____

Cond. no final da op.:

Resultado BRM Consciência:

Observação:

Dr. Flavia A. de Menezes
CRM 12.996
082.474-53

Dr. Francisco E. Melo Jr
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14.523





CENTRO HOSPITALAR DR. JOSE EVOIDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C

CNPJ: 11.469.145/0001-52

Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE

SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM

SAE

CLINICA MÉDICA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: José Nilson Lopes Teixeira

SEXO: M

ENF.:

LEITO:

DATA: 04/05/17

DADOS VITAIS					DRENAGENS					NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	
HORÁRIO	12	18	24	06	HORÁRIO	12	18	24	06		
PA	127				DIURESE					☒ CONSCIENTE	
T					SNG					☐ ALERTA	
P					DRENO TORAX					☐ SEDADO	
R					OUTROS					☐ SONOLENTO	
SpO2					TOTAL					☐ TORPOROSO	
HGT										☐ COMATOSO	
										☐ INCONSCIENTE	
										OUTROS:	

SISTEMA RESPIRATÓRIO

RESPIRAÇÃO	SUORTE VENTILATÓRIO	SECREÇÃO TRAQUEAL	VIA RESPIRATÓRIA
☒ EUPNEICO ☐ DISPNEICO	☒ ESPONTÂNEAS ☐ VM ☐ CATETER O ₂ ☐ VENTURI	☐ SIM ☒ NÃO	☐ TRAQUEOSTOMIA

SISTEMA CARDIOVASCULAR

BATIMENTOS CARDÍACOS	PULSO	PA	DROGAS VASOATIVAS	CATETER CENTRAL
☒ REGULAR ☐ IRREGULAR	☒ NORMOSFÍGMICOS ☐ BRADISFÍGMICO ☐ TRAQUISFÍGMICO	☒ NORMOTENSO ☐ HIPERTENSO ☐ HIPOTENSO	☐ SIM ☒ NÃO TIPO:	VSC: D () E () VJI: D () E () PVC:

SISTEMA DIGESTIVO

ABDOME	DIETA	EVACUAÇÕES	DRENAGEM ABDOMINAL
TIPO DE ABDOME ☒ GLOBOSO ☐ PLANO	RUÍDOS HIDROAÉREOS ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE	☒ V. O. ☐ SNE ☐ SNG ☐ PARENTERAL	☒ NORMAIS ☐ CONSTIPAÇÃO ☐ DIARRÉIA ☐ MELENA () PENROSE () OSTOMIA () NENHUMA TIPO:

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

DIURESE ESPONTÂNEA	SVD	GENITÁLIA ÍNTEGRA	ASPECTO DA URINA		
☒ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☒ NÃO	☒ SIM ☐ NÃO	☐ CONCENTRADA ☐ LÍMPIDA	☒ CÍTRICO ☐ COLÚRICA ☐ HEMATÚRIA	☐ ANÚRIA ☐ POLIÚRIA ☐ PIÚRIA

AValiação DA PELE

☒ HIDRATADA ☐ DESIDRATADA ☐ NORMOCORADA ☐ HIPOCORADA	☐ ICTÉRICA ☐ ANICTÉRICA ☐ CIANÓTICA ☐ EDEMACIADA ☐ HEMATOMA ☐ ESCORIADA	☐ ULCERA PI PRESSÃO LOCAL: _____ GRAU: _____	CURATIVOS ☐ SIM ☐ NÃO	ASPECTO ☐ LIMPA ☐ INFECTADA	EXSUDATO ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE ASPECTO: _____
--	--	---	---	---	---

OSTEO ARTICULAR

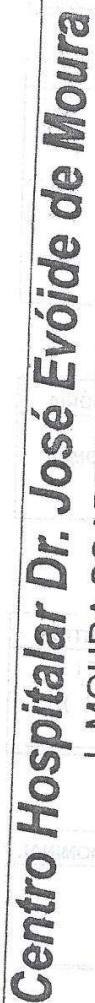
IMOBILIZAÇÃO	PERFUSÃO MEMBRO IMOBILIZAÇÃO
☐ SIM ☐ NÃO	LOCAL ☐ MSD ☐ MSE ☐ NORMAL ☐ CIANÓTICO

Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 22/11/2019 10:27:27

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112210272694600000053500157

Número do documento: 19112210272694600000053500157

Num. 54374647 - Pág. 2



J. MOURA SOARES LTDA. S/C

Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

[illegible]

Todas as anotações feitas, devem ser rubricadas pelo responsável



<https://pje.tjpe.jus.br:443/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112210272694600000053500157>

Número do documento: 1911221027269460000053500157



CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVOIDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C

Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Pediátrica, Ortopedia, Traumatologia, Neurologia, Fisioterapia, Clínica Cardiológica, Ultra-Sonografia, Densitometria Óssea, Mamografia, Eletrocardiograma, Eco-cardiograma, Teste Ergométrico, Endoscopia Digestiva, Laboratório, Raio X, Eletroencefalograma, Vídeo Laparoscopia Diagnóstica, Oftalmologia, Fonoaudiologia, Dermatologia, Urologia, Cirurgia Plástica, Psicologia, Histeroscopia Diagnóstica e Cirúrgica, Cardiotocografia Fetal, Endocrinologia, Tomografia Computadorizada, Cirurgia Vascular.

CNPJ: 11.469.145/0001-52

Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE

COMISSÃO TÉCNICA DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

NOTIFICAÇÃO DE INFECÇÃO

Nome: José Nilson Lopes Teixeira Prontuário: 145480

Nº Documento: _____

Sexo: () F (X) M Idade: 34 Data de Internação: 24.05.17

Clínica: Cirurgia Alta em: 05.05.17

Óbito: _____ Associado à infecção () Outras causas ()

Diagnóstico: _____

Cirurgia: Fratura de Rôto

Data da Cirurgia: 04.05.17 Cirurgião: _____

Tipo: () Limpa () Contaminada () Potencialmente contaminada () Infectada

Tipo de Anestesia: _____ Anestesista: _____

Parto Transpélvico: () Sim () Não Obstetra: _____

Data: _____ Bolsa Rota: () Não () Sim Nº de Horas: _____

Episiorrafia: () Sim () Não Placenta () Completa () Incompleta

PROCEDIMENTOS DE RISCOS REALIZADOS (MARCAR COM X)

() Assist. Ventilatória	() Dissecção Venosa	(X) Punção Lombar
() Biópsia	() Entubação	() Punção Toxácica
() Cateterismo Vesical	() NPT	() Hemotransfusão
() Cateterismo Venoso	() Nebulização	() Traqueostomia
(X) Punção Venosa	() Punção Abdominal	() _____
Infecção: () Sim () Não	() Comunitária () Hospitalar	() Ambas

LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA DA INFECÇÃO HOSPITALAR (MARCAR COM X)

() Coto Umbilical	() Ocular	() Puerperal
() Cutânea Cirúrgica	() Ouvido	() Respiratória
() Ferida Cirúrgica	() Oral	() Urinária
() Gastro Intestinal	() Peritonal	() Venosa (flebite)
() Outras _____	() _____	() _____

USO DE ANTIMICROBIANO () Não (X) Sim (X) Profilático () Ambos

<u>Cefotaxime</u>	<u>2g IV, 6/6h</u>	<u>04.05.17</u>	<u>05.05.17</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Cultura: () Sim (X) Não	Tipos: _____	Data/Coleta _____	Resultados _____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 15.944
ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

[illegible]

INTERCORRÊNCIAS NO DECORRER DO PLANTÃO NOTURNO

Materiais Utilizados Data 04/05/17

04/05/11

Equipo /

Equipo

Cateter Jelco 20

Cateter Jelco

Scalp

Scalp

Esparadapo 30 cent.

