

**PROCURAÇÃO “AD-JUDÍCIA ET EXTRA” E “AD NEGOTIA”**

**OUTORGANTE: XAYANE TAVARES RODRIGUES**

**Nacionalidade: BRASILEIRA, Estado Civil: SOLTEIRA, Profissão: AGRICULTORA**

**Identidade: 10.483.821 SDS/PE, CPF 140.390.994-60**

**Endereço/Fone: Sítio Matalotagem, nº 941, zona rural, em Flores – PE, CEP 56.850-000**

**OUTORGADO: Gabriela Rodrigues Terto, brasileira, solteira, advogada, OAB-PE 48379 A, CPF 055.704.444-83, com escritório na Rua Enock Inácio de Oliveira nº 1194, Centro, Serra Talhada-PE, CEP: 56903-400 Celular (87)9.9920.2921- e-mail: terto.advocacia@gmail.com**

**OBJETO:** representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula ***ad judicia et extra***, para o foro em geral, especialmente para propor **AÇÃO DE SEGURO DPVAT**, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, ver e requerer todo e qualquer tipo de documentos: EXTRATOS referente depósitos de seguros DPVAT, etc, junto aos BANCOS, instituições financeiras e as repartições públicas, FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga a Advogada acima descrita, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV, PRECATÓRIOS e ALVARÁS acima descrito, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015. Outrossim, fica vinculado quando da assinatura deste instrumento a concordância do estabelecido para fazer jus a título de honorários advocatícios pelo desempenho nos trabalhos realizados, 30% do valor da condenação/indenização. O OUTORGANTE complementará o valor caso o proveito econômico ou vantagem obtida seja inferior ao mínimo. Os valores dos honorários contatuais e sucumbenciais serão pagos a Gabriela Rodrigues Terto inscrita no CPF 055.704.444-83, e o Contratante autoriza desde já a retenção dos mesmos em favor da sociedade advocatícia por ocasião da expedição do RPV/PRECATÓRIO/ALVARÁ ou Administrativo.

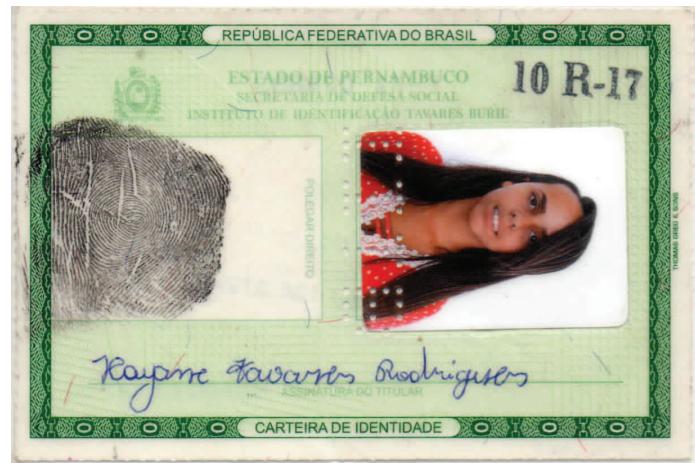
**TERMO DE RENUNCIA:** Renuncio aos valores que ultrapassarem o teto dos juizados Especiais Federais, ou seja, a tudo o que exeder a 60(sessenta) salários mínimos.

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA:** Nos termos da Lei nº 7115/83, e, para os devidos fins, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não disponho de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família.

Flores/PE 12 de maio de 2020.

  
Assinatura – Reconhecer por Autenticidade





Assinado eletronicamente por: GABRIELA RODRIGUES TERTO - 30/06/2020 09:57:14  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063009571422300000062788089>  
Número do documento: 20063009571422300000062788089

Num. 63968055 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: GABRIELA RODRIGUES TERTO - 30/06/2020 09:57:14  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063009571422300000062788089>  
Número do documento: 20063009571422300000062788089

Num. 63968055 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: GABRIELA RODRIGUES TERTO - 30/06/2020 09:57:14  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063009571435800000062788082>  
Número do documento: 20063009571435800000062788082

Num. 63968048 - Pág. 1

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**46FC.7904.4D18.B148**

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

**www.receita.fazenda.gov.br**

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:30:31 do dia 20/10/2016 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00



