

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

NESTOR SILVA, brasileiro, solteiro, ajudante de cozinha, portador do RG n.º 3645443 SSP/PE e do CPF n.º 780.118.094-15, residente e domiciliado na 1ª Travessa Friburgo n.º 101, Sapucaia de dentro, Olinda/PE. Cep. 53.280-261.

OUTORGADOS: Bel. **ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE 1292-A, CPF n.º 917.578.194-87, e-mail: adsonadv@hotmail.com; e Bela. **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS**, brasileira, divorciada, portadora do RG n.º 7.742.986 SSP/PE e do CPF n.º 884.647.684-00, e-mail: wradvogadosjp@hotmail.com, com escritório profissional na Avenida Joaquim Nabuco, n.º 200, Timbó, Abreu e Lima/PE.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**, até final decisão, inclusive cumprimento de sentença, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, receber alvará junto à Serventia Judicial expedido em seu nome, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

CLAUSULA CONTRATUAL: Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos na base de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente instrumento.

Abreu e Lima/PE, 23 de Janeiro de 2019.

Outorgante: .



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NESTOR SILVA, brasileiro, solteiro, ajudante de cozinha, portador do RG n.º 3645443 SSP/PE e do CPF n.º 780.118.094-15, residente e domiciliado na 1ª Travessa Friburgo n.º 101, Sapucaia de dentro, Olinda/PE. Cep. 53.280-261. Declaro para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CÍVEL DA COMARCA DO RECIFE, ESTADO DE PERNAMBUCO**, nos termos do Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por não ter condições financeiras de suportar as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu sustento e de sua família, principalmente para ingressar com a presente **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso a presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Abreu e Lima/PE, 23 de Janeiro de 2019.

Declarante:

Nestor Silva



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
873303999

13303999

BRIG PLASTIFICAR

NOME
REITOR SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
3645443 SEP PE

CPF
780.118.094-15

DATA NASCIMENTO
10/08/1971

FILIAÇÃO
NÃO DECLARADO

MARIA DAS DORES DA
SILVA

PERMISSÃO
ACQ. CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03344263559

VALIDADE
23/04/2019

HABILITAÇÃO
30/07/2004

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINADO ELETRONICAMENTE
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OLINDA - PE

DATA EMISSÃO
23/04/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
61761510016
PE059373679

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE NESTOR SILVA CPF: 780.118.094-15	DATA DE VENCIMENTO 25/07/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 11/07/2018	CONTA CONTRATO 004007593371
	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,60	DATA DA APRESENTAÇÃO 18/07/2018	Nº DO CLIENTE 2002681724
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA TV 1 FRIBURGO 101 SAPUCAIA/OLINDA 53280-261 OLINDA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		Nº DA INSTALAÇÃO 0002118635
RESERVADO AO FISCO 0ECE.31A5.AAC3.2061.9080.F01E.F02E.B0CD			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	1,00	0,55016877	0,55
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,05
TOTAL DA FATURA			0,60

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
0,00		0,00	0,60	0,92	0,00	0,60	4,28

TARIFAS APLICADAS				HISTÓRICO DO CONSUMO			
Consumo Ativo(kWh)	0,52156000	JUL 18	1	JUN 18	0	MAI 18	0
		ABR 18	0	MAR 18	0	FEV 18	0
		JAN 18	0	DEZ 17	0	NOV 17	0
		OUT 17	0	SET 17	0	AGO 17	0
		JUL 17	0				

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido Dt Reav Valor Vencido Dt Reav Valor

13/08/12 04/09/12 37,16 13/06/12 03/08/12 37,10

11/07/12 20/07/12 37,16 14/05/12 03/08/12 37,16

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000000070494426	CAT	27/06/2018	0,00	10/07/2018	1,00	13	1,00000	0,00	1,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 27/07/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mai/2018					
DIC-No. de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
FIC-No. de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,00	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico		Limite DICRI: 0,00			
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 0,27					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

