

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-7

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E DEFESA SOCIAL




SENTELA DO TITULAR

Marcelo Alves de Almeida Filho

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.761.113

NOME << MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO >>

FILIAÇÃO << MARCELO ALVES DE ALMEIDA >>
<< EDVANIA DIAS FERREIRA >>

NATURALIDADE GARANHUNS - PE

DOC. ORIGEM << CN 40923 L 1184 F 108 CART 1º DIST
GARANHUNS PE 17.04.1997 >>

CPF 113.347.584-17

DATA DE NASCIMENTO 26/03/1997

Assinatura do Titular

Assinatura do Diretor

LEI Nº 11.687 DE 29/08/83



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Marcelo Alves de Almeida Filho
brasileiro(a), estado civil solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 333.347.584-27 e portador da cédula de identidade
nº 9.761.553 residente e domiciliado(a) na
Rua Cap. João Leite
nº 3204A bairro Boa Vista
CEP 55233-330 na cidade de
Garanhuns / PE

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

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

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

Recife, 17 de 03 de 2020

Marcelo Alves de Almeida Filho
Outorgante





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SAMU REGIONAL AGRESTE - REGISTRO DE ATENDIMENTO



Médico Regulador <i>M. Melo</i>		Rádio Operador de Frota <i>KATO</i>		TARM		Ocorrência	
Data <i>10/11/19</i>	Hora <i>11:21</i>	ID <i>0164</i>	Unidade Móvel <i>USA</i>	Base da Unidade <i>GUS</i>			
Endereço da Ocorrência <i>BR 424</i>				Nº	Bairro		
Ponto de Referência <i>CURVA DO BUFFET VITÓRIA / GARANHUNS</i>				Município <i>GUS</i>			
Nome da Vítima <i>MARCELO ALVES DE OLIVEIRA</i>				Idade <i>22</i>	Sexo ☒ M ☐ F		
RG		CPF		Data de Nascimento			
Endereço da Vítima		Nº	Bairro		Município		
Solicitante / Fone		Cartão Nacional de Saúde - SUS					
Queixas <i>COLISÃO CARRO / MOTO</i>							
Comunicação	Saída da Base <i>11:21</i>	Chegada ao local <i>11:30</i>	Saída do local <i>11:44</i>	Chegada ao destino <i>11:50</i>	Saída do destino <i>12:30</i>	Chegada à Base <i>12:39</i>	

Transferência (Senha): _____ Destino: _____ Hospital: _____

Tipo de Agravo:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Acidente de trânsito | ☐ Eletrocussão | ☐ Quase Afogamento |
| ☐ Pedestre | ☐ FAB | ☐ Queda _____ Metro(s) |
| ☒ Condutor do Veículo | ☐ FAF | ☐ Queimadura |
| ☐ Passageiro do Veículo | ☐ Gineco - Obstétrico | ☐ Térmica |
| ☐ Agressão | ☒ Lesões térmicas | ☐ Química |
| ☐ Clínico | ☐ Pediátrico | ☐ Elétrica |
| ☐ Desabamento/Soterramento | ☐ Psiquiátrico | ☐ Outros: _____ |

Antecedentes:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ AIDS | ☐ Diabetes | ☐ Hipertensão Arterial |
| ☐ Alcoolismo | ☐ Doença Cardíaca | ☐ Internamentos anteriores |
| ☐ Alergia | ☐ Doença Infecto contagiosa | ☐ Medicamentos: _____ |
| ☐ AVC | ☐ Doença Mental | ☐ Problemas Respiratórios |
| ☐ Cirurgias Realizadas | ☐ Doença Renal | ☐ Outros: _____ |
| ☐ Convulsões | ☐ Drogadição | |

Exame Clínico:

Principais sintomas/Queixas

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Agitação/Agressividade | ☐ Diarreia | ☐ Palidez |
| ☐ Alergia | ☐ Dificuldade Respiratória | ☒ Sangramento |
| ☐ Ausência de Pulso | ☒ Dor Local | ☐ Vômito |
| ☐ Cianose | ☐ Febre | ☐ Outros: _____ |
| ☐ Convulsão | ☐ Inconsciente/Desmaio | |

Início dos Sintomas: ☒ Menos de 1 hora ☐ 01 a 3 Horas ☐ 0 Mais de 4 Horas ☐ 0 Mais de 24 Horas ☐ 0 Não Sabe

Sinais Vitais:

HORA	PA	FC	FR	Temperatura	Glicemia	Saturação O2 %	Escala de Glasgow
	<i>100 x 80</i>	<i>88</i>	<i>17</i>	<i>37.0°C</i>		<i>99%</i>	<i>15</i>

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea

- ☒ Livre
- ☐ Obstrução Parcial
- ☐ Obstrução Total
- ☐ Corpo Estranho
- ☐ Bronco Aspiração
- ☐ Edema de Glote

Respiração/Vent.