Assinado eletronicamente por: GABRIELA RODRIGUES TERTO - 30/06/2020 09:57:14  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063009571435800000062788082>  
Número do documento: 20063009571435800000062788082

Num. 63968048 - Pág. 2

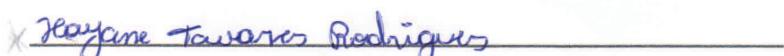


## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, XAYANE TAVARES RODRIGUES, brasileira, agricultora, portadora do RG nº 10.483.821 SDS/PE e do CPF nº 140.390.994-60, residente e domiciliada no Sítio Matalotagem, nº 941, Zona Rural em Flores-PE, CEP 56.850-000, declaro que, em razão de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo, na forma do art. 98 do Código de Processo Civil.

Flores, 12 de maio de 2020.

Xayane Tavares Rodrigues

**Declarante**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200004358**      **Vítima: XAYANE TAVARES RODRIGUES**

**Data do Acidente: 01/10/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), XAYANE TAVARES RODRIGUES**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.350,00 |

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

**Recebedor: XAYANE TAVARES RODRIGUES**

**Valor: R\$ 1.350,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000001433**

**Conta: 0000057873-7**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Pag. 00263/00264 - carta\_15R - INVALIDEZ



**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## ATESTADO MÉDICO

Atesto que: Xayre Teroz Rodrigues  
Profissão:

está sob os meus cuidados médicos, devendo portanto:

Afastar-se do trabalho por 90 + mês )dias

Afastar-se das aulas por \_\_\_\_\_ )dias

Afastar-se da Educação Física por \_\_\_\_\_ )dias

É portador de deficiência física permanente incapacidade para sua atividade

Encaminhado(a) ao INSS para Perícia Médica / Auxílio Doença\*

Acompanhante do paciente \_\_\_\_\_

Adele m. Pacheco

\* Os atestados Médicos, são apenas referência para a solicitação de benefício junto ao INSS.

Serão informados diagnósticos, o C.I.D. 10, e o tempo previsto na recuperação.

Fica a critério do Médico Perito, a avaliação e concessão ou não do benefício pretendido, de acordo com as observações que lhe forem pertinentes e legislação em vigor.

Diagnóstico: l artrosis tróxica do  
Hálux glo pé esquerdo 8º grau de  
descolamento de artrodeses

Procedimento: tratamento  
tratamento + curativo

CID 10: S98.4

Afogados da Ingazeira 09 de 10 de 2019

Dr. André Pinto Peixoto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 18426 RQE 5099





Conforme Lema  
Unidade Mista Genésio Francisco Xavier  
CNPJ: 19.324.746/0001-11  
05.11.15

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES**  
Fundo Municipal de Saúde  
Unidade Mista Genésio Francisco Xavier

**FLORES**

**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

17a

|                      |                          |  |   |
|----------------------|--------------------------|--|---|
| Data e Hora:         | 01.10.2019 às 19:05      | Nº. Ocorrência   | 51  |
| Nome:                | Xayane Tavares Rodrigues | Data Nascimento:   | 08.01.2002                                    |
| Profissão:           |                          | Sexo:  | F   |
| Fone.:               | SUS: 709.7040 0087 2690  |  |   |
| End.:                | 51 - Matelotagem         |  |   |
| Responsável:         | Glené (Mãe)              |  |   |
| Tipo de Atendimento: |                          | Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/> | Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> |
|                      |                          | Agressão <input type="checkbox"/>                        | Consulta <input type="checkbox"/>             |

|   |      |        |        |       |
|---|------|--------|--------|-------|
| Pressão Arterial:   | HGT: | Pulso: | Temp.: | Peso: |
| Histórico e Exame Físico:   |      |        |        |       |
| <p>Paciente caiu de acidente de moto<br/>Com ferme um ferido malha pi (E),<br/>Móvel a fundo profundo es mala de todo o lado.</p> |      |        |        |       |

|  |                    |
|--|--------------------|
| Tratamento:                            |                    |
| ①                                      | AS Tavares - 01541 |
| ②                                      | Medicina           |
| ③                                      | Desidratação       |
| ④                                      | Cefalotina 2g      |
| <p>SENHA: 5783917<br/>(Emergência)</p> |                    |