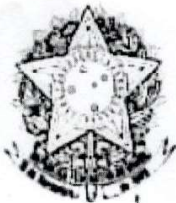
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! boas informatica: av presidente kennedy 1637 loja c peixinho / supermercado arco-iris: estrada do caenga 120 aguas compridasLista completa em www.celpe.com.br." Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, a, 2.1, do RICMS-PE. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.	NÍVEIS DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202 231</td> </tr> </table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO MÁXIMO	220	202 231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)						
	MÍNIMO MÁXIMO						
220	202 231						

DESTAQUE AQUI <table border="1"> <tr> <th>CONTA CONTRATO</th> <th>MÊS/ANO</th> <th>TOTAL A PAGAR(R\$)</th> <th>VENCIMENTO</th> </tr> <tr> <td>004007593371</td> <td>07/2018</td> <td>0,60</td> <td>25/07/2018</td> </tr> </table>	CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	004007593371	07/2018	0,60	25/07/2018	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO						
004007593371	07/2018	0,60	25/07/2018						

83840000006 006000110042 007593371108 206006803832



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Continuação

MINISTÉRIO DO TRABALHO

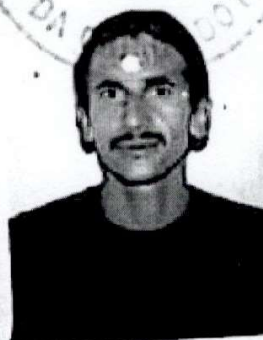
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Numero

47.540 00033

Series



Never said

ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Name _____

Loc. Name.

Filiação

Doc. n°

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em

Doc. Ident. n°

Exp. cm.

Estado

Obs.

Data Emission

DRT

Assinatura do Funcionário

10. Admission - 1000



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **21.939.995/0001-30**CGC/MF **KMP PIZZARIA LTDA - EPP**Rua **Rua Comandante, Nº 82**Município **Tamarineira - CEP: 53051-020**Esp. do estabelecimento **RECIFE - PE**Cargo **Aux. de cozinha**CBO nº **5122-05**Data admissão **01** de **fev** de **2015**Registro nº **22** Fls./FichaRemuneração especificada **R\$ 300,00 (trezentos****e dez reais) p/mês****Ata de com. Costa**

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Patricia Regina Pereira da Costa1ª **CPF: 767.699.784-12**Data saída **de 19****KMP PIZZARIA LTDA - EPP****Patricia Costa**

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª **CPF: 767.699.784-12**Com. Dispensa CD Nº **vide pág 47**

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CGC/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

CBO nº

Data admissão de de 19

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada

.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2ª

Data saída de de 19

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2ª

Com. Dispensa CD Nº



0435800168
0435808148

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS -
DP25ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0115005287**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/11/2018** às
11:00

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 10/11/2018 no período da Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SAPUCAIA (BAIRRO), 1 - Bairro:
SAPUCAIA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
NESTOR SILVA (VITIMA)**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**NESTOR SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA Data
de Nascimento: 10/8/1971 Naturalidade: OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE AGUAZINHA (BAIRRO), 101, RUA - FRIBURGO - CEP: 66000-000 -
Bairro: AGUAZINHA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ELEMENTO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade:
OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE AGUAZINHA (BAIRRO), 1 - CEP: 66000-000 - Bairro: AGUAZINHA -
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

COLISÃO DE (MOTOS) (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(s): NESTOR SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido:
Não
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Complemento / Observação

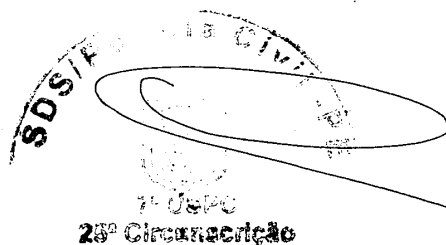
A VITIMA O SR. NESTOR SILVA RG 3.845.443 -SDS VEM INFORMAR QUE SOFREU UMA COLISÃO QUANDO TRAFEGAVA NA RUA - PETROPOLIS , AGUAZINHA -OLINDA , PE.NO DIA , 10/11/2018 POR VOLTA DAS , 08,06HS. APROXIMADAMENTE , SEGUNDO O MESMO ESTAVA EM UMA MOTO HONDA - FAN CG 160 ESI , ANO 2011 /2012 - PLACA PEF -3251 COM OUTRA MOTO NÃO IDENTIFICADA , DIZ AINDA QUE FICOU DESACORDADO E FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA UPA DA PE -15 ONDE FOI ATENDIDO COM O PROTUARIO N.1377494 AS 09,07HS. APROXIMADAMENTE . PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS CABIVEIS .

