

**EWERSON VILAR &  
RENATHA CAVALCANTI**  
ADVOCACIA

**INSTRUMENTO PROCURATÓRIO**

**OUTORGANTE:** **LUCIANA MARQUES DA SILVA**, brasileira, solteira, estudante, inscrito no CPF sob o n.º 718.467.914-80 e RG:6.727.336 SDS/PE, com endereço no SÍTIO SERRINHA ,Nº35 ,SERRINHA ,SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE , **Representado (a) legalmente por seu Genitor(a) MARIA JOSÉ MARQUES DA SILVA**, Estado Civil: casada, Profissão: agricultora, inscrito (a) no CPF sob o nº 764.979.094-00 e portador (a) da cédula de identidade nº 4.055.054 SDS/PE, residente e domiciliado (a) SÍTIO SERRINHA ,Nº35 ,SERRINHA ,SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE.

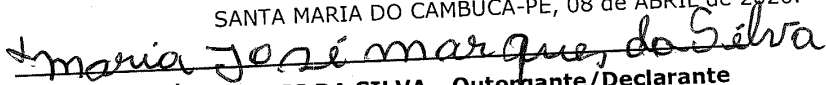
**OUTORGADOS:** **RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA**, brasileiros, casados, advogados, inscritos, respectivamente, na **OAB/PE n. 22.362 e 28.570**, com endereço profissional na Av. Agamenon Magalhães, 4318 - sala 1510 - Paissandú - Recife - PE - Cep. 52010-075 - Fone: (81) 3445.0715 - 98610.8166 - 99982.1579 - **99797.7634**. Endereço eletrônico: [renathaccs@hotmail.com](mailto:renathaccs@hotmail.com) e [evl.advogado@yahoo.com.br](mailto:evl.advogado@yahoo.com.br)

**PODERES:** Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

**CONTRATO DE HONORÁRIOS:** Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar à **OUTORGADA**, o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

**DECLARAÇÃO DE POBREZA:** Eu **MARIA JOSÉ MARQUES DA SILVA**, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE, 08 de ABRIL de 2020.

  
**MARIA JOSÉ MARQUES DA SILVA - Outorgante/Declarante**



**EWERSON VILAR &  
RENATHA CAVALCANTI**  
ADVOCACIA

**INSTRUMENTO PROCURATÓRIO**

**OUTORGANTE:** **LUCIANA MARQUES DA SILVA**, brasileira, solteira, estudante, inscrito no CPF sob o n.º 718.467.914-80 e RG:6.727.336 SDS/PE, com endereço no SÍTIO SERRINHA, Nº35, SERRINHA, SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE, **Representado (a) legalmente por seu Genitor(a) MARIA JOSÉ MARQUES DA SILVA**, Estado Civil: casada, Profissão: agricultora, inscrito (a) no CPF sob o nº 764.979.094-00 e portador (a) da cédula de identidade nº 4.055.054 SDS/PE, residente e domiciliado (a) SÍTIO SERRINHA, Nº35, SERRINHA, SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE.

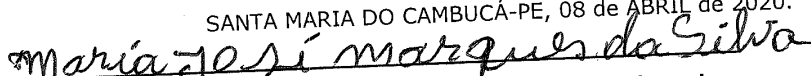
**OUTORGADOS:** **RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA**, brasileiros, casados, advogados, inscritos, respectivamente, na **OAB/PE n. 22.362 e 28.570**, com endereço profissional na Av. Agamenon Magalhães, 4318 - sala 1510 - Paissandú - Recife - PE - Cep. 52010-075 - Fone: (81) 3445.0715 - 98610.8166 - 99982.1579 - **99797.7634**. Endereço eletrônico: [renathaccs@hotmail.com](mailto:renathaccs@hotmail.com) e [evl.advogado@yahoo.com.br](mailto:evl.advogado@yahoo.com.br)

**PODERES:** Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

**CONTRATO DE HONORÁRIOS:** Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar à **OUTORGADA**, o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

**DECLARAÇÃO DE POBREZA:** Eu **MARIA JOSÉ MARQUES DA SILVA**, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE, 08 de ABRIL de 2020.

  
**MARIA JOSÉ MARQUES DA SILVA - Outorgante/Declarante**



## SINISTRO 3190389535 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** LUCIANA MARQUES DA SILVA  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE SEGURADORA S/A  
**BENEFICIÁRIO** LUCIANA MARQUES DA SILVA  
**CPF/CNPJ:** 71846791480

### Posição em 06-01-2020 14:37:17

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

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

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 07/01/2020        | R\$ 2.362,50         | R\$ 0,00         | R\$ 2.362,50 |





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 126ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTE DO LÉRIO - DP126ªCIRC  
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0216000122**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/09/2019** às **10:26**

Complementa o BO Número: **19E0216000077**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **24/2/2019** às **21:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LÉRIO, 1, ESTRADA SENTIDO SANTA CECÍLIA/VERTENTE DO LÉRIO** - Bairro: **CENTRO** - **VERTENTE DO LÉRIO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
- Ponto de Referência: **FÁBRICA DA MEGA Ó**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

BRUNO SOARES DE ASSIS (AUTOR \ AGENTE)  
ADALTO DA C BARBOSA JUNIOR (OUTRO)  
LUCIANA MARQUES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): BRUNO SOARES DE ASSIS

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

**LUCIANA MARQUES DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA JOSÉ MARQUES DA SILVA** Pai: **LOURIVAL PATRÍCIO DA SILVA** Data de Nascimento: **28/8/2004** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: **- 982587693**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LÉRIO, 1, SÍTIO CAPOEIRA, GANCHO DO GALO - CEP: 0 - BAIRO: CENTRO - VERTENTE DO LÉRIO/PERNAMBUCO/BRASIL, PERTO DO BAR DE LOURO**

**BRUNO SOARES DE ASSIS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **RENATA SOARES DE SALES ASSIS** Pai: **GILBERTO PESSOA DE ASSIS** Data de Nascimento: **11/2/2001** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: **- 982748368**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LÉRIO, 1, SÍTIO CAPOEIRA, GANCHO DO GALO - CEP: 0 - BAIRO: CENTRO - VERTENTE DO LÉRIO/PERNAMBUCO/BRASIL, PERTO DO BAR DE LOURO**

**ADALTO DA C BARBOSA JUNIOR (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

09/09/2019 10:1



**MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS PLACA NMG8357 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **BRUNO SOARES DE ASSIS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **BRUNO SOARES DE ASSIS**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NMG8357** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **242935001** Chassi: **9C2KD0520AR077932**  
 Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