- ☒ Espontânea
- ☐ Parada Respiratória
- ☐ Assistida
- ☐ Ritmo Irregular

Ausculta

- ☒ Normal
- ☐ Roncos/Sibilos
- ☐ Estertores
- ☐ Diminuição MV
- ☐ Ausência MV

Expansibilidade

- ☒ Normal
- ☐ Superficial
- ☐ Regular
- ☐ Irregular

Achados: ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☐ Hálito Fétido ☐ Outros

Circulação:

- | | | | | | | | |
|--|------------------------------------|--|--|---|--|-------------------------------|---------------------------------|
| Pele: ☐ Cianose | ☐ Fria | ☐ Úmida | ☒ Normal | ☐ Palidez | ☒ Quente | ☐ Seca | ☐ Outros |
| Edema: ☒ Ausente | ☐ Palpebral | ☐ M. Superiores | ☐ M. Inferiores | ☐ Anasca | | | |
| Perfusão: ☒ Normal | ☐ Retardada | ☐ Ausente | | | | | |
| Pulso: ☒ Regular | ☐ Irregular | ☐ Fino | ☐ Cheio | ☐ Ausente | | | |
| Ausculta: ☐ Normal | ☐ Murmúrios | ☐ Arritmia | ☐ Sístole | ☐ Atrio cardíaco | | | |

Michelly Cavalcanti
Coordenadora - SAMU
Garanhuns - PE
Atua: 00000



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 28/03/2020 21:18:17

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032821181698900000058937024>

Número do documento: 20032821181698900000058937024

Num. 59947247 - Pág. 1

Principais Lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS	MI
Amputação								E D E D	
Contusão									
Escoriação									
Esmagamento									
Perfurante									
Contuso									
Frat. Fechada									
Frat. Aberta									
Laceração									
Luxação									
Queimadura %									

OBSERVAÇÕES:

Após escoriações, feridas em MSE, e no co HRP (P) Rx.

EXAME NEUROLÓGICO:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| ☒ Agitação | ☐ Sinal Battle Direito | ☐ Miose Direita | ☐ Parestesia |
| ☐ Sonolência | ☐ Sinal Battle Esquerdo | ☐ Miose Esquerda | ☐ Arreflexia |
| ☐ Coma | ☐ Sinal Guarnini Direito | ☐ Midríase Direita | ☐ Pupila reagente |
| ☐ Confusão | ☐ Sinal Guarnini Esq. | ☐ Midríase Esquerda | ☐ Pupila não reagente |
| ☐ Convulsão | ☐ Rigidez de nuca | ☐ Paralisia | ☐ Outros |
| ☐ Otorragia a Direita | ☐ Afasia | ☐ Paresia | |
| ☐ Otorragia Esquerda | | ☐ Anestesia | |

SEGMENTO:

Pescoço:

- ☐ Desvio Traqueal
- ☒ Normal
- ☐ Turgência Jugular
- ☐ Enfisema Subcutâneo
- ☐ Outros: _____

Abdômen:

- ☐ Distensão
- ☐ Ascite
- ☐ Doloroso/Defesa
- ☐ Esplenomegalia
- ☐ Hepatomegalia
- ☐ Irritação peritoneal
- ☒ Normal

Urogenital

- ☐ Anúria
- ☐ Glândula Direita
- ☐ Glândula Esquerda
- ☐ Hematúria
- ☐ Outros: _____

GINECO-OBSTÉTRICO:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Abortamento | ☐ Hemorragia Vaginal | ☐ Normal _____ Semanas | ☐ Outros: _____ |
| ☐ Trabalho de parto: | ☐ 1 cont./10 min | ☐ 1-3 cont./10 min | ☐ Sangramento |
| ☐ Parto Único | ☐ Gemelar | ☐ Líquido Meconial | ☐ Nascimento |
| | | ☐ Bolsa rota | ☐ Apgar 1º Minuto: _____ |
| | | | ☐ Apgar 5º Minuto: _____ |

PROCEDIMENTOS:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Desobstrução Vias Aéreas | ☐ Drenagem Torácica Esquerda | ☐ Sedação |
| ☐ Intubação Nasotraqueal | ☐ Massagem Cardíaca Externa | ☐ Imobilização Membros |
| ☐ Cânula Orofaríngea | ☐ Desfibrilação/Cardioversão | ☐ Colar Cervical |
| ☐ Cricotireoidostomia | ☐ Controle Hemorragia | ☐ Talas/Tração |
| ☐ Ventilação Mecânica Ambu | ☒ Curativo | ☐ Entubação Orotraqueal |
| ☐ Inalação O ₂ | ☒ Punção Venosa Periférica | ☐ Traqueostomia |
| ☐ Tracocentese c/ Agulha Direita | ☐ Punção Venosa Central | ☒ Monitoração cardíaca/ Oximetria |
| ☐ Tracocentese c/ Agulha Esquerda | ☐ Sonda Gástrica | ☐ Outros: _____ |
| ☐ Drenagem Torácica Direita | ☐ Sonda Vesical | |

DIAGNÓSTICO:

Escoriações

Reposição Volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Sol. Ringer Lactado	500ml			IV	11:00
Sol. Fisiológica 0,9%					
Sol. Glicosada 0,5%					
Sol. Glicofisiológica					

UNIDADE HOSPITALAR:

MUNICÍPIO:

INTERCORRÊNCIA:

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro (a)/ Téc. de Enfermagem	Condutor
M. MICO	M. PAULO M.	JAYRON	ARIANO

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL DO AGRESTE, nesta oportunidade:

RG ou CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura e carimbo do médico
HORA: _____



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 28/03/2020 21:18:17

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003282118169890000058937024

Número do documento: 2003282118169890000058937024



DECLARAÇÃO

Em 10 de Novembro de 2019, a Vítima de Colisão Carro x Motocicleta, Marcelo Alves de Almeida Filho, 22 anos; DN: 26/03/1997; RG: 9.761.113 SDS – PE; CPF: 113.347.584-17 foi socorrida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, Unidade de Suporte Avançado – USA, da base descentralizada de Garanhuns – PE; Regulado pela Central de Regulação de Caruaru, ID: 0164 e transportada para o Hospital Regional Dom Moraes em Garanhuns - PE, conforme registro de atendimento em anexo.