Esparadapo

Algodão Bola 03

Algodão Bola

Luya Procedimiento 2

Luya Procedimento

Seringa 5cc

Seringa 5cc

Seringa 10cc L

Seringa 10cc 2

Seringa 20cc

Seringa 20cc

Siringa Insulina

Seringa Insulina

Multivias

Multivias

Aagulhas Descartáveis

Agulhas Descartáveis 1

Outros:

Outros:

INTERCORRÊNCIAS NO DECORRER DO PLANTÃO DIURNO

INTERCORRÊNCIAS NO DECORRER DO PLANTÃO NOTURNO

DATA 04/05/17 HORA:

DATA: 04/05/17 HORA: 79:00h

Admitida p/ trata-
mento cirurgico
Intermada para ferir, corada.
ordem de Dr. Francisco Segue com acesso
aos cuidados de enfermagem.
medicacao. Nada os

Jucineide Maria de Andrade
COREN 8147635
Técnica em Enfermagem

Unidades de enferma
gem.

~~Luciene Maria de Andrada~~
COREN 817635
Técnica em Enfermagem





CASA DE SAÚDE Dr. JOSE EVOIDE DE MOURA

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identificação

Nome: Jose Nileton Lopes Registro: 110458
Data de admissão: 04/05/18 Leito: 34 Idade: 34 Sexo: M () F

2. Queixa principal e História da doença atual

fratura do rádio (D)

3. Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Definitivo:

4. Antecedentes Pessoais:

☐ Cardiopatias ☐ Doenças degenerativas ☐ Tabagismo ☐ obesidade ☐ DM
☐ Distúrbios psiquiátricos ☐ Alcolismo ☐ Alergias ☐ HAS ☐ Tuberculose
☐ Uso de drogas ☐ Outras

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

5. Exame Físico

5.1 Estado Geral:

☐ Grave ☒ Hidratado ☒ Normocarado ☐ Afebril ☐ Anictérico ☐ Palidez
☐ Regular ☐ Desidratado ☐ Hipocorado ☐ Ictérico ☐ Cianose
☒ Bom ☐ Anasarca ☐ Hiperorado

Tegumento/Pele:

5.2 Avaliação neurológica:

Nível de consciência:

☒ Consciente ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Desorientado ☒ Orientado ☐ Sob sedação

5.3 Sistema Respiratório

☐ Contínua ☒ Espontânea ☐ Suporte Mecânico

☒ Eupnéico ☐ Dispneico ☐ Espotânea
O2 suplementar: l/min Cateter nasal ☐ Macronebulização ☐ Máscara
Dreno torácico ☐ Sim ☒ Não Local:

Aspecto da drenagem:

Múrmuros Vesiculares: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Diminuído Local:
Ruídos Adventícios: ☒ Ronco ☐ Sibilos ☐ Estenores ☐ Crepítantes Local:
Tosse: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Seca ☐ Produtiva Local:

5.4 Sistema Cardiovascular:

Ritmo Cardíaco: ☐ Regular ☐ Irregular Ausculta:
Pulsos: ☐ Filiforme ☐ Cheio ☐ Ausente

5.5 Sistema Gastrointestinal:

Abdome: ☒ Flácido ☐ Tenso ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Plano ☐ Globoso

Ascítico:

Ruídos Hidroéreos: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Hiperativos ☐ Hipoativos ☐ SNG ☐ SNE ☐ SGO ☐ Gavagem ☐ Drenagem
Eliminações Intestinais: ☐ Constipação ☐ Diarréia ☒ Normais ☐ Flatos ☐ Melena ☐ Enterorragia

Êmese: ☐ Presentes ☒ Ausentes Aspecto:

5.6 Sistema Gênito-urinário:

Diurese: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ SVA ☐ Cistostomia ☐ Uripem

Aspecto:

5.7 Sistema Musculoesquelético:

Mobilidade: ☒ Ativa ☐ Passiva

Momentos Conservados: ☒ Sim ☐ Não

Força Motora: Conservada ☒ Sim ☐ Não

MMSS:

MmII:

Observações do enfermeiro:

NECESSIDADES Psicossociais

Atitudes: ☒ Cooperativo ☐ Não cooperativo ☐ Agitado ☐ Choroso ☒ Calmo ☐ Ansioso

Nível sócio-econômico: Classe social: ☐ Alta ☐ Média ☐ Baixa

Condições de Moradia:

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Necessidades de acompanhamento espiritual: ☐ Sim ☒ Não

Aceita visita para acompanhamento religioso: ☐ Sim ☒ Não

Enfermeira
Erika Vargas M. dos Santos
CORELPE 016.250
CORELPE 016.250

CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVOÍDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda, S/C
Rua Aparício Verras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Alagados da Ingazeira - PE
CNPJ: 11.469.145/0001-52



ENF: _____ LEITO: _____

NOME: Jose Alir Ven Borges

DATA: 04/05/17

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

X REALIZAR LAVAGEM DAS MÃOS ANTES E APÓS QUALQUER PROCEDIMENTO

X RESPEITAR PRECAUÇÕES E USO DE EPIs CONFORME ROTINA DA CCII

X EXPLICAR PROCEDIMENTOS ANTES DE REALIZÁ-LOS

X MANTER PROCEDIMENTOS DATADOS, IDENTIFICADOS E FIXADOS

X DIMINUIR RUÍDOS AMBIENTAIS E ILUMINAÇÃO À NOITE

X ELEVAR GRADES LATERAIS DA CAMA

X TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO CONFORME PROTOCOLO

X ASSINAR E CARIMBAR TODOS REGISTROS DE ENFERMAGEM

X ADMINISTRAR MEDICAÇÕES E FLUIDOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA

X PROPORCIONAR AQUECIMENTO EXTERNO SE TEMPERATURA <36°C E COMUNICAR

X REALIZAR COMPRESSAS FRIAS SE TEMPERATURA >37,4°C E COMUNICAR

X CONSIDERAR PERDAS EXTRAORDINÁRIAS (FEBRE, VÔMITO, DIARRÉIA, DRENOS E SONDAS)

X OBSERVAR, ANOTAR E COMUNICAR FREQUÊNCIA NÁUSEAS E VÔMITOS

X REGISTRAR FREQUÊNCIA DE EVACUAÇÕES E ASPECTO OU AUSÊNCIA E COMUNICAR

X OBSERVAR E ANOTAR DEBITO URINÁRIO E SUAS CARACTERÍSTICAS, COMUNICAR ALTERAÇÕES

X OBSERVAR E ANOTAR PADRÃO VENTILATÓRIO, COMUNICAR ALTERAÇÕES

X OBSERVAR EM EXTREMIDADES: CIANOSE, PERFUSÃO, TEMPERATURA, COMUNICAR ALTERAÇÕES

X OBSERVAR PRESENÇA DE EDEMA EM MMSS E MMII, SE EDEMACIADOS ELEVÁ-LOS E COMUNICAR

X OBSERVAR SINAIS DE DOR (TAQUICARDIA, HIPERTENSÃO, DIAFORESE, TAQUIPNÉIA) E COMUNICAR

X EM CASO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO FORA DO HORÁRIO PRESCRITO CHECAR NOVO HORÁRIO E COMUNICAR