**LUCIANA MARQUES DA SILVA, ACOMPANHADA DO SEU COMPANHEIRO, BRUNO SOARES DA SILVA, INFORMANDO QUE, NO DIA 24 DE FEVEREIRO DESTE ANO DE 2019, ENQUANTO ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS MIX ES, PLACA NMG8357, QUE ERA CONDUZIDA POR BRUNO, PELA ESTRADA SENTIDO SANTA CECÍLIA/VERTENTE DO LÉRIO, PRÓXIMO À FÁBRICA DA MEGA Ó, QUANDO FORAM SURPREENDIDOS POR OUTRA MOTOCICLETA, NÃO IDENTIFICADA, QUE INVADIU A CONTRAMÃO, INSTANTE EM QUE BRUNO TENTOU LIVRAR A COLISÃO, MAS A OUTRA MOTOCICLETA MESMO ASSIM COLIDIU COM A DE BRUNO, OCASIONANDO AS LESÕES EM LUCIANA, DESCRITAS NA DECLARAÇÃO E FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DO HOSPITAL SÃO LUIZ APAMI SURUBIM, ANEXO A ESTE BO. DIANTE DISTO, OS DOIS VIERAM INFORMAR O OCORRIDO PARA FINS DE REQUERER INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT JUNTO AO ÓRGÃO RESPONSÁVEL.**

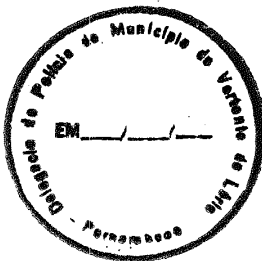
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*Luciana Marques da Silva*  
**LUCIANA MARQUES DA SILVA**  
 (VITIMA)

**BRUNO SOARES DE ASSIS**  
 (AUTOR \ AGENTE)

*Bruno Soares de Assis*

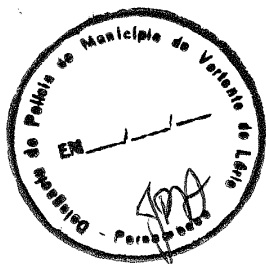
B.O. registrado por: **JOSYNEIDE BARBOSA DE ARRUDA** - Matrícula: **350862-5**



09/09/2019 10:15



de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 126ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTE DO LÉRIO - DP126ªCIRC  
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0216000123**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/09/2019** às **10:34**

Complementa o BO Número: **19E0216000122**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **24/2/2019** às **21:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, ESTRADA SENTIDO SANTA CECÍLIA/VERTENTE DO LÉRIO** - Bairro: **CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
- Ponto de Referência: **FÁBRICA DA MEGA Ó**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

BRUNO SOARES DE ASSIS (AUTOR \ AGENTE)  
ADALTO DA C BARBOSA JUNIOR (OUTRO)  
LUCIANA MARQUES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): BRUNO SOARES DE ASSIS

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

**LUCIANA MARQUES DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA JOSÉ MARQUES DA SILVA** Pai: **LOURIVAL PATRÍCIO DA SILVA** Data de Nascimento: **28/8/2004** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: **- 982587693**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SÍTIO CAPOEIRA, GANCHO DO GALO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL, PERTO DO BAR DE LOURO**

**BRUNO SOARES DE ASSIS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **RENATA SOARES DE SALES ASSIS** Pai: **GILBERTO PESSOA DE ASSIS** Data de Nascimento: **11/2/2001** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: **- 982748368**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SÍTIO CAPOEIRA, GANCHO DO GALO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL, PERTO DO BAR DE LOURO**

**ADALTO DA C BARBOSA JUNIOR (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

09/09/2019 10:2



**MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS PLACA NMG8357 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ADALTO DA C BARBOSA JUNIOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **BRUNO SOARES DE ASSIS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NMG8357** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **242935001** Chassi: **9C2KD0520AR077932**  
Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

**LUCIANA MARQUES DA SILVA, ACOMPANHADA DO SEU COMPANHEIRO, BRUNO SOARES DA SILVA, INFORMANDO QUE, NO DIA 24 DE FEVEREIRO DESTE ANO DE 2019, ENQUANTO ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS MIX ES, PLACA NMG8357, QUE ERA CONDUZIDA POR BRUNO, PELA ESTRADA SENTIDO SANTA CECÍLIA/VERTENTE DO LÉRIO, PRÓXIMO À FÁBRICA DA MEGA Ó, QUANDO FORAM SURPREENDIDOS POR OUTRA MOTOCICLETA, NÃO IDENTIFICADA, QUE INVADIU A CONTRAMÃO, INSTANTE EM QUE BRUNO TENTOU LIVRAR A COLISÃO, MAS A OUTRA MOTOCICLETA MESMO ASSIM COLIDIU COM A DE BRUNO, OCASIONANDO AS LESÕES EM LUCIANA, DESCRITAS NA DECLARAÇÃO E FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DO HOSPITAL SÃO LUIZ APAMI SURUBIM, ANEXO A ESTE BO. DIANTE DISTO, OS DOIS VIERAM INFORMAR O OCORRIDO PARA FINS DE REQUERER INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT JUNTO AO ÓRGÃO RESPONSÁVEL.**

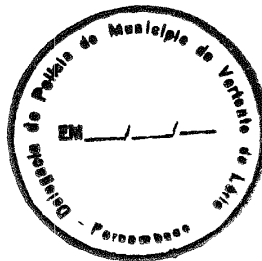
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*Luciana Marques da Silva*  
**LUCIANA MARQUES DA SILVA**  
(VITIMA)

**BRUNO SOARES DE ASSIS**  
(AUTOR \ AGENTE)

*Bruno Soares de Assis*

B.O. registrado por: *Josyneide Barbosa de Arruda* - Matrícula: **350862-5**



09/09/2019 10:22





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 126ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTE DO LÉRIO - DP126ªCIRC  
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0216000077**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/05/2019** às **09:46**

Complementado pelo BO Número: **19E0216000122**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **24/2/2019** às **21:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, ESTRADA SENTIDO SANTA CECÍLIA/VERTENTE DO LÉRIO** - Bairro: **CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
- Ponto de Referência: **FÁBRICA DA MEGA Ó**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

BRUNO SOARES DE ASSIS (AUTOR \ AGENTE)  
L.M.D.S. (Menor de Idade) (VÍTIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): BRUNO SOARES DE ASSIS

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

**L.M.D.S. (Menor de Idade) (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA JOSÉ MARQUES DA SILVA**  
Pai: **LOURIVAL PATRÍCIO DA SILVA** Data de Nascimento: **28/8/2004** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: **- 982587693**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SÍTIO CAPOEIRA, GANCHO DO GALO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL, PERTO DO BAR DE LOURO**

**BRUNO SOARES DE ASSIS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **RENATA SOARES DE SALES ASSIS** Pai: **GILBERTO PESSOA DE ASSIS** Data de Nascimento: **11/2/2001** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: **- 982748368**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SÍTIO CAPOEIRA, GANCHO DO GALO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL, PERTO DO BAR DE LOURO**

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

**MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS PLACA NMG8357 (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **BRUNO SOARES DE ASSIS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **BRUNO SOARES DE ASSIS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido: **Não**

09/09/2019 10:16



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

Placa: **NMG8357** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **242935001** Chassi: **9C2KD0520AR077932**  
Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