Garanhuns, 26 de Novembro de 2019

MICHELLY CAVALCANTI
Coordenadora SAMU Garanhuns

Matrícula: 90934

Michelly Cavalcanti
Coordenadora SAMU
Garanhuns-PE
Mat. 90934





HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
Simão Gomes, Heliópolis, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100 | (87) 3761-8101

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 925403	Data e Hora do Atendimento 10/11/2019 às 11:58:53	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGÊNCIA ORTOPÉDICA
------------------------------	--	--	---

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000011856 - MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO

CNS: 898000538754984 Nascimento: 26/03/1997 Idade: 22 anos Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: ESTUDANTE Naturalidade: GARANHUNS Nacionalidade: Brasileiro

Documento:
RG - 9761113

Filiação:
Pai: marcelo alves de almeida
Mãe: EDIVANIA DIAS FERREIRA

Endereço (Av., Rua, etc): RUA CAPITAO JOAO LEITE, Nº. 120 Complemento:
Bairro: BOA VISTA Cidade: Garanhuns UF: PE Telefone: (87) 99614-9488

Acompanhante:
Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: BOA VISTA Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: / / Hora: Médico: CRM: /

Queixa Principal:

HDA: *Doença de mão e clavo.*
Slit
60 = 15

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: *Queda*

Colisão: Sim ☒ Não ☐ Tipo: *Queda* Motorista ☐ Passageiro ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local do Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☒ Tipo: *Queda* Sofreu Queda: Sim ☒ Não ☐ Altura: *1,50* m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte realizado por:

Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Exame físico: *Exame físico normal*

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: °C

B: Respiratório

Dr. Alirio Lourenço
Ortopedia - Dor
CRM-PE 21099

HOSPITAL REGIONAL DE
CARANHUNS
DOM MOURA
5ª REGIÃO DE SAÚDE
- GARANHUNS - PE -

C: Circulatório PA: x mm Hg Pulso:

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Verbal
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motora
Escore: Hora:



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☒ Motivo:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado

Transferido para:

☐ Inalterado ☐ Piorado

Internado na Clínica:

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se for necessário.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

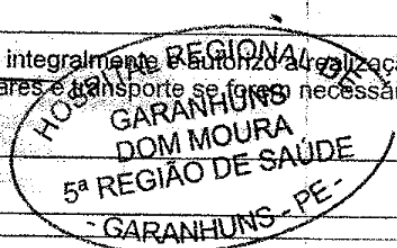
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: 10/11/19

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade: 5.190.149

Assinatura:





CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO LTDA.
Av. Simão Gomes, 33 - Fone: (87) 3762.2002 - Fax: (87) 3762.2003
CNPJ: 10.248.599/0001-30 - Heliópolis - CEP 55296-250 - Garanhuns - PE
e-mail: hpsocorro@hotmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

UNIDADE DE SAÚDE		
NOME DO PACIENTE <i>Marcelo / shen de Almeida Filho</i>		NÚMERO DO REGISTRO <i>118152</i>
CLÍNICA	NÚMERO DO LEITO <i>21</i>	
OPERADOR		
1º ASSISTENTE		2º ASSISTENTE
INSTRUMENTADOR <i>Filipe da Silva Batista</i>	ANESTESISTA <i>Cecilio Pereira Lima</i>	
ANESTÉSIA	DURAÇÃO	
DATA DA OPERAÇÃO	INÍCIO	FIM
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	<i>FRATURA no polegar</i>	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	<i>O mesmo.</i>	
OPERAÇÃO PROPOSTA		
<i>Tratamento Cirúrgico</i>		
OPERAÇÃO REALIZADA		
<i>A fratura</i>		
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO		
<i>1) Anestesia + Lavagem</i>		
<i>2) Redução da fratura</i>		
<i>3) fixação com fio de K.</i>		
<i>4) Tala leve</i>		
<i>[Assinatura]</i>		

GRÁFICA TYPOLAB © (07) 3702 2513



EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME: Marcelo Alves de Almeida Lima CATEGORIA: Particular
ENFERMAGEM: RB LEITO: 21 Nº DO REGISTRO: 118152

[illegible]



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS/PE
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



Pernambuco

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL	
Nome:	NOME DO PACIENTE			Idade:	22
Situação/Queixa:	QUEIXA DO PACIENTE				

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
Doenças Preexistentes:			
Medicações em uso:			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			

PARÂMETROS

PA:	P:	R:	T:	SpO2:	HGT:	Peso:	Glasgow:
-----	----	----	----	-------	------	-------	----------

RÉGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	GRAVE
------	----------	-------

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☒ NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calmo
Agritado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradycardia
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁCICA

INTENSA	MODERADA	LEVE
---------	----------	------

Duração da dor:

Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR

Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdome
---------	---------	----------	-----------	-----------------	--------

DOR PRESENTE

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA
------------	--------------	----------------

Fluxograma:

Data:

10/11/19

Diego Tenório
Enfermeiro
COR: N-PE 467.767

Assinatura/Carimbo

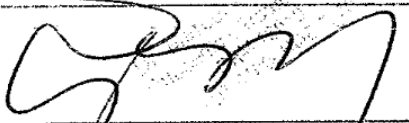


FICHA DE INTERNAÇÃO

Form do Registro 317683	Data e Hora do Atendimento 18/11/2019 08:50	CNS	Local:		
Paciente: 000118152 MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO	Nascimento: 26/03/1997	Idade: 22	Sexo: Masculino	Cor: Sem informação	
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: AUXILIAR DE PRODUÇÃO	Naturalidade:			
Documento: 113.347.584-17	Filiação: Pai: MARCELO ALVES DE ALMEIDA Mãe: EDVANIA DIAS FERREIRA				
Endereço: AVENIDA Capitão João Leite	Nº: 320	Complemento:			
Bairro: Aloísio Souto Pinto	Cidade: GARANHUNS	UF: PE	CEP: 55292-200		
Telefone fixo:	Telefone Celular: (87) 99642-3292				
Convênio: Particular	Categoria:	Matricula: 8650001700991004			
Médico: MARCONI RODRIGUES DE SOUZA LEITE	CRM:				
Pré-Atendimento: Posto - B	Leito: QTO. 21 LEITO 1				
Pré-Atendimento:	T RAVIA NA MÃO E				
Anamnese:	Bom a motrização				
Exame medico físico:	Ausência de movimentos				
Diagnóstico:	FRATURA NA MÃO E				
CID	Hipótese diagnóstica:				
Tratamento:	Tratamento Cirúrgico				
Data da alta: 18/11/19	Motivo: bom				

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Eu, Edvania Dias Ferreira, pelo presente termo, autorizo aos médicos da CASA DE SAÚDE E MAT. N. SRA. PERPETUO SOCORRO a procederem no paciente acima relacionado, tudo que acharem necessário para o tratamento do mesmo (cirurgias, exames, transfusões, etc.) dando aos mesmos, plenos direitos para o tratamento indicado, conforme necessários e em observação às normas do decorrente de despesas não autorizadas pelos convênios, mas necessárias ao tratamento do paciente. Com a adesão do Sistema Único de Saúde (SUS) NÃO TERÃO QUE FAZER NENHUMA COMPLEMENTAÇÃO nos procedimentos realizados pelo nosocômico. Pacientes PARTICULARES será cobrada taxa administrativa de 10% sobre o valor da conta em pacientes internados.


Assinatura Médico c/ Carimbo

Edvania Dias Ferreira
Assinatura / Responsável

Criado por Ricardo Catão em 18/11/2019 08:51





Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro Ltda.
Av: Simóia Gomes, 33 – Heliópolis – Garanhuns/PE CEP 55296-250.
Fone/Fax: (87) 3762-2002 CNPJ 10.248.599/0001-30
E-mail: hpsocorro@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Sr. Marcelo Alves de Almeida Filho, portador do CPF: 113.347.584-17, esteve internado nesta Casa de Saúde no dia 18/11/2019, para internamento cirúrgico, sob os cuidados médicos do Dr. Marconi Rodrigues de Souza Leite, CRM- 13010 - PE.

Garanhuns, 13 de Dezembro de 2019.

CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE
N. S. PERPÉTUO SOCORRO LTDA
10.248.599/0001-30





CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA
DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA.

Av. Simão Gomes, 33 - Fone: (87) 3762.2002 - Fax: (87) 3762.2003
CNPJ: 10.248.599/0001-30 - Heliópolis - CEP 55298-250 - Garanhuns-PE
e-mail: hpsocorro@hotmail.com

Atesto que
MARCOS JESUS *
ALMEIDA FILHO ESTÁ
em TRATAMENTO de
FRATURA NA MÃO (E),
OPERADO há 15 dias,
NECESSITANDO de
SO CNOVENTA dias *
TRABALHO, ou seja, ABS-
TINÊNCIA DE TRABALHO.





Num. 59947247 - Pág. 12



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº 3768
Data: 11/11/19
Hora: 10:53

UNIDADE DE SAÚDE:

PACIENTE

Nome: Marcelo Alves de Almeida Filho Categoria: Que
Sexo: masc Idade: 22 A Cor: Estado Civil:
Naturalidade: Garanhuns - PE Profissão: Estudante
Endereço: Rua Capitão João Leite n: 320,
Procedência: Garanhuns - PE

RESPONSÁVEL

Pessoas de quem depende: Edilene Dias Feneiro Parentesco: mãe
Endereço: O mesmo Fone: 81 9.2614.9487
Trazido por: Fone:
Endereço: Fone:

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: Data: Hora:
NATUREZA ☐ Casual ☐ Acid. de Trânsito ☐ Tentativa de Suicídio
DO ☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
ACIDENTE ☐ Acidente de Trabalho ☐ Agressão
Atendimento ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐

ATENÇÃO MÉDICA

História da Doença Atual:
NGLAU POR 6 HOFOMINGO TO
1: MGNALHO / MM

EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: Pulso: Temperatura: Peso:
VGFOMINGO MA MM

Diagnóstico Provisório: FRAZU NA 40 TI MGNALHO
ESQUAVO

Recepcionista

Dr. Érico Herbert
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgião do Jorão
CRM: 13487 / RBO: 13834
Médico / Cremepe





4 - CNES _____

15 - Município de Residência _____ 16 - Cód IBGE Município _____ 17 - UF _____ 18 - CEP _____

AGUONTS TRANSFORMATION

GXAMG FÍSICO + LABORATORIAL

Diagnostico Inicial FMZU 50 1- 262440

24 - Cid. 10 Secundário 25 - Cid. 10 Causas Associadas

26 - Descrição do procedimento solicitado
FZMCA-CZC

27 - Cód. do procedimento: 030801009

29 - Caráter de internacional

30 - Documenta 67

31 - Nº documento (CNS/CPF) do profissional solicitante/assistente

32 - Assinatura e carimbo do solicitante / assistente

33 - Data da Solicitação. 34 - Ass. e carimbo (diretor médico)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () Acidente de Trânsito

38 - CNPJ da seguradora

39 - N° do bilhete — 40 - Série

7

36 - () Acidente de Trabalho Típico

--	--	--	--	--	--

37 - () Acidente de Trabalho trajeto

41 - CNPJ da empresa

44 - Vínculo com a previdência

[illegible]

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

45 Código do procedimento autorizado

AUTORIZAÇÃO
46 - Cód. Orgão

51 - Nº da autorização de internação hospitalar (AIH)

47 - Documento

48 - Nº do documento (CNS/CPE) do profissional autorizador

() CNS () CPF

49 - Data da autorização, 50 - Assinatura e carimbo (nº do registro do conselho)





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº 3768
Data: 11/11/19
Hora: 10:53

UNIDADE DE SAÚDE:

PACIENTE

Nome: Marcelo Alves de Almeida Filho Categoria: Que
Sexo: masc Idade: 22 A Cor: Estado Civil:
Naturalidade: Garanhuns - PE Profissão: Estudante
Endereço: Rua Capitão João Leite n: 320,
Procedência: Garanhuns - PE

RESPONSÁVEL

Pessoas de quem depende: Edsonias Dias Feneiro Parentesco: mãe
Endereço: O mesmo Fone: 07 9.2614.9487
Trazido por: Fone:
Endereço: Fone:

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: Data: Hora:
NATUREZA ☐ Casual ☐ Acid. de Trânsito ☐ Tentativa de Suicídio
DO ☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
ACIDENTE ☐ Acidente de Trabalho ☐ Agressão
Atendimento ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐

ATENÇÃO MÉDICA

História da Doença Atual:
NGLAU POR 6 HOFOMINGO TO
1: MGNALHO / MM

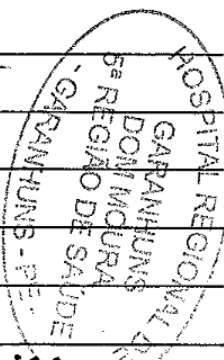
EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: Pulso: Temperatura: Peso:
VGFOMINGO MA MM

Diagnóstico Provisório: FRAZU NA 40 TI MGNALHO
ESQUAVO

Recepcionista

Dr. Érico Herbert
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgião do Jorão
CRM: 13487 / RBO: 13834
Médico / Cremepe



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Unidade de Saúde: _____ Região: _____

Município: _____

O Abaixo assinado _____

Pessoa Responsável pelo Doente: _____

Dá plena Autorização ao(s) Médico(s) assisti-lo durante todo período de Diagnóstico sob Internação ou Ambulatório até a sua alta.

Em _____ de _____ de 20 _____

Assinatura da pessoa responsável

O Abaixo assinado Marcelo Alves de Almeida Filho

Pessoa Responsável pelo Doente: Edmaria Dias Ferreira. ps: 5. 140. 149

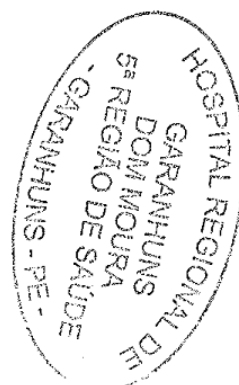
Reconhece que o mesmo deixou o Hospital Sim la (mãe)

Contra o parecer do(s) Médico(s) Assistente(s) _____

Em 15 de novembro de 20 14

Edmaria Dias Ferreira

Assinatura da pessoa responsável



100 *Leide*

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|--|---|
| ☐ Mudança de Procedimento | ☐ Uso de Prótese, Órtese |
| ☐ Diária de UTI | ☐ Uso de Fatores de Coagulação |
| ☐ Diária de Acompanhante | ☐ Uso de oxigenadores |
| ☐ Vacina Anti Rh | ☐ Nutrição parenteral |

Hospital: H. R. D. Moura CNPJ: _____

Paciente: Marcelo Alves de Almeida Filho Nº AIH: _____

Procedimento Anterior: _____ Procedimento Solicitado: _____

Médico Solicitante: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA:

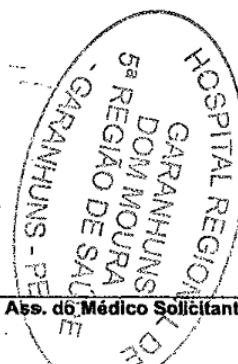
Declaro para os devidos fins que estive acompanhando o paciente acima identificado, durante a sua internação neste hospital.