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| Impressão Diagnóstica:                                   |                                     |
| Destino do Paciente                                      | Residência <input type="checkbox"/> |
| Internado  | <input type="checkbox"/>            |
| Transferido  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Removido para Hospital                                   |                                     |
| Óbito às   | horas do dia                        |
| <p>Dr. Thiago F. Felix<br/>Médico<br/>CREMEPE: 24878</p> |                                     |
| Médico - Carimbo e CRM:                                  |                                     |





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES -  
DP179ºCIRC DINTER2/21ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0269000572

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/11/2019** às  
**10:47**

Complementa o BO Número: 19E0269000571

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia **1/10/2019** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE FLORES, 1, SÍTIO CAIÇARA -**  
Bairro: **CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR\AGENTE )  
MARIA APARECIDA TOME DA SILVA (OUTRO )  
EMANUEL FILHO DE JOÃO CAMBÃO (TESTEMUNHA )  
EUFABIO JOSE T DA SILVA (VITIMA )  
XAYANE TAVARES RODRIGUES (VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): EUFABIO JOSE T DA SILVA

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

**EUFABIO JOSE T DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA TOME DA SILVA** Pai: **MANOEL HERMINIO DA SILVA** Data de Nascimento: **13/7/1985** Naturalidade: **AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7286287/SDS/PE (RG), 06488788413 (CPF), 05521217849 (CNH)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87896789676**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FLORES, 1, SÍTIO CAIÇARA DOS FERNANDES - CEP: 55800-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**XAYANE TAVARES RODRIGUES** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **GLENE RODRIGUES DOS SANTOS** Pai: **JESUS RIVANIO TAVARES RODRIGUES** Data de Nascimento: **8/1/2002** Naturalidade: **AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10483821/SDS/PE (RG), 14039000466 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87999661239**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FLORES, 1, SÍTIO MATALOTAGEM - CEP: 55800-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**



05/11/2019 10:50

1 of 2

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

**EMANUEL FILHO DE JOÃO CAMBÃO** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**MARIA APARECIDA TOME DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA APARECIDA TOME DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EUFABIO JOSE T DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KMD3673** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **967871426** Chassi: **9C2KC08108R103862**  
Ano Fabricação/Modelo: **2008/NÃO INFORMADO** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SR<sup>ª</sup> XAYANE TAVARES RODRIGUES NOTICIANDO QUE NA DATA MENCIONADA TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ANTERIORMENTE CITADA PELA ESTRADA VICINAL DO SÍTIO CAIÇARA, LEVANDO COMO GARUPA O SR. EUFABIO JOSE T DA SILVA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO DO VEÍCULO DEVIDO AO FATO DE NÃO POSSUIR PRÁTICA EM PILOTAR MOTOCICLETA VINDO OS DOIS A CAIR. ADIANTO QUE DEVIDO AO ACIDENTE A CONDUTORA TEVE O DEDO GRANDE DO PÉ ESQUERDO AMPUTADO E PASSEIRO NAO TEVE FERIMENTOS.**

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

*+Eufabio José Tomé da Silva*  
**EUFABIO JOSE T DA SILVA**  
(VITIMA)

**XAYANE TAVARES RODRIGUES**  
(VITIMA)

*Xayane Tavares Rodrigues*

B.O. registrado por: **JAIRO JOSÉ DE LIMA** - Matrícula: **20.525-1** - Matrícula: **320535-1**