**LUCIANA MARQUES DA SILVA, ACOMPANHADA DO SEU COMPANHEIRO, BRUNO SOARES DA SILVA, INFORMANDO QUE, NO DIA 24 DE FEVEREIRO DESTA ANO DE 2019, ENQUANTO ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS MIX ES, PLACA NMG8357, QUE ERA CONDUZIDA POR BRUNO, PELA ESTRADA SENTIDO SANTA CECÍLIA/VERTENTE DO LÉRIO, PRÓXIMO À FÁBRICA DA MEGA Ó, QUANDO FORAM SURPREENDIDOS POR OUTRA MOTOCICLETA, NÃO IDENTIFICADA, QUE INVADIU A CONTRAMÃO, INSTANTE EM QUE BRUNO TENTOU LIVRAR A COLISÃO, MAS A OUTRA MOTOCICLETA MESMO ASSIM COLIDIU COM A DE BRUNO, OCASIONANDO AS LESÕES EM LUCIANA, DESCRITAS NA DECLARAÇÃO E FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DO HOSPITAL SÃO LUIZ APAMI SURUBIM, ANEXO A ESTE BO. DIANTE DISTO, OS DOIS VIERAM INFORMAR O OCORRIDO PARA FINS DE REQUERER INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT JUNTO AO ÓRGÃO RESPONSÁVEL.**

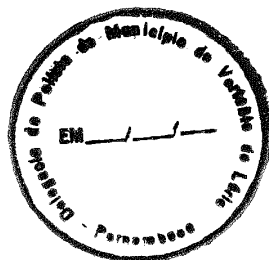
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*Luciana Marques da Silva*  
**L.M.D.S. (Menor de Idade)**  
**(VITIMA)**

**BRUNO SOARES DE ASSIS**  
**(AUTOR \ AGENTE)**

*Bruno Soares de Assis*

B.O. registrado por: **JOSE CARLOS DE MOURA JUNIOR** - Matrícula: **3875270**



09/09/2019 10:16



Honda NXR 150 Bros Mix ES.  
chassi - 9C2KD0520AR077932.  
Motor - K005E2AP77932. MACEIO (AL).

|                             |                                                 |
|-----------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>PLACA</b>                | NMG8357                                         |
| <b>RENAVAM</b>              | 00242935001                                     |
| <b>PROPRIETÁRIO</b>         | ADALTO DA C BARBOSA JUNIOR                      |
| <b>ANO DO LICENCIAMENTO</b> | 2015                                            |
| <b>CATEGORIA</b>            | PARTICULAR                                      |
| <b>COR</b>                  | PRETA                                           |
| <b>ROUBO / FURTO</b>        | NAO                                             |
| <b>TIPO</b>                 | MOTOCICLETA                                     |
| <b>COMBUSTÍVEL</b>          | ALCO/GASOL                                      |
| <b>ESPÉCIE</b>              | PASSAGEIRO                                      |
| <b>RESTRIÇÃO DE VENDA</b>   | AF /BCO BRADESCO FINANCIAMENTO S.A              |
| <b>LACRE / UF</b>           | 0 / None                                        |
| <b>ANO DE FABRICAÇÃO</b>    | 2010                                            |
| <b>NÚMERO AR</b>            | JQ885210675BR (CONSULTAR RASTREIO NOS CORREIOS) |



 **Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
**718.467.914-80**

Nome  
**LUCIANA MARQUES DA SILVA**

Nascimento  
**28/08/2004**

CÓDIGO DE CONTROLE  
**0A8A.DD98.4AAA.0A4C**



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 10:46:15 do dia 19/03/2019 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00  
**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



M<sup>a</sup> Aparecida Albuquerque de Oliveira  
Tabellã

REGISTRO CIVIL

M<sup>a</sup> Aparecida AL

PARAÍBA

ESTADO DE \_\_\_\_\_

COMARCA DE \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO DE \_\_\_\_\_

DISTRITO DE \_\_\_\_\_

UMBUIZEIRO

SANTA CECÍLIA

SANTA CECÍLIA

MARIA APARECIDA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

Oficial Privativa do Registro Civil

**NASCIMENTO Nº** 3554

CERTIFICO que, às fls. 139, do livro nº A-4, de Registro de Nascimentos,  
foi lavrado hoje o assento de LUCIANA MARQUES DA SILVA.

X.X.X.X.X.X

nascid a vinte e oito (28) de Agosto (08) de dois mil e  
quatro (2004) às 00 horas e 08 minutos, em IMIP - Recife -  
Pernambuco.

X.X.X.X.X.X.X do sexo feminino  
filh a de Lourival Patrício da Silva - Agricultor  
natural de Pernambuco  
e de Dona Maria José Marques da Silva - Agricultora  
natural de Pernambuco

natural de X.X.X.X.X.X.X  
X.X.X.X.X.X.X

Sendo avós paternos João Patrício da Silva  
Luíza Otília da Conceição  
e Dona  
e avós maternos Heleno Marques de Oliveira  
Luzia Maria da Conceição  
e Dona

e Dona \_\_\_\_\_ O Genitor.  
 Foi declarante \_\_\_\_\_ Apresentou Declaração Hospitalar.  
 e serviram de testemunhas \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Observações: Feito de acordo com a Lei em vigor.

**CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL  
E TABELIONATO  
AFRANCADA ALMOQUEQUE EN OLIVEIRA  
OFICIAL  
E DIVULGO  
MARTA CORREIA DE**

O referido é verdade e dou fé. \_\_\_\_\_ 14 de Outubro de 2004.

*M<sup>a</sup> Aparecida Albuquerque de Oliveira*  
Oficial

*M<sup>a</sup> Aparecida Albuquerque de Oliveira*  
Tabella



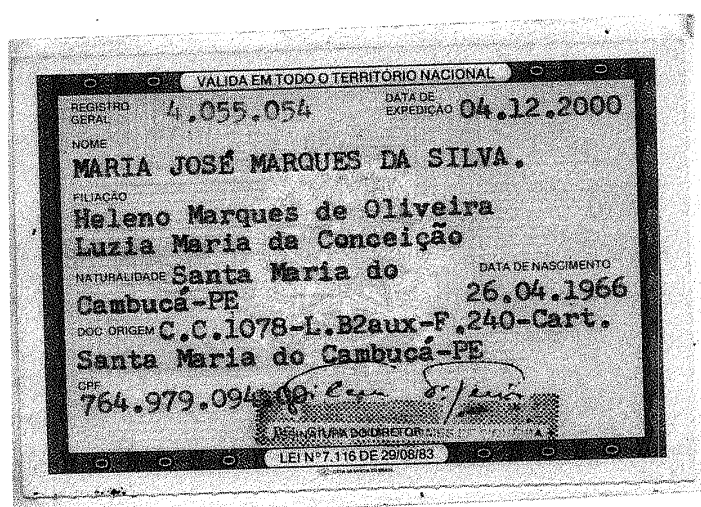


Tabela Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02



**DADOS DO CLIENTE**

MARIA APARECIDA DOS SANTOS

CPF: 003.814.374-95 NIS: 18375520090

**CLASSIFICAÇÃO**

BT RESIDENCIAL  
BARRAGEM COM NIS  
Mortórios

**COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO**  
Av. João de Barros, 111, Das Viúvas, Recife - PE CEP 50650-922  
CNPJ 15.930.930/0001-68 | Insc. Est. 0809443-91 | www.celpe.com.br