Aprovo a cobrança de acompanhante junto ao HRGDM.

13, 13, 19
Data

Eduardo Dias Ferreira
Ass. Acompanhante

Ass. do Médico Solicitante



AUDITOR:

DATA:

Assinatura - CRM



EVOLUÇÃO CLÍNICA

UNIDADE DE SAÚDE: H.R.D. Moura

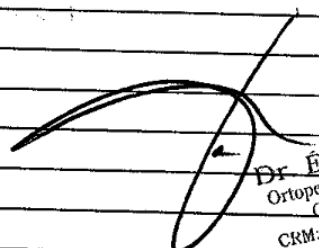
NOME DO PACIENTE: Marcelo Alves de Almeida Silva REGISTRO Nº 3768

CLÍNICA:

LEITO Nº

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
------	------	----------

11/11/19 AGUARDAR TRANSFERÊNCIA


Dr. Érico Herbert
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 18487 / SACR: 13834

11/11/19 Paciente em 1º DTH, em EGG, consciente, orientado, acianótico, anictérico, pele e mucosas normotônicas, normotensas, afébril, eupneico, segue medicado conforme prescrição médica, segue as cuidados da equipe de enfermagem.

11/11/19 Bet Interno. Polimento do reparo no fúlvulo - lobulado em tela de 10/10/19. Realizado SAE.

Evellyne Cynara Alves Lemos
COREN-PE 604462 - ENF

12/11/19 Paciente aguardando cirurgia.

Selma M. de Moraes
Enfermeira e Sanitarista
COREN-PE 381764-ENF

12/11/19 Paciente evolui e EGR, consciente, orientado, eupneico, afébril, escuras pelo corpo, mucosas, diátese e normotônicas presentes, segue aguardando procedimento cirúrgico.

Aldina Pereira da Araújo
Ortopedista / Traumatologia
CRM: 12281

Alda Maria F. de
Enfermeira
COREN-PE 190.337



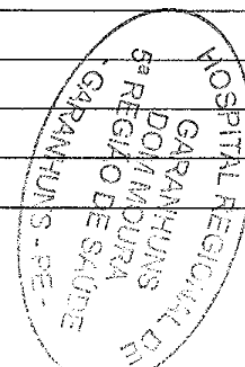
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - HRDM

NOME:	MARCELO A. SOUZA	LEITO:	105
DATA:		REGISTRO:	3268

PRESCRIÇÃO-MÉDICA - CTI

	MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1.	Dieta <i>LCUW</i> <i>Ligia Cordeiro Borges</i> Nutricionista CRN8 - 6596	
2.	Insulina Regular conforme esquema de glicemia capilar de 6/6h: 150 - 200: 2U 201-250: 4U 251 - 300: 6U 301 - 350: 8U 351 - 400: 10U >400: 12U Glicose 50% 4 amp IV se glicemia <70mg%	
3.	Captopril 25mg SL se PAS >= 180 ou PAD >= 110mmHg	
4.	Dipirona 2ml + AD 8ml, IV, Se T >= 37.8C ou dor, 6/6h	18 - 24
5.	Plasil 2ml + SFO, 9% 100 mL IV, se vômitos, 8/8h	
6.	Omeprazol 40mg + 10ml de diluente, IV às 6h	
7.	NBZ com SF 0,9% 3ml + atrovent 30gts + Berotec 10gts 6/6h	
8.	O2 úmido 3l/min sob cateter nasal S/N	
9.	Fisio motora e respiratória	
10.	SSVV + CCGG 6/6h	
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

Dr. Érico Herbert
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 18487 / RBO: 13834



MÉDICO

ENFERMEIRO

TEC. ENFERMAGEM





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

PRESCRIÇÃO MÉDICA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Unidade de Saúde:

Nome do Paciente:

marcelo Alvar

Enfermaria:

Leito N.º

Registro N°

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÃO

12/11/19

0.000000

② Dependence on the past

Neils

E

○

③ 95 VZCCG 6

Adm. n.º 272 de 1974
Câmara Municipal de
Lisboa

Enclosure 10-10

Case 1:17-cv-00001-UNA Document 1-1 Filed 07/26/17 Page 1 of 1

[illegible]

C. D. C.

SAINTS

GA

DOM MOI
53 DE 60

ESTADAL REGIONAL

~~Nelson Batista Filho~~
Cirurgião Geral

COV 80-10A

Lot: 02500

121122
CÔES FEITAS DEVEM SER PUBLICADAS

Endocrinologia e Clínica Médica
CPM : Clínica Mexicana

TODAS AS ANOTAÇÕES FEITAS DEVEM SER RUBRICADAS PELO RESPONSÁVEL

Estado da Bahia, Município de Roma, 20 de maio de 1964.