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA**

**DETAN - PE** **Nº 014958743860**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

|                                  |                     |                    |                   |
|----------------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|
| VIA                              | COD. RENAVAM        | RNTRC              | EXERCÍCIO         |
| 1                                | 967871425           | *****              | 2019              |
| NOME                             |                     |                    |                   |
| MARIA APARECIDA TOME DA SILVA    |                     |                    |                   |
| AFOGADOS DA INGAZÉIRA            |                     |                    |                   |
| CRF/CNPJ                         | PLACA               |                    |                   |
| 039.626.194-96                   | KMD3573             |                    |                   |
| PLACA ANT/UF                     | CHASSI              |                    |                   |
| *****                            | 9C2KC08108R193862   |                    |                   |
| ESPECIE TIPO                     | COMBUSTÍVEL         |                    |                   |
| PAS MOTOCICLETA                  | GASOLINA            |                    |                   |
| MARCA/MODELO                     | ANO FAB.            | ANO MOD.           |                   |
| HONDA/CG 150 TITAN K3            | 2008                | 2008               |                   |
| CAP/POT/CIL                      | CATEGÓRIA           | COR PREDOMINANTE   |                   |
| 2B/149CL                         | PÁRTIC              | PRETA              |                   |
| COTA ÚNICA                       | VENC. COTA ÚNICA    | VENC/COTAS         |                   |
| IPVA 2019 QUITADO                | 1 <sup>a</sup>      | *****              |                   |
| FAIXA IPVA                       | PARCELAMENTO/COTAS  | 2 <sup>a</sup>     |                   |
| 1                                | *****               | 3 <sup>a</sup>     |                   |
| PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)           | IOF (R\$)           | PRÉMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO |
| 80.11                            | SEGURO 2 BRIGATÓRIO | 0.32               | 26/01/19          |
| OBSERVAÇÕES                      |                     |                    |                   |
| SEM RESERVA                      |                     |                    |                   |
| DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO   |                     |                    |                   |
| NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA    |                     |                    |                   |
| Local                            | Data                |                    |                   |
| AFOGADOS DA INGAZÉIRA            |                     | 20/10/19           |                   |
| Roberto Carlos Moreira Fontelles |                     |                    |                   |
| TERTO, PRESIDENTE DETER, OFP     |                     |                    |                   |

**SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT**

**PE Nº 014958743860 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

MARIA APARECIDA TOME DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

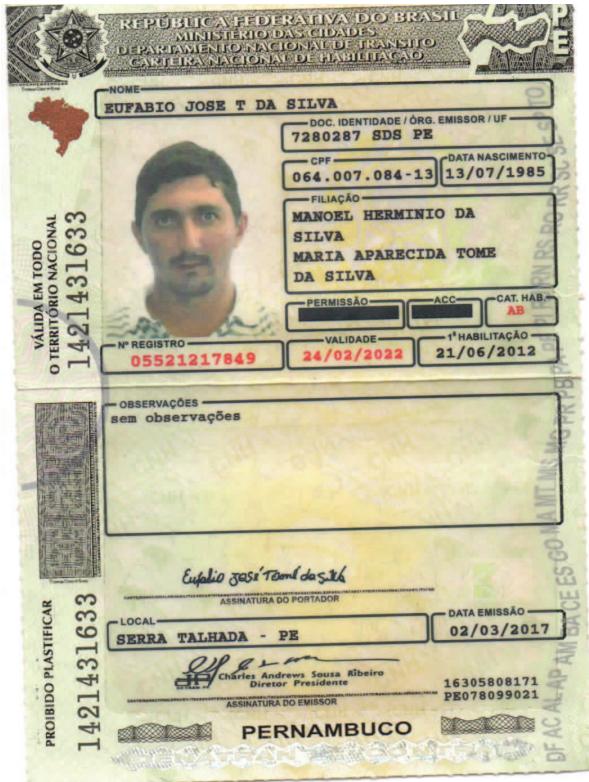
|  |                                    |                                 |                       |                |                   |          |
|--|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|----------------|-------------------|----------|
| AFOGADOS DA INGAZÉIRA                          |                                    | EXERCÍCIO                       | DATA EMISSÃO          |                |                   |          |
| VIA  | CPF / CNPJ                         | PLACA                           | 1                     | 039.626.194-96 | KMD3573           | 30/10/19 |
| RENAVAM  | MARCA / MODELO                     | 967871425                       | HONDA/CG 150 TITAN K3 |                |                   |          |
| ANO FAB.                                       | DAT TARIF.                         | 2008                            | 09                    | NR CHASSI      | 9C2KC08108R193862 |          |
| PRÉMIO TARIFÁRIO                               |                                    |                                 |                       |                |                   |          |
| FNS (R\$)                                      | DENATRAN (R\$)                     | CUSTO DO SEGURO (R\$)           |                       |                |                   |          |
| 36.05  | 4.01                               | 40.06                           |                       |                |                   |          |
| CUSTO DO BILHETE (R\$)                         | IOF (R\$)                          | TOTAL A SER PAGO SEGUARDO (R\$) |                       |                |                   |          |
| 4.15   | 0.32                               | 44.58                           |                       |                |                   |          |
| PAGAMENTO                                      |                                    | DATA DE QUITAÇÃO                |                       |                |                   |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA | <input type="checkbox"/> PARCELADO | 28/01/19                        |                       |                |                   |          |