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

S1 SERRINHA 35

SERRINHA SERRINHA  
SANTA MARIA DO CAMBOCA PE  
55709-000

**DATA DE EMISSÃO** 17/04/2020

**PERÍODO DE FATURAMENTO** 01/03/2020 a 31/03/2020

**VALOR DO FATOR DE CORREÇÃO** 1,00000

| QUANTIDADE                                                       | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| Consumo TUSD até 30 kWh                                          | 0,10136138  | 3,04        |
| Consumo TUSD superior a 30 até 100 kWh                           | 0,17376234  | 11,84       |
| Consumo TE até 30 kWh                                            | 0,00337014  | 2,78        |
| Consumo TE superior a 30 até 100 kWh                             | 0,15946109  | 19,71       |
| Consumo Luz, Aluguel, Autopag, Compensação de C/C, Multa e Juros |             | 8,59        |
|                                                                  |             | 43,96       |

**TOTAL DA FATURA** 43,96

| Nº DO MÊS/ANO | TIPO DA FUNÇÃO | DATA       | ANTERIOR LECTURA | DATA       | ATUAL LECTURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|---------------|----------------|------------|------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|---------------|
| 01/03/2020    | CEL            | 24-03-2020 | 1.547,81         | 24-03-2020 | 1.544,07      | 1          | 1,00000   |        | 37,20         |

| BASE DE CÁLCULO | %     | VALOR DO IMPORTE |
|-----------------|-------|------------------|
| ICMS            | 1,04  | 0,29             |
| PIS             | 0,678 | 1,24             |
| COFINS          |       |                  |

| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |                  |             |
|-----------------------|------------------|-------------|
| Geração de Energia    | R\$ 12,51        | 44,39%      |
| Transmissão           | R\$ 1,17         | 3,32%       |
| Distribuição (Custos) | R\$ 8,30         | 31,38%      |
| Perdas de Energia     | R\$ 2,60         | 8,94%       |
| Cargos e Serviços     | R\$ 3,81         | 10,0%       |
| Impostos              | R\$ 1,63         | 5,74%       |
| <b>TOTAL</b>          | <b>R\$ 28,02</b> | <b>100%</b> |

**RESUMO DO CONSUMO**

Consumo TUSD até 30 kWh: 0,00450000

Consumo TUSD superior a 30 até 100 kWh: 0,15946109

Consumo TE até 30 kWh: 0,00337014

Consumo TE superior a 30 até 100 kWh: 0,15057000

**VALOR TOTAL DA FATURA** 43,96

**DATA DE EMISSÃO** 17/04/2020

**VALOR DO FATOR DE CORREÇÃO** 1,00000





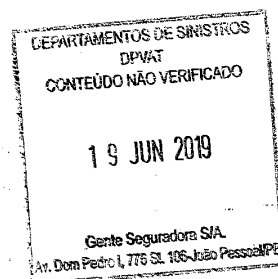
ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SURUBIM  
Rua Maria Barbosa S/Nº- Centro, Surubim - PE  
Fone: 81 - 36341624 Fax: 3634-1461  
CNPJ 11.754.025/0001-05  
E-mail: apamisurubim@terra.com.br

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que LUCIANA MARQUES DA SILVA, deu entrada neste serviço no dia 24/02/2019, após acidente, feito atendimento em seguida transferida para o Hospital Regional do Agreste, conforme consta em prontuário de nosso arquivo.

Surubim, 20 de maio de 2019.

  
Adriana Olívia Cabral  
Funcionária Encarregada



**HOSPITAL SÃO LUIZ - APAMI SURUBIM**  
**FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA**

Atendimento: 119/31068      Data: 24/02/2019 21:40  
Convênio: SUS      Matrícula:  
Médico: HENNAN SANTOS CARVALHO

Recep: WILSON  
Setor: URGENCIA/EMERGENCIA  
Cartão SUS: 898003259622235

Registro: 989093  
Paciente: LUCIANA MARQUES DA SILVA  
Nascimento: 28/08/2004 - Idade: 14 anos  
Endereço: SÍTIO SAMABAIA DE BAIXO  
Bairro: ZONA RURAL  
IBGE/Cidade: SANTA CECILIA  
Pai: LOURIVAL BATISTA DA SILVA  
Mãe: MARIA JOSE MARQUES DA SILVA  
Est. Civil: Solteiro(a)

Prontuário: 989093  
Cor: Branca  
Sexo: Feminino  
C.P.F. . . .  
Nº      Cép: 58428-000      Identidade: /  
UF: PB      Telefone:  
G. instrução:  
Ocupação: ESTUDANTE  
Naturalidade: RECIFE

OBS:      CORREDOR

Anamnese e Exame Sumário:

*Pré-natal de 120 x 80  
de 120 E e 120, com e um peso W. 10,  
2 e 2 a um um dia*

Exames Complementares:



Hip Diagnóstica /Cid:

*Tumor*

Prescrição/Tratamento:

*Cef - 1200*

*12 h - 10 dias*

*22:05*

*Erandy José da Silva Seraphim  
COREN-PE 468796 TE*

Reavaliação:

Materiais Usados:

*Henan Santos Carvalho  
MÉDICO CLÍNICO GERAL  
CRM-PE 8352  
CRM-PE 21168*

Assinatura e Carimbo do Médico

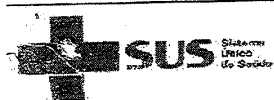


**ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE SURUBIM**  
 Entidade Filantrópica Mantenedora do HOSPITAL SÃO LUIZ E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO BOM DESPACHO  
 INTEGRANTE DA II REGIONAL DE SAÚDE

**LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE**

|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Unidade de Saúde:                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Município:                  | Região de Saúde:            |
| Nome do Paciente: <i>Luciana Marques da Silva</i>                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                             |
| Quadro Clínico: <i>Post-uro de cateterismo, em função de dor + dor e na E, após<br/>pelo feto de tubos</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                             |
| Diagnóstico: <i>Frição de tubos</i>                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                             |
| 1ª REMOÇÃO                                                                                                 | Destino: <i>Prépio de Separte</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Município: <i>Caruaru</i>   | H. de Saída: H. de Chegada: |
|                                                                                                            | Motivo (Registro Detalhado): <i>Anestesia de cateterismo</i> <span style="float: right;"><i>Série: 5624423</i></span>                                                                                                                                                                                                 |                             |                             |
|                                                                                                            | Assinatura do Responsável: <i>Henri S. Silva</i>                                                                                                                                                                                                                                                                      | N.º do C.R.M.: <i>21168</i> | Data: <i>24/02/15</i>       |
|                                                                                                            | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-15deg); display: inline-block;">                         DEPARTAMENTOS DE SINISTROS<br/>                         DPVAT<br/>                         CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br/>                         19 JUN 2019                     </div> |                             |                             |
| 2ª REMOÇÃO                                                                                                 | Destino:                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Município:                  | H. de Saída: H. de Chegada: |
|                                                                                                            | Motivo (Registro Detalhado):                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |                             |
|                                                                                                            | Assinatura do Responsável:                                                                                                                                                                                                                                                                                            | N.º do C.R.M.:              | Data:                       |
|                                                                                                            | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-15deg); display: inline-block;">                         Gente Seguradora S/A.<br/>                         Rua Dom Pedro I, 176 - 406 - João Pessoa/PB                     </div>                                                              |                             |                             |
| 3ª REMOÇÃO                                                                                                 | Destino:                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Município:                  | H. de Saída: H. de Chegada: |
|                                                                                                            | Motivo (Registro Detalhado):                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |                             |
|                                                                                                            | Assinatura do Responsável:                                                                                                                                                                                                                                                                                            | N.º do C.R.M.:              | Data:                       |
|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                             |
| 4ª REMOÇÃO                                                                                                 | Destino:                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Município:                  | H. de Saída: H. de Chegada: |
|                                                                                                            | Motivo (Registro Detalhado):                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |                             |
|                                                                                                            | Assinatura do Responsável:                                                                                                                                                                                                                                                                                            | N.º do C.R.M.:              | Data:                       |
|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                             |
| Unidade Prestadora do Atendimento:                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Município:                  |                             |
| Especificação do Atendimento Prestado:                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                             |
| Assinatura do Responsável:                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | N.º do C.R.M.:              | Data:                       |