Endocrinologia e Clinica

--- POWER ---

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 28/03/2020 21:18:17

<https://pje.tipe.jus.br:443/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032821181714900000058937023>

Número do documento: 20032821181714900000058937023

Num. 59947246 - Pág. 7



Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH

SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANO

Nome do paciente: Manoela Alves
de 14 meio filho
Registro: 3768

Sector:
Enfermaria:
Data de Admissão: 15.11.19

Hipótese Diagnóstica:

☐ Paciente clínico
☐ Paciente cirúrgico

☐ 1ª. Prescrição
☐ Prorrogação
☐ Substituição

☐ Uso terapêutico
☐ Uso profilático

☐ Inf Comunitária
☐ Inf hospitalar

☐ Baseado em antibiograma
☐ Fcilo renal alterada
☐ Fcilo hepática alterada

TIPO / TOPOGRAFIA DA INFECÇÃO

☐ Endocárdio ☐ Peles/partes moles ☐ sepsis foco indefinido ☐ SNC
☐ Flebite ☐ Peritonite ☐ sepsis relacionado cat ☐ úlcera por pressão
☐ Gastrointestinal ☐ respiratória alta ☐ sítio cirúrgico ☐ urinária com SVD
☐ Ginecológico ☐ respiratória baixa ☐ sítio cirúrgico profundo ☐ urinária sem SVD
☐ Osteoarticular ☐ respiratória baixa + VM ☐ sítio cirúrgico superficial ☐ vias biliares

antimicrobiano	via	dose	intervalo	Duração (dias)

Antibioticoterapia prévia?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual?

1º antibiótico

2º antibiótico

3º antibiótico

Número de dias

Número de dias

Número de dias

Justificativa:

Médico solicitante:

Data: Hora:



HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - HRDM

NOME: MANCÃO A S G A F	LEITO:
DATA:	REGISTRO: 3268

PRESCRIÇÃO-MÉDICA - CTI

	MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1.	Dieta LIVID	
2.	Insulina Regular conforme esquema de glicemia capilar de 6/6h: 150 - 200: 2U 201-250: 4U 251 - 300: 6U 301-350: 8U 351-400: 10U 401-450: 12U Glicose 50% 4 amp IV se glicemia <70mg%	
3.	Captopril 25mg SL se PAS >= 180 ou PAD >= 110mmHg	
4.	Dipirona 2ml + AD 8ml, IV, Se T >= 37.8C ou dor, 6/6h	
5.	Plasil 2ml + SFO, 9% 100 mL IV, se vômitos, 8/8h	
6.	Omeprazol 40mg + 10ml do diluente, IV às 6h	
7.	NBZ com SF 0,9% 3ml + atrovent 30gts + Berotec 10gts, 6/6h	
8.	O2 úmido 3l/min sob cateter nasal S/N	
9.	Fisio motora e respiratória	
10.	SSVV + CCGG 6/6h	
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

MÉDICO

ENFERMEIRO

TEC. ENFERMAGEM





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS

UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
ADMISSÃO - ADULTO

Nome	Marcelo Alves de Almeida Filho	Leito: 05
Diagnóstico Clínico	Exatidão 1º Meta corpo	
Idade		Data de Admissão: 11.11.19
		Data: 12.11.19

QUADRO CLÍNICO

1. Nível de Consciência: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado (X) Sonolento
2. Presença de: () Edema () Anasarca () Úlcera de Pressão () Ascite
() Sedação () Drogas Vasoativas () Antibióticos
3. Queixas Gastrointestinais: () Vômito () Náusea () Distensão abdominal () Dor epigástrica
() Inapetência () Saciedade precoce () Pirose () Hematêmese (X) Sem Queixas
4. Trato Urinário: (X) Espontâneo () SVD () SVA () Anúria
5. Eliminações Intestinais: () Presente (X) Ausente- Dias: _____
() Normal () Pastosa () Líquida () Ressecadas () Melena () Diarreia () Constipação () Ostomia
7. Exames Bioquímicos/Imagem:

SITUAÇÃO NUTRICIONAL

1. Comorbidades: DM() tipo: HAS() D. Renal() D. Hepática() Alergia alimentar() Ausente(X)
Outras: _____
2. Aceitação Alimentar: () 100% (X) 50% () +50% () -50%
Jejum () - Razão:

AValiação Nutricional

1. Risco Nutricional: () Presente (X) Ausente (NRS 2002)
2. Diagnóstico Nutricional: () Desnutrição Grave () Desnutrição () Eutrófico () Sobrepeso () Obesidade

CONDUTA NUTRICIONAL

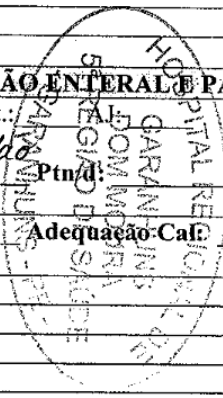
DIETA:

1. Via: (X) Oral () Enteral () Parenteral
2. Consistência: (X) Livre () Branda () Pastosa () Líquida Pastosa () Líquida Total () Líquida de Prova
3. Tipo: () Hipossódica () Hipoglicídica () Sem sal () Hipolipídica () Laxante () Constipante
() _____
4. Suplemento/ Módulo: () _____
5. Simbiótico/ Prebiótico () _____