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.608/0001-04

JUL-2019

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
FIM. NÃO PODE PÔRTE OBTIDA PORTO





Assinado eletronicamente por: GABRIELA RODRIGUES TERTO - 30/06/2020 09:57:15  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006300957154400000062788080>  
Número do documento: 2006300957154400000062788080

Num. 63968046 - Pág. 1

5.209

ENF LETTO

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM**  
**FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR**

Registro N° 96.140  
Data 02/10/2019  
Hora 8:10

|  |   |                               |
|--|---|-------------------------------|
| PACIENTE   | Nome: <u>Xaione Tavares Rodrigues</u>             | Categoria: _____              |
|  | Sexo: <u>F</u> Idade: <u>17</u> Cor: <u>Clara</u> | Estado Civil: <u>SOLTEIRA</u> |
| RESPONSÁVEL  | Naturalidade: <u>FLORES</u>                       | Profissão: <u>AGRICULTORA</u> |
|  | Endereço: <u>Sítio Matalotagem</u>                |                               |
| Pessoa de Quem Depende: <u>GLENE RODRIGUES dos SANTOS</u> Parentesco: <u>Mãe</u><br>Endereço: _____  |   |                               |
| Internado por Ordem de _____<br>Ass. Médico - CRM _____  |   |                               |
| Confira: <u>Conferido</u> _____<br>10.583.920/0910-24<br>HOSPITAL DO TRATAMENTO MARCIAL<br>Av. Manoel Virgílio, S/N - KM 01<br>PE 320 - CEP 56.800-000<br>Afogados da Ingazeira - PE |   |                               |
| <input type="checkbox"/> Clínico <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgico <input type="checkbox"/> Hora do Atendimento Médico   |   |                               |
| Pressão Arterial _____ MX _____ MN. _____  |   |                               |
| Temperatura _____ °C _____ Peso _____  |   |                               |
| Queixa Principal <u>Pode ver de cima de cima, mal vê de cima, pôr corrente de mão para este lado só vê de lado, só vê de cima</u>  |   |                               |
| História da Doença Atual<br><u>ferimento contuso, vermelho, no lado direito, vê de lado, vê de cima</u>  |   |                               |
| <u>U. 10</u>   |   |                               |
| <small>Med. 01/03/2024</small><br><small>Assinatura do(a) profissional de saúde: 10/03/2024</small>  |   |                               |



## EXAME FÍSICO

Inspeção:

folhetos, hérinx sprazit  
frente com coluna

Palpação:

Ascrecia de perfusão periférica

Ausculta:

Hipótese Diagnóstica:

fratura exposta do hérinx  
Diffz com lesão vascular

Alta

Curado

Melhorando

Inalterado

Piorado

Óbito

Transferido para

### Condições de Alta

Tempo de Permanência Hospitalar \_\_\_\_\_ dias

Óbito em \_\_\_\_\_

Motivo:

Hora \_\_\_\_\_

Decisão Médica \_\_\_\_\_

+ 48 Horas \_\_\_\_\_

Alta Pedida \_\_\_\_\_

- 48 Horas \_\_\_\_\_

Transferência \_\_\_\_\_

Indisciplina \_\_\_\_\_

Diagnóstico definido

Fratura exposta do hérinx (C)

Tratamento

Reabilitação de lesão de ombro

Diagnóstico anátomo-Paratológico

10.583.920/0010-24  
HOSPITAL DO TRAUMA  
Av. Manoel Virgílio, S/N - KM 01  
PE-120 - CEP 56.800-000  
Alegados da Ingazeira - PE