Assinatura do Responsável:



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                     |                     |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1 - Nome do Estabelecimento Solicitante<br>HOSPITAL JESUS PEQUENINO | 2 - CNES<br>2344254 |
| 3 - Nome do Estabelecimento Executante<br>HOSPITAL JESUS PEQUENINO  | 4 - CNES<br>2344254 |

## Identificação do Paciente

|                                                                                         |                                         |                        |               |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|---------------|--------------|
| 5 - Nome do Paciente<br>LUCIANA MARQUES DA SILVA                                        | 6 - Número do Prontuário<br>124081      |                        |               |              |
| 7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS)<br>702108742898293                                   | 8 - Data Nascimento<br>28/08/2004       | 9 - Sexo<br>FEMININO 3 | 10 - Raça/Cor | 10.1 - Etnia |
| 11 - Nome da Mãe<br>MARIA JOSE MARQUES DA SILVA                                         | 12 - Telefone de Contato<br>81.82748368 |                        |               |              |
| 13 - Nome Responsável                                                                   | 14 - Telefone de Contato                |                        |               |              |
| 15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)<br>SITIO CAPOEIRAS, () - ZONA RURAL |                                         |                        |               |              |
| 16 - Município de residência<br>VERTENTE DO LERIO                                       | 17 - Cod. IBGE município<br>2616183     | 18 - UF<br>PE          | 19 - CEP      |              |

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos  
*fratura ossos perna e, após exame  
disco direito*

21 - Condições que justificam a internação

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

*RX*  
*disco direito*

|                                                   |                                 |                  |                                                  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------|------------------|--------------------------------------------------|
| 23 - Diagnóstico inicial<br>FRATURA OSSOS PERNA E | 24 - CID 10 Principais<br>S82.2 | 25 - CID 10 Sec. | 26 - CID 10 Causas associadas<br>D 04.73.25.25.0 |
|---------------------------------------------------|---------------------------------|------------------|--------------------------------------------------|

27 - Descrição do Procedimento Solicitado  
*Suturamento*

28 - Código do procedimento  
D 04.15.24.203.5

|                                                            |                                              |                                                         |                                                     |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 29 - Clínica<br><i>ort</i>                                 | 30 - Caracter de Internação<br><i>intern</i> | 31 - Documento<br>( ) CNS ( ) CPF                       | 32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante |
| 33 - Nome do Profissional Solicitante<br><i>Iron Alves</i> | 34 - Data da solicitação<br>28/02/19         | 35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho) |                                                     |

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

|                                                                                                                              |                                      |                                                      |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------|------------|
| 36 - ( ) Acidente de Trânsito                                                                                                | 39 - CNPJ da Seguradora              | 40 - Nr. do Bilhete                                  | 41 - Série |
| 37 - ( ) Acidente de Trabalho típico                                                                                         | 42 - CNPJ da Empresa                 | 43 - CNA da Empresa<br><i>Seguradora de Trabalho</i> |            |
| 38 - ( ) Acidente de Trabalho trajeto                                                                                        | 44 - CNA da Empresa<br><i>Medico</i> |                                                      |            |
| 45 - Vínculo com a Previdência<br>( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não segurado |                                      |                                                      |            |

**AUTORIZAÇÃO**

|                                       |                                                        |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador | 47 - Cód. Orgão Emissor                                |
| 48 - Documento<br>( ) CNS ( ) CPF     | 49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador  |
| 50 - Data da Autorização              | 51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho) |

**Prefeitura Municipal de Bezerros**  
**Secretaria de Saúde**  
**NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL**  
**261910545256-8**

*Iron Alves*  
CRM PE 3001  
Prefeitura Municipal de Bezerros  
Secretaria Municipal de Saúde  
Dr. Mauricio Cabral da Silva  
CRM Nº 23.403  
Médico Autorizador



**HOSPITAL JESUS PEQUENINO**  
**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO**

Acomodação: ENFER\_02 - LEITO-05  
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 534590 Data: 28/02/2019 Hora: 10:19  
Convênio: SES - ORTOPEDIA  
Responsável:  
Médico: DR. IRON ALVES SILVA

Recép.: SIMONE VITORIA DE SANTANA  
Matrícula: 702108742898293  
Identidade:  
Cartão SUS: 702108742898293

Paciente: 124081 LUCIANA MARQUES DA SILVA  
Nascimento: 28/08/2004 - 14 Anos e 6 Meses  
Endereço: SÍTIO CAPOEIRAS,  
Bairro: ZONA RURAL  
CEP: 2616183 VERTENTE DO LERIO  
UF: PE  
Pai: LOURIVAL PATRICIO DA SILVA  
Mãe: MARIA JOSE MARQUES DA SILVA  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor:  
Est. Civil:  
C.P.F.  
Identidade:  
Telefone: 81.82748368  
G.Instrução:  
Ocupação:  
Naturalidade: RECIFE

Obs.: SENHA ORT. 544631

Queixa do Paciente:

*Doar um fêmur*

A:

*fratura do osso fêmur E, após  
fratura*

Exame Físico:

*Fratura osso fêmur E, após Direto*

Tratamento:

*Fratura*

Fezzeros, 28 de fevereiro de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

**Iron Alves**  
CRM 15.744



# HOSPITAL JESUS PEQUENINO

## FOHJA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER\_02 - LEITO-05  
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 534590 Data: 28/02/2019 Hora: 10:19  
Convênio: SES - ORTOPEDIA  
Responsável:  
Médico: DR. IRON ALVES SILVA

Recepc.: SIMONE VITORIA DE SANTANA  
Matrícula: 702108742898293  
Identidade:  
Cartão SUS: 702108742898293

Paciente: 124081 LUCIANA MARQUES DA SILVA  
Nascimento: 28/08/2004 - 14 Anos e 6 Meses  
Endereço: SÍTIO CAPOEIRAS,  
Bairro: ZONA RURAL CEP:  
IBGE/Cidade: 2616183 VERTENTE DO LERIO UF: PE  
Pai: LOURIVAL PATRICIO DA SILVA  
Mãe: MARIA JOSE MARQUES DA SILVA  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor:  
Est. Civil:  
C.P.F.  
Identidade:  
Telefone: 81.82748368  
G.Instrução:  
Ocupação:  
Naturalidade: RECIFE

Recepcionista: \_\_\_\_\_

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

### Alta Hospitalar

Data: 04/03/2019

Médico: \_\_\_\_\_

Dr. Felipe Guedes  
Ortopedista  
CRM: 21025

Assinatura / CRM

### Observação

### Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_

Conferido Com Documento  
Original Bezerras PE  
Hospital Jesus Pequeno

### Óbito

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura / CRM



  
Hospital Regional  
JESUS PEQUENO  
**EVOLUÇÃO MÉDICA**

LUCIANA MARQUES DA SILVA

28/02/2019: PACIENTE COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA. AGUARDANDO CIRURGIA. MEDICADO.