X REGISTRAR REAÇÃO ADVERSA QUE O PACIENTE POSSA TER APÓS MEDICAÇÃO E COMUNICAR

X REALIZAR, OBSERVAR PRECISÃO DA INFUSÃO DE SOROS A CADA 3 HORAS

X REALIZAR E OBSERVAR SSVV DE _____ / _____ H

X ASPIRAR SNG/SNE ANTES DE INSTALAR AS DIETAS, LAVAR SONDAS APÓS A DIETA

X ASPIRAR VAS/TOT/T/TRAQUEOSTOMO _____ / _____ H E TOILETE BRÔNQUICA S/N

X COLOCAR / MANTER COLCHÃO CAIXA DE OVO E USAR BLOCOS DE ESPUMA PARA APOIO

X COMUNICAR SE SPO₂ <92%

X SECRETARIA DE _____

X CONFERIR CUIDADOSAMENTE ENTRADA / SAÍDA NO BALANÇO HÍDRICO

X CONTER MMSS E /OU MMII SE APRESENTAR AGITAÇÃO

X HIDRATAR E MASSAGEAR PELE 03 X AO DIA E A CADA MUDANÇA DE DECÚBITO

X INSTALAR DIETA RIGOROSAMENTE NOS HORÁRIOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA / NUTRIÇÃO

X INTERROMPER FLUXO DE DIETA DURANTE PROCEDIMENTOS

X MANTER CABECEIRA ELEVADA A _____ GRAUS PARA REPOUSO, E _____ GRAUS PARA INFUSÃO

X MINISTRAR OXIGENOTERAPIA _____ L/M - UMIFICADA S/N

X OBSERVAR E ANOTAR COMPORTAMENTO NEUROLÓGICO, COMUNICAR ALTERAÇÕES

X REALIZAR CURATIVO 01 X AO DIA EM REGIÃO: MSD

X REALIZAR HGT DE _____

X REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA 02 HORAS

X REALIZAR / AUXILIAR NA HIGIENE CORPORAL 01 X AO DIA E S/N

X REALIZAR / AUXILIAR NA HIGIENE ORAL E OCULAR 02 X AO DIA

X TROCAR AMBU A CADA 24 HORAS OU QUANDO NECESSÁRIO

X TROCAR CIRCUITO DA LINHA ARTERIAL CONFORME PROTOCOLO

X TROCAR UMIFICADOR/ FILTRO A CADA 07 DIAS OU QUANDO NECESSÁRIO HOJE () SIM () NÃO

Número do documento: 19112210272653700000053500152

DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

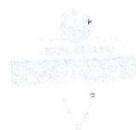
NOME: JOSE Wilson Lopes

- ☐ ALERGIA A _____
- ☒ ANSIEDADE
- ☐ COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- ☐ CONFUSÃO AGUDA
- ☐ CONSTIPAÇÃO
- ☐ DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO/HIGIENE
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA HIGIENE ÍNTIMA
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO
- ☐ DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS
- ☒ DOR AGUDA
- ☐ DIARRÉIA
- ☐ EXCESSO DO VOLUME DE LÍQUIDO
- ☐ HIPOTERMIA
- ☐ HIPERTERMIA
- ☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- ☐ INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- ☐ MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- ☐ MUCOSA ORAL PREJUDICADA
- ☐ NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
- ☐ PADRÃO DO SONO PERTURBADO
- ☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- ☐ PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ
- ☐ PERFUSÃO TISSULAR RENAL INEFICAZ
- ☐ RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO
- ☐ RISCO PARA QUEDA
- ☒ RISCO PARA INFECÇÃO
- ☐ RISCO PARA ASPIRAÇÃO
- ☐ RISCO PARA DISFUNÇÃO NEUROVASCULAR PERIFÉRICA
- ☐ RISCO PARA TEMPERATURA CORPORAL DESIQUILIBRADA
- ☐ RISCO DE PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- ☐ RISCO PARA SÍNDROME DE DESUSO
- ☐ RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
- ☐ RISCO PARA VOLUME DE LÍQUIDO DESEQUILIBRADO
- ☐ RISCO PARA HIPOGLICEMIA E / OU HIPOGLICEMIA
- ☐ SÍNDROME DO DÉFICIT NO AUTOCUIDADO
- ☐ VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA
- ☐ VOLUME DE LÍQUIDO EXCESSIVO
- ☒ VOLUME DE LÍQUIDO DEFICIENTE

OUTROS _____

Erika Vêgas M dos Santos
Enfermeira
COREN-PR 519.899





Relatório de Operação

Unidade de Pronto Atendimento
112 28 28

Paciente: [illegible]
Data: [illegible]
Hora: [illegible]

[illegible]