Data

02/10/15

Ass. do Médico - CRM  
e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma

Dr. André Pinto Peixoto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 18426



|  |  |  |   |  |  |   |  |  |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|
|  <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde                              |  |  |  Ministério da Saúde |  |  |  Secretaria de Saúde de Pernambuco |  |  |
| <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>  |  |  |   |  |  |   |  |  |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  |  |  | 2 - CNES  |  |  |   |  |  |
| E.R.C.   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE   |  |  | 4 - CNES  |  |  |   |  |  |
| <b>Identificação do Paciente</b>   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| 5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS)   |  |  | 6 - SIS PRENATAL  |  |  | 7 - SENHA/REGULAÇÃO   |  |  |
| 709704000812690  |  |  |   |  |  |   |  |  |
| 8 - N.º DO PRONTUÁRIO  |  |  |   |  |  |   |  |  |
| 9 - NOME DO PACIENTE   |  |  | 10 - DATA DE NASCIMENTO   |  |  | 11 - SEXO   |  |  |
| XAYANE TAVARES RODRIGUES   |  |  | 08/10/2002  |  |  | Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input checked="" type="checkbox"/>   |  |  |
| 12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  |  |  | 13 - N.º DO TELEFONE DE CONTATO   |  |  |   |  |  |
| GLENÉ RODRIGUES DOS SANTOS   |  |  | DDD   |  |  | N.º DO TELEFONE   |  |  |
| 14 - ENDEREÇO (RUA, N.º BAIRRO)  |  |  | 16 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO  |  |  | 17 - UF   |  |  |
| Sítio Mata Lata Geam   |  |  | 16 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO  |  |  | 18 - CEP  |  |  |
| 15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA   |  |  | 16 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO  |  |  | 17 - UF   |  |  |
| FLORES   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| femele extenso e belus<br>da flt Expondo<br>Confira em <i>anexo</i> <i>anexo</i><br>10.583.920/0010-24   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| <b>20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b>   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| RX<br>Av. Manoel Vitorino, 500<br>PE 370 - CEP 56.800-000<br>Afogados da Ingazeira - PE  |  |  |   |  |  |   |  |  |
| <b>21 - DIAGNÓSTICO INICIAL</b><br>femele extenso ob belus da flt Expondo  |  |  | <b>22 - CID 10 PRINCIPAL</b><br>10/6592   |  |  |   |  |  |
| <b>23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIO</b><br>femele circula  |  |  | <b>24 - CID 10 SECUNDÁRIO</b><br>25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS  |  |  |   |  |  |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b><br>Objetivo   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| <b>26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b><br>Objetivo   |  |  | <b>27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b><br>041018101510121014  |  |  |   |  |  |
| <b>28 - CLÍNICA</b><br>I   |  |  | <b>29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO</b><br>I  |  |  |   |  |  |
| <b>30 - DOCUMENTO</b><br>( ) CNS   |  |  | <b>31 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b><br>( ) CPF                 |  |  |   |  |  |
| <b>32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b><br>Nápoli Lusia  |  |  | <b>33 - DATA DA SOLICITAÇÃO</b><br>08/10/19   |  |  |   |  |  |
| <b>34 - ASSINATURA E CÁRIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)</b><br><i>Nápoli Lusia</i>  |  |  |   |  |  |   |  |  |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>  |  |  |   |  |  |   |  |  |
| <b>35 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO</b><br>( )  |  |  | <b>38 - CNPJ DA SEGURADORA</b><br>_____   |  |  | <b>39 - N.º DO BILHETE</b><br>_____   |  |  |
| <b>36 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</b><br>( )  |  |  |   |  |  |   |  |  |
| <b>37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</b><br>( )   |  |  | <b>41 - CNPJ DA EMPRESA</b><br>_____  |  |  | <b>42 - CNAE DA EMPRESA</b><br>_____  |  |  |
| <b>44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA</b><br>( ) EMPREGO    ( ) EMPREGADOR    ( ) AUTÔNOMO    ( ) DESEMPREGADO    ( ) APOSENTADO    ( ) NÃO SEGURADO |  |  |   |  |  |   |  |  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| <b>45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO</b><br>_____   |  |  | <b>46 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR</b><br>_____   |  |  | <b>51 - N.º DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b><br>261910495488-4   |  |  |
| <b>47 - DOCUMENTO</b><br>( ) CNS    ( ) CPF  |  |  | <b>48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO</b><br>_____                               |  |  |   |  |  |
| <b>49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO</b><br>/ / /   |  |  | <b>50 - ASSINATURA E CÁRIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)</b><br>_____                               |  |  |   |  |  |