Dr. Felipe Guedes  
Ortopedista  
CRM. 21025

28/02/2019: OPERADO: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA. MEDICADO.

Dr. Felipe Guedes  
Ortopedista  
CRM. 21025

01/03/2019: PACIENTE EVOLUINDO COM DOR. MEDICADO.

Dr. Felipe Guedes  
Ortopedista  
CRM. 21025

02/03/2019: PACIENTE EVOLUINDO BEM. MEDICADO.

Dr. Felipe Guedes  
Ortopedista  
CRM. 21025

03/03/2019: PACIENTE COM BOA EVOLUÇÃO. MEDICADO.

Dr. Felipe Guedes  
Ortopedista  
CRM. 21025

04/03/2019: PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR.

Dr. Felipe Guedes  
Ortopedista  
CRM. 21025





Hospital Regional  
JESUS PEQUENO

### RELATÓRIO CIRÚRGICO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|
| NOME DO PACIENTE<br>LUCIANA MARQUES DA SILVA<br>CLÍNICA ORTOPÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | NÚMERO DO REGISTRO<br>124081 |
| CIRURGIÃO<br>FELIPE GUEDES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                              |
| ANESTESIA<br>RAQUIDIANA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | ANESTESISTA<br>DRA. LUCIA    |
| DATA DA OPERAÇÃO<br>28/02/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                              |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO<br>FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA + FLICTEA EM PERNA DIREITA                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                              |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO<br>FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA + FLICTEA EM PERNA DIREITA                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                              |
| OPERAÇÃO PROPOSTA<br>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA + DEBRIDAMENTO DE FLICTEA EM PERNA DIREITA                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                              |
| OPERAÇÃO REALIZADA<br>A PROPOSTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                              |
| DESCRIÇÃO DO ATOS OPERATÓRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                              |
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA</li><li>2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS</li><li>3. INCISÃO NA FACE LATERAL DA PERNA</li><li>4. DEBRIDAMENTO EM PERNA</li><li>5. DIVULSÃO POR PLANOS</li><li>6. REDUÇÃO DA FRATURA</li><li>7. LAVAGEM COM SFO0,9%</li><li>8. SUTURA POR PLANO</li><li>9. CURATIVO</li></ol> |  |                              |

Dr. Felipe Guedes  
Ortopedista  
CRM: 21025



**NB**

**Anestesia:**

Nome: Luciana Marques da Silva Nº do Registro 124081 Nº. na Clínica: \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_ Quarto: - Leito: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F Cor: \_\_\_\_\_  
Operador: Dr. Felipe Assist.: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dra. Lucia  
Diag. Preop.: \_\_\_\_\_ Diag. Posop.: \_\_\_\_\_  
Op. Proposta: Frnt. Ombro da Perna Op. Realizada: \_\_\_\_\_  
Premeditação: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ (MO 1-2-3) Risco 1 - 2 - 3 - 4  
(AO 1-2-3)

**PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO**

|                                 |         | 15  |  |  | 30 |  |  | 45 |  |  | 15 |  |  | 30 |  |  | 45 |  |  | 15 |  |  | 30 |  |  |
|---------------------------------|---------|-----|--|--|----|--|--|----|--|--|----|--|--|----|--|--|----|--|--|----|--|--|----|--|--|
| A<br>G<br>E<br>N<br>T<br>E<br>S | N20     |     |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
|                                 | 02      |     |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
|                                 |         |     |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
|                                 |         |     |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| líquidos<br>venosos             |         |     |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| PA<br>V                         | °C      | 240 |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
|                                 | 38      | 220 |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| PULSO                           | 36      | 200 |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
|                                 | 34      | 180 |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| ANES<br>x                       | 32      | 160 |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
|                                 | 30      | 140 |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| OP<br>O                         | 120     |     |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
|                                 | 100     |     |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| TEMP.<br>A                      | 80      |     |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
|                                 | 60      |     |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| ASPIR.<br>A                     | 40      |     |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
|                                 | 20      |     |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| RESP.<br>O                      | Expon   |     |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
|                                 | Assist. |     |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
|                                 | Contro  |     |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |

## SÍMBOLOS

| AGENTES                                    |                    | DOSES                             | TÉCNICA                                                                                                                         | ANOTAÇÕES:                                                                               |                                                     |
|--------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| A.                                         |                    |                                   |                                                                                                                                 | <p>Conferido Com Documento<br/>Original Bezerras PE / / /<br/>Hospital Jesus Pequeno</p> |                                                     |
| B.                                         | ① Dexametazona 5mg | med oxiplo 13/4                   |                                                                                                                                 |                                                                                          |                                                     |
| C.                                         | ② Neocresol 15mg   | Ag. Eubacter 8x25                 |                                                                                                                                 |                                                                                          |                                                     |
| D.                                         | ③ Dimorf 20mg      |                                   |                                                                                                                                 |                                                                                          |                                                     |
| E.                                         | ④ Alopurinol 2g    |                                   |                                                                                                                                 |                                                                                          |                                                     |
| F.                                         |                    |                                   |                                                                                                                                 |                                                                                          |                                                     |
| G.                                         |                    |                                   |                                                                                                                                 |                                                                                          |                                                     |
| LÍQUIDOS                                   |                    |                                   | CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA<br>NASO/OROTRAQUEAL - CEGA<br>BAL - TAMP. - CALIBRE DO TUBO<br>SOB. - MÁSCARA<br>DIFICULDADE TÉCNICA | 4                                                                                        |                                                     |
| SFO, 9% - 1000ml                           |                    |                                   |                                                                                                                                 |                                                                                          |                                                     |
|                                            |                    |                                   |                                                                                                                                 |                                                                                          |                                                     |
|                                            |                    |                                   |                                                                                                                                 |                                                                                          |                                                     |
|                                            |                    |                                   | Tempo de Anestesia                                                                                                              |                                                                                          |                                                     |
| TOTAL                                      |                    |                                   |                                                                                                                                 |                                                                                          |                                                     |
| OPERAÇÃO:                                  |                    |                                   | Laringo - Espasmo - Excesso Secre<br>Depressão Respiratória - Hipoxia<br>"BUCKING" - Vermilo                                    |                                                                                          | Hemorragia Arritmia<br>Bradi - Taquicardia - Choque |
| ANESTESISTA:                               |                    | CIRURGIÃO:                        |                                                                                                                                 | PERDA SANGÜÍNEA:                                                                         |                                                     |
| Dra. Lúcia Maria<br>Médica<br>CRM-PE 11111 |                    | Dr. Felipe Guedes<br>CRM-PE 27025 |                                                                                                                                 |                                                                                          |                                                     |