11/11/2019

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

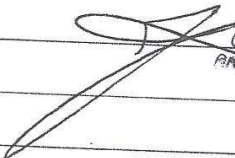
[illegible]





Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

Relatório de Operação

Nome do Paciente <i>José Nilson Leopes</i>		Número do Registro <i>145486</i>
Clinica <i>Ortopedia e Traumatologia</i>	Número do Leito	
Operador <i>Francisco E. Melo Jr.</i>		
1º Assistente		2º Assistente
Instrumentador	Anestesista <i>Thais</i>	
Anestesia	Duração	
Data da Operação <i>04/05/17</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura do rádio distal D.</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>União</i>		
Operação Proposta <i>Redução aberta + osteossíntese</i>		
Descrição do Ato Operatório		
1 - Paciente em DDA sob anestesia.		
2 - Anestesia + antissepsia + campo estéril.		
3 - Incisão no dorso do punho D, axial - ao rádio distal D.		
4 - Realizar redução aberta + osteossíntese com fio de Reinher cruzado.		
5 - Suturas da incisão.		
6 - Curativo compressivo		
7 - Tala leve a D.		
		
Dr. Francisco E. Melo Jr. Ortopedia e Traumatologia CRM 11.923		



LEGO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS
Unidade de Saúde
Município de São José do Rio Preto
Estado de São Paulo

CENTRO HOSPITALAR LUIZ JOSÉ EVANGELISTA
RUA JOSÉ EVANGELISTA, 100 - JARDIM SÃO CARLOS
13060-000 - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP

PROPOSTA DE INTERNAÇÃO

EXAME DE AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE DE INTERNAÇÃO



**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVÓIDE DE MOURA
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE2 - CNES
2 4 2 9 4 3 8

4 - CNES

Identificação do PacienteNOME: WILSON LOPES TEIXEIRA
END: RUA BELA VISTA, Nº 17
BAIRRO: PADRE PEDRO PEREIRA
CID: AFOGADOS DA INHAZETA-PE
Masc: 13/09/1982 Idade: 34 Anos, 7 Meses
Mãe: MARTA DAS DORES LOPES TEIXEIRA
Pai: JOÃO FRANCISCO TEIXEIRA
Profissão: AGRICULTOR
Unidade: POSTO I/CIRURGICA
Serviço: CLINICA CIRURGICA DE HOMEN
Médico: FRANCISCO ERLANDINO DE MELO JUNIOR
C.N.S.: 162435152390001RG: 00110400
CPF: 04001140
EST. CIVIL: SOLTEIRO
CEP: 54.900-000
CONE: 8799045400

6 - Nº PRONTUÁRIO

MENTO

Masc. ☐Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

12 - Nº DO TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE14 - Nº DO TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

GE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Paciente sofreu trauma no pun-
ho D, com lacer, edema e
deformidade.*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura do rádio distal D

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx do punho D

23 - DIAGNÓSTICOS INICIAIS

*Fratura do rádio D*24 - CID 10 PRINCIPAL
S52.0

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Redução simples + osteossíntese.

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

*0410181020431*29 - CLÍNICA
*União*30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
*Urgência*31 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

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

*0371688341791*33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
*Dr. Francisco E. Melo Jr.*34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
*04/05/17*35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Dr. Francisco E. Melo Jr.
CRM de 15.544
CRM de 15.544**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ DA EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



FICHA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data:

Hora:

Paciente:

Idade:

Resumo médico

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Exames Solicitados:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs.:



SUS-16248519239 0003

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS		Unidade:	
PACIENTE	Nome:	A.R.G.-G.	
	Residência:	Rua. J. J. N. F. Ferreira, 55 / R. Pedro. Pereira - AFO da M. 64200-000 PB	
RESPONSÁVEL	Nome:	Mte - Maria das Neves Lopes Teixeira	
	Residência:		
CONDIÇÃO		PROFISSÃO	SEXO
☐ SEGURADO ☐ ESPOSA ☐ FILHO ☐ OUTROS		serviço clínico	☒ MASC. ☐ FEM.
		NASCIMENTO	NACIONALIDADE
		33/09/1982	☒ BRASILEIRO ☐ ESTRANGEIRO
		UF	DOCUMENTO DE IDENTIDADE
		BA	NÚMERO
			ÓRGÃO EMISSOR
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA	PACIENTE / HORA
☐ ANDANDO ☐ DE AUTO ☐ AMBULÂNCIA ☐ OUTROS		SAÍDA	SAÍDA
		CHEGADA	CHEGADA 2007
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA
MÁX.: 110 MIN.: 80			AXILAR.: RENAL
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - sintomas			
Funcionamento com dor, edema muito (D), não queda			
Exame Complementares			
CONFERIDO VER R = pulso			
Tratamento			
A = C R = pulso e volume bem 20-30 e simbiose provisória			
Impressão Diagnóstica			
Presença pulso (D)			
Licença Concedida			
Dr. Ademar Euzébio Neto Médico - CRM-PE 18.656			
Assinatura - Carimbo - CRM - / CRO			
Gráfica Pajeú (87) 3838-1181 99913-7160			

PE **CARTÓRIO UMBERTO GOMES**
 Praça Monsenhor Alfredo de Arruda Câmara, 187 - Centro
 CEP: 56800-000 - Afogados da Ingazeira (PE)
 Tel.: (87) 3838-3303 | e-mail: cartorioumbertogomes@gmail.com

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé. Emol. R\$ 2,99, TSNR R\$ 0,66, FERC R\$ 0,33
 Selo: 0150599 MBQ04201701.02916 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.
 27/04/2017 14:41:55 - LUCILIO VALERIO SILVINO DOS SANTOS - Substituto

Luciana de Moraes Marques
 Técnica Enfermagem
 COREN-PE 838424

LUCILIO VALERIO S. SANTOS
 ESCREVENTE

Encaminhado

Removido

Óbito às _____ H _____ Min. do

Dia _____

Encaminhado ao IML ()



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

Definição de caso: Acidente de Transporte Terrestre (ATT) é todo acidente que envolve um veículo destinado, ou usado no momento do acidente, principalmente para transporte terrestre de pessoas ou mercadorias de um lugar para outro.

Nº da Notificação:

1. Município de notificação	2. GERS
3. Unidade Sentinela	4. CNES
5. Data do atendimento	6. Número de registro / Prontuário
7. Nº da regulação	

8. Nome	9. Tel.
10. UF Residência	11. Município de Residência
12. Código do IBGE	
13. Sexo	14. Data de nascimento
15. Idade	16. Raça/Cor
17. Ocupação relacionada ao setor de transporte	18. Natureza da ocupação relacionada ao setor de transporte
19. Ocupação não relacionada ao setor de transporte	

20. Meio de locomoção da vítima ao chegar na unidade sentinela	21. Condição da vítima ao chegar na unidade sentinela
22. Data do acidente	23. Hora do acidente
24. Zona de ocorrência	25. UF de ocorrência
26. Município de ocorrência	27. Código IBGE
28. Logradouro (Rua, Avenida, Travessa, Km da Br, etc...)	29. Nº

30. Bairro	31. Tipo de vítima
32. Meio de locomoção da vítima no momento do acidente	33. Natureza do acidente
34. Natureza do acidente	

CARTÓRIO UMBERTO GOMES
Praça Monsenhor Alfredo de Arruda Câmara, 187 - Centro
CEP: 56800-000 - Afogados da Ingazeira (PE)
Tel.: (87) 3838-3303 | e-mail: cartorioumbertogomes@gmail.com

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé. Emol.R\$ 2,99, TSNR R\$ 0,66, FERC R\$ 0,33
Selo: 0150593.PPD0420170102917 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
27/04/2017 14:41:55 - LUCILIO VALERIO SILVINO DOS SANTOS - Substituto