LA'GRÁFICA (87) 9635-7820



**UNIDADE**

10.583.920/0010-24  
 CAPITAL DO TRICENTENÁRIO  
 KM 01  
 110.580-000  
 Av. Manoel Vilela, 1200  
 15.320 - CEP 00.000-000  
 Afogados da Ingazeira

**Laudo de Cirurgia****Nome do Paciente**

Xayane Tavares Rodrigues

**N.º do Registro****Data Admissão**

03/10

**Nome do Procedimento Cirúrgico**

Ressecção de Cisto do Apendice

**Descrição do ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)**

| Data     | Início | Término | Duração | Gazes | Compr. | Drenos |
|----------|--------|---------|---------|-------|--------|--------|
| 21/10/19 |        |         |         |       |        |        |

1) Preparo e Dossel aberto para exposição

2) Assepsia, Assepsia e preparo de campo operatório

3) Visualização de Cisto de Apendice

4) Ressecção de ressecção de Cisto de Apendice

5) Colagem do Sutura de apêndice e lento Vomito

6) Feche as sardas

7) Sutura profunda

8) Cerrado

Dr. André Peixoto  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM PE 18426

**1º Auxiliar****2º Auxiliar**

Cirurgião: Dr. André Peixoto  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM PE 18426

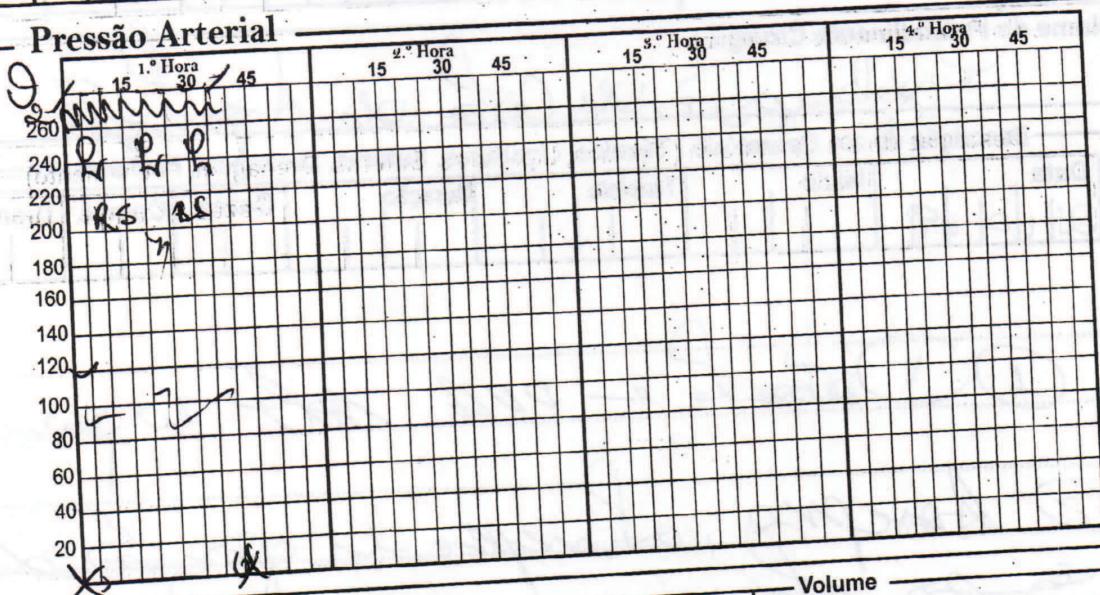
Lançamento 1071

# Laudo de Cirurgia

Região ICB obitual

| Data     | Início | Término | Duração |
|----------|--------|---------|---------|
| 01/20/19 | 21:50  | 22:22   |         |