K 445766

aluguel a D. Maria


**HOSPITAL**  
**JESUS PEQUENO**

CATEGORIA: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS**

Paciente: Luciana Marques de Silva Registro Nº: 124081  
 Aptº: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Data: 28/02/19  
 Cirurgia: Fract de Ombro de perna Cirurgião: D. Felipe  
 Anestesia: Raque Anestesista: D. Lauro  
 Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

| Especificação        | Quant. | Valor Unit. | Valor Total | Especificação          | Quant.  | Valor Unit. | Valor Total |
|----------------------|--------|-------------|-------------|------------------------|---------|-------------|-------------|
| Atropina             |        |             |             | Manitol                |         |             |             |
| Adrenalina           |        |             |             | Nalorfin               |         |             |             |
| Aminofilina          |        |             |             | Narcan                 |         |             |             |
| Água Destilada       | 01 amp |             |             | Nipride                |         |             |             |
| Alloferine           |        |             |             | Novamin                |         |             |             |
| Bicarbonato de Sódio |        |             |             | Plasil                 |         |             |             |
| Cloreto de Potássio  |        |             |             | Prostigmine            |         |             |             |
| Cloreto de Sódio     |        |             |             | Quemacetina            |         |             |             |
| Cedilanide           |        |             |             | Quelicin               |         |             |             |
| Decadron             | 01 amp |             |             | Rifocina 150           |         |             |             |
| Dormonid             | 01 amp |             |             | Rifocina 500           |         |             |             |
| Diazepan             |        |             |             | Rocefin I. M.          |         |             |             |
| Dolantina            |        |             |             | Rocefin I. V.          |         |             |             |
| Etrane               |        |             |             | Revivan                |         |             |             |
| Efortil              |        |             |             | Ringer c/ Lactato      |         |             |             |
| Fenergan             |        |             |             | Sintocinon             |         |             |             |
| Flaxedil             |        |             |             | Styptanon              |         |             |             |
| Fentanil             |        |             |             | Solu-Cortef            |         |             |             |
| Fibrase              |        |             |             | Sulfato Magnésio       |         |             |             |
| Fluimucil            |        |             |             | Soro Glicosado         |         |             |             |
| Furacin Sol          |        |             |             | Soro Fisiológico 500ml | 1.000   |             |             |
| Furacin Pomada       |        |             |             | Thionembatal           |         |             |             |
| Gluconato Cálcio     |        |             |             | Xylocaína Pesada       |         |             |             |
| Glicose              |        |             |             | Xylocaína 2% s/a       |         |             |             |
| Garamicina 80        |        |             |             | Xylocaína 2% c/a       |         |             |             |
| Heparina 5.000       |        |             |             | Xylocaína 1% s/a       |         |             |             |
| Halotano             |        |             |             | Xylocaína Geléia       |         |             |             |
| Haemacel             |        |             |             | Xylocaína Spray        |         |             |             |
| Inoval               |        |             |             | nausechon              | 01 amp  |             |             |
| Keflin 1 g           | 02 amp |             |             | tenoxicam              | 01      |             |             |
| Ketalar              |        |             |             | eletracel              | 05 unid |             |             |
| Lasix                |        |             |             | Dimex 0.1              | 01 amp  |             |             |
| Methergin            |        |             |             |                        |         |             |             |
| Marcaína Pesada      | 01 amp |             |             |                        |         |             |             |
| Marcaína s/a         |        |             |             |                        |         |             |             |
| Marcaína c/a         |        |             |             |                        |         |             |             |

 Conferido Com Documento  
 Original Bezerras PE / /  
 Hospital Jesus Pequeno


| Especificação             | Quant. | Valor Unit. | Valor Total | Especificação      | Quant. | Valor Unit. | Valor Total |
|---------------------------|--------|-------------|-------------|--------------------|--------|-------------|-------------|
| Abbocath T                |        |             |             | Urofix             |        |             |             |
| Agulha Desc. 25x7         | 03     | Unid        |             | Vaselina Bisnaga   |        |             |             |
| Agulha Gengival 10x120    | 01     | Unid        |             |                    |        |             |             |
| Agulha Raquet N° 25       | 01     | Unid        |             | <b>FIOS</b>        |        |             |             |
| Agulha Sutura             |        |             |             |                    |        |             |             |
| Algodão Hidrófilo         | 02     | pac         |             | CatGut Simpa s/a   |        |             |             |
| Algodão Ortopédico        |        |             |             | CatGut Simp c/a    |        |             |             |
| Atadura Gase              |        |             |             | CatGut Crom s/a    |        |             |             |
| Atadura Crepe 15x7        | 02     | Unid        |             | CatGut Crom c/a 0  | 01     | Unid        |             |
| Atadura Gesso             |        |             |             | Fio de Algodão     |        |             |             |
| Bolsa p/ Colostomia       |        |             |             | Fio de Aço         |        |             |             |
| Comp. Cirúrgica 10x5      | 02     | pac         |             | Fio Kirschner      |        |             |             |
| Dreno Tórax               |        |             |             | Fio Umbilical      |        |             |             |
| Dreno Tórax Kerr          |        |             |             | Mononylon          |        |             |             |
| Dreno Penrose             |        |             |             | Mononylon 2.0x14   | 03     | Unid        |             |
| Equipo p/ Soro            |        |             |             | Prolene            |        |             |             |
| Equipo Macro Gotas        |        |             |             | Prolene            |        |             |             |
| Esparadrapo               | 1x     |             |             | Polycot            |        |             |             |
| Esparadrapo Anti-alérgico |        |             |             | Seda               |        |             |             |
| Esparadrapo Micropore     |        |             |             | Seda               |        |             |             |
| Fleet Enema               |        |             |             |                    |        |             |             |
| Gase 7x5x7,5              | 05     | pac         |             | <b>LÍQUIDOS</b>    |        |             |             |
| Gase Furacionada          |        |             |             | Água Oxigenada     | 100    |             |             |
| Gelfoan                   |        |             |             | Álcool Simples 70° | 100    |             |             |
| H. Kuntscher              |        |             |             | Álcool Iodado      |        |             |             |
| Intracath                 | 2      |             |             | Éter               |        |             |             |
| Luva Descartável 7.0x7.5  | 04     | Pares       |             | Formol             |        |             |             |
| Luva Comum m              | 04     |             |             | Germopol           |        |             |             |
| Lâmina Bisturi N° 21      | 02     | Unid        |             | Glutaril           |        |             |             |
| Lâmina Gillette           |        |             |             | Pov Tópico         |        |             |             |
| Látex 204                 |        |             |             | Pov Degermante     |        |             |             |
| P. S. Petersen            |        |             |             | cloresmidine 200   |        |             |             |
| P. L. Sherman             |        |             |             | <b>OXIGÊNIO</b>    |        |             |             |
| Pr. S. Petersen           |        |             |             | oxímetro de pulso  |        |             |             |
| Par. Sherman              |        |             |             | Das _____ às _____ |        |             |             |
| Pino Stelman              |        |             |             |                    |        |             |             |
| Prótese Thompson          |        |             |             | <b>PROTÓXIDO</b>   |        |             |             |
| Scalp                     |        |             |             | Das _____ às _____ |        |             |             |
| Seringa 03 cc             | 01     | Unid        |             |                    |        |             |             |
| Seringa 05 cc             | 01     |             |             |                    |        |             |             |
| Seringa 10 cc             | 02     |             |             | <b>TAXAS</b>       |        |             |             |
| Seringa 20 cc             |        |             |             | Aspirador          |        |             |             |
| Seringa Vidro 05 cc       |        |             |             | Artroscopia        |        |             |             |
| Seringa Vidro 10 cc       |        |             |             | Bisturi Elétrico   |        |             |             |
| Seringa Vidro 20 cc       |        |             |             | Desfibrilador      |        |             |             |
| Seringa de 01 cc          |        |             |             | Monitor            |        |             |             |
| Sonda Estom n°            |        |             |             | rouca              | 04     | Unid        |             |
| Sonda Levine n°           |        |             |             | marcador           | 04     |             |             |
| Sonda Uretral n°          |        |             |             | proteção           | 08     | Pares       |             |
| Sonda Foley n°            |        |             |             | chave plana        | 03     | Unid        |             |
| Sonda "3v" n°             |        |             |             |                    |        |             |             |
| Sonda p/ O <sub>2</sub>   | 01     | Unid        |             |                    |        |             |             |