LUCILIO VALERIO S. SANTOS
ESCREVENTE

MANOEL LEITE SIQUEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LEONOR LEITE MELO** Pai: **FRANCISCO DE ASSIS SIQUEIRA** Data de Nascimento: **3/12/1977** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **SÃO SEBASTIÃO, POR TRÁS DE NEGUINHO DO AÇO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 11 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRÁS DE NEGUINHO DO AÇO**

MARCUS VINICIUS ALBUQUERQUE RODRIGUES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCUS VINICIUS ALBUQUERQUE RODRIGUES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE RENATO DA SILVA LOPES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFN9780** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **370467108** Chassi: **9C2HB0210CR001012**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE QUANDO JOSE RENATO - CONDUTOR DA MOTO - TENTOU DESVIAR DE UMA POÇA DE ÁGUA, A MOTO FICOU BEM PRÓXIMA AO CHÃO E COM MEDO DE CAIR, NILSON TENTOU APOIAR A MÃO DIREITA NO CHÃO, ONDE ACABOU FRATURANDO A MESMA. ENTÃO, DEVIDO A ESTE FATO, TANTO RENATO COMO NILSON, VINHERAM ATÉ ESTA DP PARA REGISTRAR O OCORRIDO. OBS: APESAR DA MANOBRA FEITA POR RENATO, AMBOS CAIRAM AO CHÃO, PORÉM, SÓ NILSON SE LESIONOU.

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

JOSE RENATO DA SILVA LOPES
(TESTEMUNHA)

JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **GUSTAVO HENRIQUE TORRES DE MORAIS** - Matrícula: **319708-5**

Gustavo Torres





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0257000633**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/04/2017** às **15:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **21/4/2017** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO ROÇA DE PEIA - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARCUS VINICIUS ALBUQUERQUE RODRIGUES (OUTRO)
JOSE RENATO DA SILVA LOPES (TESTEMUNHA)
MANOEL LEITE SIQUEIRA (TESTEMUNHA)
JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE RENATO DA SILVA LOPES

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

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

JOSE RENATO DA SILVA LOPES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUCIENE BARBOSA DA SILVA LOPES Pai: JOSE FERREIRA LOPES Data de Nascimento: 21/7/1991 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial: **TRAVESSA IZIDIO FERREIRA, PADRE PEDRO PEREIRA - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 67 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS DORES LOPES TEIXEIRA Pai: JOÃO FRANCISCO TEIXEIRA Data de Nascimento: 13/9/1982 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial: **TRAVESSA IZIDIO FERREIRA, PADRE PEDRO PEREIRA - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 55 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA , brasileiro ,civil solteiro, agricultor, portador (a) do RG de nº 6.807.449. SDS/PE, e CPF 366.825.628-45 residente e domiciliado (a) Na Travessa Izidio leite Nº 55 Bairro: padre Pedro pereira AFOGADOS DA INGAZEIRA – PE. Declara que não possui condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio, bem como o de sua família, razão pela qual fazem jus ao benefício da gratuidade da justiça, nos termos do art. 4º da Lei 1.060/50, com redação introduzida pela Lei 7.510/86. Declara, ainda, sob as penas da lei (sanções civis, administrativas e criminais), que não auferir rendimentos anuais que lhe obriguem a declarar renda, nos termos do art. 1º da Lei 7.115/83, **responsabilizando-se pela veracidade de tais declarações.**

AFOGADOS DA INGAZEIRA (PE), 18/09/2019.

Jose Nilson Lopes TEIXEIRA

Declarante



INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

Outorgante : JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA ,brasileiro, estado civil: solteiro, agricultor portador (a) do RG de nº 6.807.449 SDS/PE CPF 366.825.628-45, residente domiciliado na Travessa Izidio leite , Nº 55 Bairro padre Pedro pereira AFOGADOS DA INGAZEIRA- PE.

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

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

AFOGADOS DA INGAZEIRA (PE) 18/09/2019.

Jose Nilson Lopes Teixeira

Outorgante

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