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

NESTOR SILVA
(VITIMA)

Nestor Silva

B.O. registrado por: ADILSON ANANIAS DA SILVA - Matrícula: 1586904



15/11/2018 10:55





PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGÊNCIA/SAMU

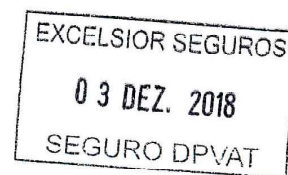


D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos para os devidos fins, que o Sr. **NESTOR SILVA**, portador do RG. de nº 3.645-443. – SSP-PE, CPF-780.118.094-15, foi socorrido pelo Serviço Móvel de Urgência / SAMU 192 Olinda, Nº ocorrência S-550779, no dia 10/11/2018, aproximadamente as 08:05h, na Rua Petrópolis - Aguazinha - Olinda-PE, via pública causas externas, acidente de trânsito, colisão (moto x moto). Encaminhado para UPA Olinda.

Olinda, 28 de novembro de 2018.


Rosilene M. Monte Gomes
Téc. Administrativo
SAMU 192 Olinda
T. 25.724-49 M. Gomes
T. adm./SAMU 192 – Olinda



Avenida Santos Dumont, N.º 177 – Varadouro Olinda - PE CEP: 53.010-230.
E-mail: samu.olinda@hotmail.com
Fone: 81 – 3439-6523



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 10/11/2018 09:12

	Nome Paciente:	HESTOR SILVA
	Cód. Paciente:	144601
	Data de Nascimento:	10/08/1971
	Sexo:	Masculino
	Idade:	47
	Senha:	0092
	Convênio:	2 - SUS - PRONTO ATENDIMENTO
	Atendimento:	1377494 
SAME:		

Período: 10/11/2018 09:15 - 10/11/2018 09:17

HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**

Cor:  VERMELHO

Queixa Principal: TRAZIDO PELO SAMU COM HISTOARIA DE ACIDENTE DE MOTO MOTO, REFERE DOR EM MIE E MSE, PICO HIPERTENSIVO

Observação: ALERGIA NG
HAS -
DM -

Fluxograma sintoma: ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS - ADULTO

Discriminador(es): - PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA $\geq$ 110 MMHG SINTOMÁTICO;
- PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA $\geq$ 180 MMHG SINTOMÁTICO;

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - P.A. DIASTOLICA: 160.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 240.00 MMHG

Acolhido(a) por: HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/11/2018 11:12

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 05/02/2019 15:53:47

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020515534763700000040212274>

Número do documento: 19020515534763700000040212274

Num. 40806833 - Pág. 1

Atendimento: 1377494

Data e Hora: 10/11/2018 09:17

Senha da Classificação:

0092

Paciente: 144601 NESTOR SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 10/08/1971 Idade: 47 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA

Nome do Pai: NAO DECLARADO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: RUA CLARICE

101

Bairro: AGUAZINHA

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53270180

Usuário Atendimento: LUANNAAMO

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 81-85406659

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente vítima de queda de moto, com
dor em punho e tornozelo.
sem outras queixas.

Exame Físico

ferimento em Mão (E).

EXCELSIOR SEGUROS
03-DEZ. 2018
SEGURO DPVAT

Hipótese Diagnóstico

Fratura de Base do 5º Metacarpo (E).

Conduta Terapêutica

Sala de Sutura Limpar ferimento

Prescrição Médica

Sala Amarela.