Contendo Com Documento  
Original Bezerros de  
Hospital Jesus Pequeno





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA

HRA

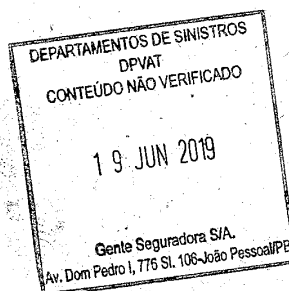
Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente **Sr(a) Luciana Marques da Silva**, Esteve interno nesta unidade de saúde no dia **25/02/2019** e foi transferida para outra unidade de saúde em **28/02/2019 com Registro Hospitalar : 334328**.

**OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.**

**Atenciosamente;**



**Caruaru, 30 de Maio 2019**

109.794.975/0269-27  
FUSAM - Hospital Regional do Agreste  
BR 232 - Km 130  
Indianópolis - CEP 55000-000  
Caruaru - PE

**setor de Arquivo (same)**

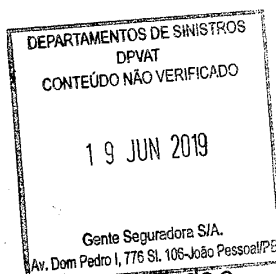
Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232- Km 130 S/N- Bairro Indianópolis Caruaru – PE- CEP  
55.024.000  
CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719.9400 (SAME)





NOME: Luana Vazquez da Se

**LAUDO MÉDICO**

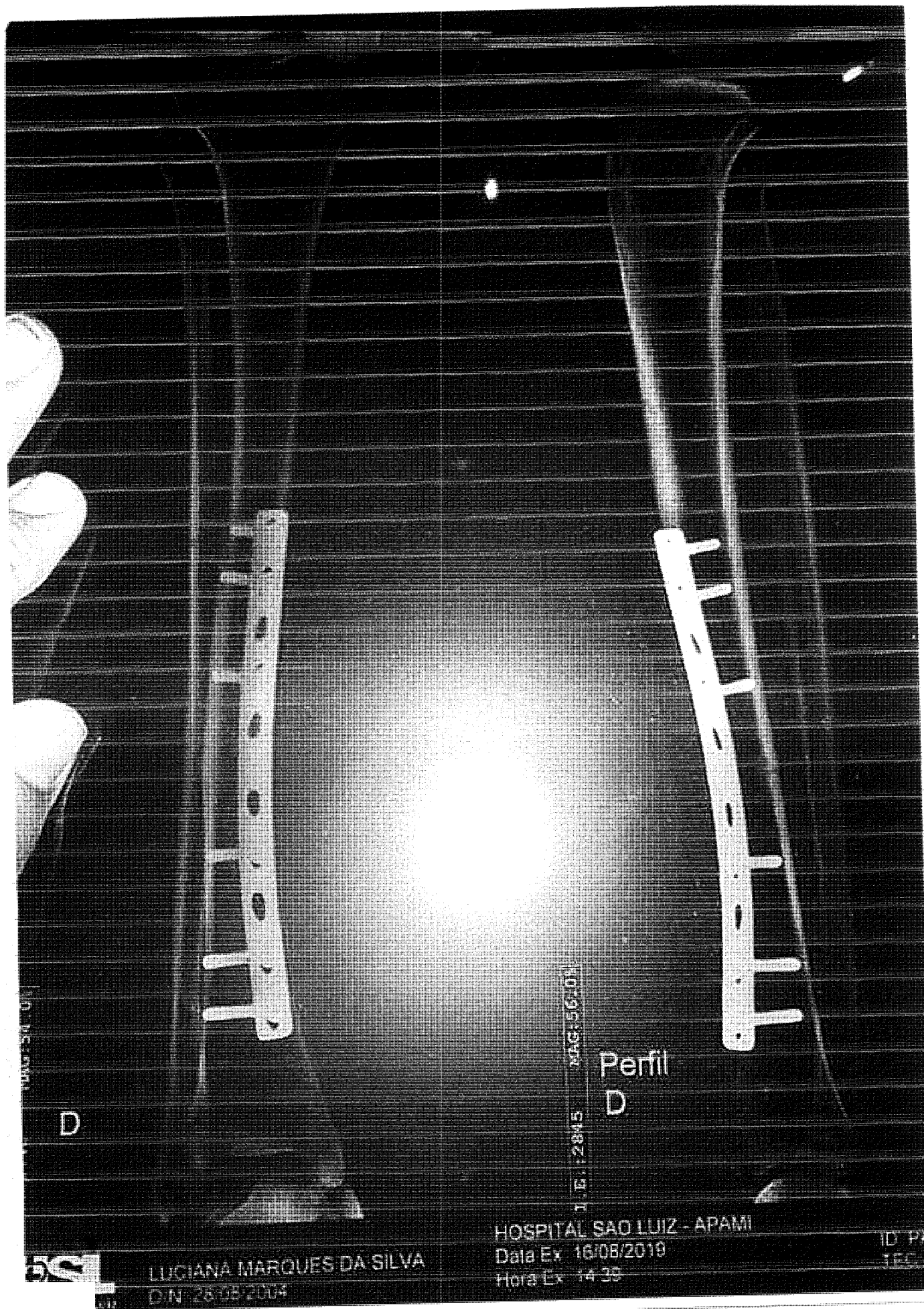


O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura do pé direito CID-10: J82, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 28/02/19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, 21/03/19.

Dr. Felipe Augusto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7451  
SAM-PB 21095





D

Perfil  
D

55

LUCIANA MARQUES DA SILVA  
D/N: 26/08/2004

HOSPITAL SAO LUIZ - APAMI  
Data Ex: 16/08/2019  
Hora Ex: 14:39

ID PA  
TEC