## Pressão Arterial



| Tipo de Anestesia   | Agente | Volume |
|---------------------|--------|--------|
| Ranque L3-L4 opilio | metacg | 15ml   |
| in 2a venelio       | esofg  | 10ml   |
| maxil               | deox   | 10     |
|                     | cefl   | 021    |
|                     | duan   | 021    |
|                     | fehif  | 100    |

## Medicamentos Utilizados na Sala e Outras Observações

| Hora | Medicamento | Volume |
|------|-------------|--------|
|      | depure      | 001    |
|      | shunap      | 10ml   |
|      | 2.000       | 10     |
|      | maisol      | 010    |

Confere 10.583/2020/0010/24  
HOSPITAL DO IRICENTRO  
Av. Mapeavipona, 500 - KM 0  
PE - 58020-000 - Afogados da Ingazeira - PE

Anestesista



## QUESITOS – PERÍCIA

**PARTE AUTORA: XAYANE TAVARES RODRIGUES**

Queira o Sr. Perito esclarecer, de acordo com a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, introduzida pela Lei 11.945/2009, os seguintes QUESITOS:

- 1 – Em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, **houve Lesões Torácicas e/ou Cervical? e Lesões no Membro Superior Direito?**
- 2 – Em caso positivo, a Lesão ou as Lesões são **Temporárias ou Permanentes?** 3 – No caso de ser permanente, a Lesão é **Total ou Parcial?**
- 4 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é **Completa ou Incompleta?**
- 5 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é **Intensa, Média, Leve ou Residual?**
  
- 6 – **Independente do quesito exposto no item “1”, em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve algum outro tipo Lesão?**
- 7 – Em caso positivo, **qual tipo de Lesão ocorreu?**
- 8 – Em caso de ter havido Lesão, ela é **temporária ou permanente?** 9 – No caso de ser permanente, a Lesão é **Total ou Parcial?**
- 10 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é **Completa ou Incompleta?**
- 11 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é **Intensa, Média, Leve ou Residual?**





Assinado eletronicamente por: GABRIELA RODRIGUES TERTO - 30/06/2020 10:00:35  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063010003578100000062788100>  
Número do documento: 20063010003578100000062788100

Num. 63968068 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: GABRIELA RODRIGUES TERTO - 30/06/2020 10:00:35  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063010003578100000062788100>  
Número do documento: 20063010003578100000062788100

Num. 63968068 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: GABRIELA RODRIGUES TERTO - 30/06/2020 10:00:35  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063010003578100000062788100>  
Número do documento: 20063010003578100000062788100

Num. 63968068 - Pág. 3

- b)** Seja determinada a citação do Réu, pelo Correio, nos termos do art. 247 do CPC, para, querendo, conteste a presente ação, sob pena de confissão e revelia, a teor do art. 344 do Código de Processo Civil;
- c)** Ao final, seja julgada **PROCEDENTE** a ação, para condenar o Réu ao pagamento complementar da indenização devida pelo Seguro Obrigatório DPVAT, apurado através da Perícia Judicial (art. 324, § 1º, II, CPC), acrescido de correção monetária desde a ocorrência do evento danoso e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês a partir da citação, tudo com arrimo na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores e súmula 426 STJ;
- d)** Requer, ainda, seja o Réu condenado ao pagamento das custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios, de modo a assegurar a dignidade do profissional, na forma do art. 85 do Código de Processo Civil.

## **V – DAS PROVAS (PROVA PERICIAL)**

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, a documental, testemunhal e, especialmente **realização de perícia médica para verificação das lesões/traumas sofridos pela parte Autoria e a respectiva repercussão (grau), em decorrência do referido acidente de trânsito, na forma do art. 3º, II, § 1º, I, da Lei nº 6.194/74**, o que desde já fica requerido, devendo os **QUESITOS** em anexo serem respondidos pelo perito nomeado por esse Juízo, sob pena de nulidade, **nos termos do artigo 369 do Código de Processo Civil**.

## **VI – DO VALOR DA CAUSA**

**Atribui-se a causa, o valor de  
R\$1.000,00(mil reais).**

**NESTES TERMOS,  
PEDE E ESPERA DEFERIMENTO.**

**Serra Talhada/PE, 26 de junho de 2020.**

**GABRIELA RODRIGUES TERTO OAB**

**48.379**