FATO

Tala Lixa c/ 4º e 5º dedos. (Messa da 9ª Extensão)

1) Dieta Livre

2) Dipirona 1g - 12h. EV, 6/6h

3) Clotapronto 100mg - 12h + SF, EV, 8/8h 3m. 17:00

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: HMA

Senha: 5553295

Carimbo/Médico



1377494

IMOBILIZAC

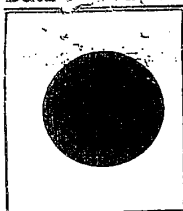


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 10/11/2018 17:49



Nome Paciente: NESTOR SILVA
Cód. Paciente: 64892
Data de Nascimento: 10/08/1971
Sexo: Masculino
Idade: 47
Senha: 0022
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 452433
SAME: 56098

Período: 10/11/2018 18:13 - 10/11/2018 18:20

PAULA FABIANA SILVA ANDRADE - COREN: 297613 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTO HOJE PELA MANHÃ (COLISÃO MOTO X MOTO) OCACIONANDO EM FX DE 5° MTC-E. NEGA: INGESTA DE BEBIDA ALCOOLICA, SÍNCOPE VOMITO, DM, HAS OU ALERGIAS. RELATA USO DE CAPACETE

Observação:

UPA OLINDA, SENHA:

Programa sintoma:

TRAUMA

Eliminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- SACR - REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 75.00 BPM
- GLICOSE: 93.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.30 °C

REVISADO
NEPI HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não ()

Local

COREN 297613/DF

FATURADO
22/11/18
Reine Marques

Acolhido(a) por: PAULA FABIANA SILVA ANDRADE - COREN: 297613 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/11/2018 18:20

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 452433

Data e Hora: 10/11/2018 17:52

Senha da Classificação:

0022

Paciente: 64892 NESTOR SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 10/08/1971 Idade: 47 anos

Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA

Nome do Pai: NAO INFORMADO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA FRIBUSO

101

Bairro: SAPUCAIA

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: EVAMSA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

18:30

Queixa Principal

Dor no joelho direito há 8 horas após
agredimento com objeto contundente no joelho direito.
Nega outras lesões.

Exame Físico

REC, LATE, antebraço direito. 5º DDE.
MSE: Dor no joelho direito de 4º e 5º DDE.
Exame físico positivo para edema no joelho direito.
5º DDE (E).

Hipótese Diagnóstico

Ex. fechada da base do 5º MTC (E).

Prescrição Médica

1. Dipsirona 2g TAD IV Agora 19800 vana
2. Curativo
3. Tala gessada e MSE pegando 4º e 5º DDE
4. Alta para ambulatório em 15 dias
sob orientação de Dr. Antonio Drenow

Dr. Icaro Milton de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 26560

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: (☒) Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para:

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação





HOSPITAL
MIGUEL ARRAS



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Matos Silva Registro: 64-842
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
26/11/18	# 10114 (A) Tratamento conservador de Fx Base da 5ª QDD (10/11/18) Ficando o dente ortado, exposto, sem dor CD: Fx de dente base com extensão da 5ª QDD para 1ª LUNA. M.E.O. Retorno em 15 dias Rx Art. cerv.
	Dr. Igor Alencar Médico CRM-PE 26.446
10/12/18	# 010101 # 10114. IMTC (E) A. - dente base conservado para CD: Fx de dente base com extensão da 5ª QDD para 1ª LUNA. M.E.O.
	Francisco Couto CRM 13246 - TEOT 7447 Traumato Ortopedia



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
MV2000 - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Diagnóstico de Atendimento

Página: 1 / 1
Emitido por: ADRIANABP
Em: 10/11/2018 20:28

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 452433 Prontuário: 64892 SAME: 56098 Hora Atend: 17:52 Data Atend: 10/11/2018
Paciente.....: NESTOR SILVA Idade: 47 a
Endereço.....: RUA FRIBUSO
Bairro.....: SAPUCAIA
Cidade.....: OLINDA
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA UF.: PE CEP: 53280280
CID Principal.....: - Plano.: PLANO UNICO
CID's Secundários.:
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída.....: 10/11/2018 Hora Saída : 19:42

Prestador da Evolução Médica:

PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5553395

IDENTIFICAÇÃO

Idade: 47

Nome do Paciente: _____

RG: 144601 - NESTOR SILVA

Fone: _____

Sexo: M () F () Profissão: _____

Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA

1377494 10/08/1971

Bairro: _____

Endereço Residencial: _____

Cidade: Olinda

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

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

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Ferimento Mão + Dor após Queda