NECESSIDADES ENERGÉTICAS E PROTÉICAS ESTIMADAS - NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL

P. atual: _____ Peso hab.: _____ Peso est.: _____ Peso Ideal _____ A: _____ A est.: _____
CB: _____ %CB: _____ CP: _____ %PP: _____ PR= Não Ptn/d: _____
Cal/kg: _____ Cal/d: _____ Ptn/kg: _____ Ptn/d: _____
Fórmula: _____ Características: _____ Adequação Cal: _____
Volume: _____ Vazão Prescrita: _____ Vazão do Dia: _____
Adequação Ptn: _____

OBSERVAÇÕES:



Elgia Cordeiro Borges
Nutricionista
CRN6 - 6596



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0224003020**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/11/2019** às **11:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **10/11/2019** às **11:15**

Fato ocorrido no endereço: **BR-424, EM FRENTE AO BUFFET VITÓRIA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**. Próximo a: **MUNICÍPIO DE GARANHUNS, 1 - Bairro: MAGANO - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MATEUS NARCIZO DE ALMEIDA NUNES (OUTRO)
KATIA REJANE DA SILVA (OUTRO)
RAFAEL DAVI DIAS DE ALMEIDA (TESTEMUNHA)
LUCAS VIANA (TESTEMUNHA)
MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO (VITIMA)
NICOLAS GABRIEL TRAJANO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **NICOLAS GABRIEL TRAJANO DA SILVA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO**

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

MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EDVANIA DIAS FERREIRA**
Pai: **MARCELO ALVES DE ALMEIDA** Data de Nascimento: **26/3/1997** Naturalidade: **GARANHUNS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9761113/SDS/PE (RG), 11334758417 (CPF), 06708469022 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares: **- 87996204197**

Endereço Residencial: **RUA CAPITAO JOAO LEITE, 320 - CEP: 55292200 - Bairro: ALOISIO PINTO - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

RAFAEL DAVI DIAS DE ALMEIDA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA FORTALEZA, 74 - CEP: 0 - Bairro: BOA VISTA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUCAS VIANA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **AVENIDA JOSE LEITAO, 151 - CEP: 0 - Bairro: BOA VISTA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**



Residencial: **TRAVESSA ALVES TORORÓ - MAGANO, ATRÁS DA IGREJA ASSEMBLÉIA DE DEUS - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

MATEUS NARCIZO DE ALMEIDA NUNES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

KATIA REJANE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial: **TRAVESSA ALVES TORORÓ, POR TRAS DA IGREJA ASSEMBLÉIA DE DEUS - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/DOBLO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

MOTOCICLETA 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MATEUS NARCIZO DE ALMEIDA NUNES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110I** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**
 Placa: **PDV4179** (PERNAMBUCO/CAETES) Chassi: **9C2JB0100GR004516**
 Ano Fabricação/Modelo: **2015/2016** Combustível: **GASOLINA**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **KATIA REJANE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a):
NICOLAS GABRIEL TRAJANO DA SILVA
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 START** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**
 Placa: **PDI7896** (PERNAMBUCO/GARANHUNS) Chassi: **9C2KC2500KR044502**
 Ano Fabricação/Modelo: **2019/2019** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

AS VÍTIMAS PROCURARAM ESTA DELEGACIA PARA NOTICIAR QUE NO DIA 10/11/2019, POR VOLTA DAS 11H15MIN, NA BR-424, BAIRRO ALOISIO PINTO NESTA CIDADE, NAS PROXIMIDADES DO BUFFET VITÓRIA, O AUTOR - PESSOA DESCONHECIDA, GUIAVA O AUTOMÓVEL FIAT DOBLÔ DE COR PRATA, NÃO FOI POSSÍVEL IDENTIFICAR AS PLACAS, ENTROU SEM A DEVIDA ATENÇÃO NA CITADA BR, VINDO A ATINGIR AS MOTOCICLETAS QUE ESTAVAM SENDO GUIADAS PELAS VÍTIMAS, DEIXANDO LESÕES APARENTES NAS MESMAS, AS QUAIS FORAM SOCORRIDAS PARA O HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA PELO SAMU. O AUTOR SE EVADIU DO LOCAL DO ACIDENTE. AS TESTEMUNHAS ACIMA QUALIFICADAS TÊM CONHECIMENTO DO FATOS. ALEGAM QUE PROCURARAM A POLICIA APENAS PARA NOTICIAR O FATOS.

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

Marcelo Alves de Almeida Filho
MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO
(VITIMA)
Nicolas Gabriel Trajano da Silva
NICOLAS GABRIEL TRAJANO DA SILVA
(VITIMA)



SINISTRO 3200096678 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Recife-PE

BENEFICIÁRIO MARCELO ALVES DE ALMEIDA FILHO**CPF/CNPJ:** 11334758417**Posição em 19-03-2020 14:32:04**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
11/03/2020	R\$ 945,00	R\$ 0,00	R\$ 945,00



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Marcelo Alves de Almeida Filho
brasileiro(a), estado civil solteiro,
profissão vigilante inscrito no CPF/MF sob o
nº 347 584 77, e portador da cédula de
identidade nº 9761 413 residente e
domiciliado(a) rua Cap João Beite
nº 320, bairro Bom Vista,
CEP 55 293-330 na cidade de
Garanhuns / PE.

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

Recife, 19 de 03, de 2020

NOME: Marcelo Alves de Almeida Filho