Hipótese Diagnóstica: Fratura 5º Metacarpo

AValiação CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50

≤ 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160

< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



EXAME REUROLÓGICO

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

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

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

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibióticoterapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade: _____
FIO2: _____
Reanimação Cardiorpulmonar: S () N ()
RX: S () N () Analgesia: S () N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Condutas: _____
Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Fratura Base 5º metacarpo

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: HMA
Médico Regulador: _____ Hora: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

11 NOV 2018

Local e data

Dr. Rodrigo F. de A. Damasceno
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25.524

Médico Assistente

RECEITUÁRIO

Lampo medico

Paciente Nestor Iken, 47
anos, vem em acompa-
namento ambulatorial neste
serviço por conta de
tratamento conservador de
fratura da tíbia do 5º
dedo do 3º membro superior.

Paciente segue em regime
de Atividade Fisioterapêutica e
em processo de consolidação
de fratura.

CID = S62.2

26/11/18

Dr. Igor Alcenor
Médico
CRM-PE 26.446

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



SINISTRO 3180566961 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** NESTOR SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA

EXCELSIOR DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO NESTOR SILVA**CPF/CNPJ:** 78011809415**Posição em 02-02-2019 17:28:37**

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180566961

Vítima: NESTOR SILVA

Data do Acidente: 10/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), NESTOR SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0198501896 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13783339





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
Seção A da 33ª Vara Cível da Capital

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA
JOANA BEZERRA, RECIFE - PE - CEP: 50080-800 - F:(81) 31810494

Processo nº **0006362-20.2019.8.17.2001**

AUTOR: NESTOR SILVA

RÉU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

D E S P A C H O

Fundada no art. 98 do CPC e em virtude da declaração do(a) autor(a) de que não está em condição de arcar com as custas e despesas do processo sem prejuízo de sua subsistência e de sua família, **defiro o benefício do acesso gratuito ao juízo**, ficando desde já o(a) requerente ciente de que se dentro de cinco anos, a contar do trânsito em julgado da sentença final, a sua condição financeira lhe permitir o pagamento das custas, estas deverão ser pagas, nos termos do §3º do referido dispositivo legal.

Designo audiência de conciliação (art. 334 do CPC) para o dia 09/04/2019, às 14:00h, a ser realizada na Central de Audiências localizada no 5º andar, ala norte, do Fórum Rodolfo Aureliano, nesta capital.

Cite-se, advertindo a parte demandada de que o prazo para apresentar contestação respeitará o disposto no art. 335 do CPC.

Considerando que nas ações de cobrança de seguro obrigatório DPVAT, o juiz, para assegurar o êxito da audiência de conciliação de que trata o art. 334 do CPC, pode antecipar, com fundamento no art. 381, inciso II, do CPC, a perícia médica para comprovar o grau de invalidez da parte autora, **determino, de logo, a realização de perícia traumatológica por ocasião da referida audiência, a fim de ser apurada a extensão das lesões indicadas na exordial.**



Diante da ausência de vagas para perícia pela Gerência Médica da DS/TJPE, **nomeio como perito médico Dr. HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES, CRM/PE 16636, ortopedista, fones: (81) 30483652/999267288.**

Providencie, a Diretoria Cível, a intimação do *expert* por telefone, para comunicar se aceita o presente encargo com honorário fixado em R\$ 300,00 (trezentos reais).

Esclareço que os honorários periciais deverão ser suportados pela(s) ré(s) no prazo máximo de 15 (quinze) dias da realização da perícia.

Deverão as partes, no prazo de 15 (quinze) dias de sua intimação desta decisão, querendo, alegar suspeição ou impedimento do perito, apresentar quesitos e indicar assistentes técnicos, com a ressalva de que a perícia será realizada tendo por base o formulário específico elaborado pelo Setor de Mutirões desta Comarca para aplicação nas lides que tratam da regulação do seguro DPVAT, que será enviado ao *expert*.

Intime-se a parte autora por advogado e por carta com AR, ficando esta advertida que, em caso de ausência injustificada, restará configurada a preclusão da produção da prova pericial.

Advirtam-se ambas as partes quanto ao disposto no art. 334, §§ 8º e 9º, do CPC.

Cumpra-se.

Recife, 12 de fevereiro de 2019.

Karina Albuquerque Aragão de Amorim

Juíza de Direito

