



Advocacia e Consultoria

Advogados: Dr. Djalma - Dr. Eula - Dr. Erivelton - Dr. Leandro Bonfim - Dr. Leandro Elias

05
8

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Roberto José de Oliveira
Estado civil: Casado profissão: autônomo
CPF: 049.598.554-60 RG: 6.672.412 SD5
Domiciliado(a) na: R. do Canal n: 17, PIS NC Nucleo 11,
Marxangano, Petrolina/Pe CEP: 56.353.700
E-mail: _____ fones: _____

OUTORGADO: LEANDRO ELIAS DOS SANTOS, brasileiro, maior, casado portador do RG nº 11397671 27 SSP BA, e do CPF nº 038.080.394-18, inscrito na OAB-PE sobre o n.º 38.958, com endereço profissional, Rua Dom Pedro I, nº 183, João XXIII, Juazeiro- BA, onde recebe intimações e documentos processuais de estilo, com **PODERES**. Da cláusula "Ad Judicia" e "Et Extra", e os que mais se fizeram necessários à promoção da defesa de seus direitos e interesses do outorgante em qualquer instância ou tribunal, repartições públicas e privadas em geral, frente a processos Administrativos ou Judiciais, para assim também representar o outorgante, nas ações e atos em que esta figure como autor(a) ou réu, ou requerente bem como requerer as medidas cabíveis ao caso, como poderes especiais para receber valores em dinheiro, dar quitação, transigir, acordar, desistir, oferecer representações, firmar compromissos, receber e endossar cheque nominativo, recorrer, inclusive substabelecer o presente mandato, ainda podendo requer e receber documentos, e, de maneira especial, promover, exclusivamente, **ACÃO JUDICIAL DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, bem como, podendo propor as ações conexas e/ou consequente desta pelo que firma o presente instrumento particular de mandato, para que surta seus jurídicos efeitos, ficando desde já autorizados os advogados a efetuarem ordem de pagamento bancário em favor do outorgante, para quitação da causa, em caso de êxito ou acordo, servindo o eventual recibo bancário como comprovante de quitação da obrigação dos advogados, dando por bom, firme e valiosos, todos os atos praticados no cumprimento deste mandato.

Caso seja designada audiência de conciliação que trata o art. 334 do CPC, desde já constituo representante com poderes para negociar e transigir, conforme determina o § 10 do mesmo artigo, na pessoa de:

CPF: _____, RG _____

Petrolina, 24 de Novembro de 2016.

Outorgante: X Roberto José de Oliveira



2/06



top

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 118
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
 Ouvidoria 0800 282 5599
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA LEONICE DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 066.237.034-11

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DO CANAL 17

PISNC NUCLEO 11/MASSANGANO
56353-700 PETROLINA PE

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

DATA DE VENCIMENTO
16/06/2016

TOTAL A PAGAR (R\$)
119,87

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
09/06/2016

DATA DA APRESENTAÇÃO
09/06/2016

NÚMERO DA NOTA FISCAL
000998392

CONTA CONTRATO
001949139014

Nº DO CLIENTE
2002733331

Nº DA INSTALAÇÃO
0002576425

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

FISCO
F03D.C43B.EFF7.8DB3.1460.C88E.EF74.64CE

DESCRICÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)	172,00	0,63009	108,37
Contribuição Iluminação Pública			7,58
ICMS Subvenção-CDE-NF 000991818-08/04/16			0,90
Multa por atraso-NF 000840824 - 10/05/16			2,24
Juros por atraso-NF 000840824 - 10/05/16			0,76

[illegible]

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
108,37	25,00	27,09	108,37	0,88	0,95	108,37	4,12	4,46

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Aditivo(W/h)	0,44106000		
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$	%	
Geração de Energia	40,18	37,99	
Transmissão	1,49	1,37	
Distribuição (Cabo)	23,44	21,83	
Encargos Setoriais	10,76	9,92	
Tributos	32,50	29,99	
TOTAL	108,37	100	
JUN 16	120,00	110,00	172
MAI 16	120,00	110,00	200
ABR 16	120,00	110,00	190
MAR 16	120,00	110,00	203
FEV 16	120,00	110,00	164
JAN 16	120,00	110,00	161
DEZ 15	120,00	110,00	231
NOV 15	120,00	110,00	212
OUT 15	120,00	110,00	168
SET 15	120,00	110,00	169
AGO 15	120,00	110,00	163
JUL 15	120,00	110,00	149
JUN 15	120,00	110,00	169

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
L58673	CAT	10/05/2016	23.189,00	09/06/2016	23.361,00	30	1,00000	0,00	172,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/07/2016

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
abr/2016					
DIC-No. de horas sem Energia	MASSANGANO II	0,00	6,27	12,54	25,08
DIC-No. de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,71	0,00	0,00
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
EUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 36,21					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR1 a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Pagamento em atraso gera: Multa 2%(Res. 414/ANEEL-09/0910) e Juros 1%(a.m.) (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 38.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001949139014	06/2016	119,87	16/06/2016	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em futuras itas

838000000017 198700110019 949139014101 043746832633



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

09
2

SINISTRO 3160413256 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ROBERIO JOSE DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO ROBERIO JOSE DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 04959855460

Posição em 24-11-2016 11:44:32

Pedido de indenização cancelado. Para mais informações procure a seguradora responsável pelo processo.

10
8



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA - DP214ªCIRC
DINTER2/26ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0304000081**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/01/2016** às **12:35**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **18/8/2015** às **08:10**

Fato ocorrido no endereço: ZONA RURAL DE PETROLINA, 428, ESTRADA
ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: LOCAL INDETERMINADO / DESCONHECIDO



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

BODE (AUTOR/AGENTE)
ROBERIO JOSE DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ROBERIO JOSE DE OLIVEIRA

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

ROBERIO JOSE DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LEONICE DA SILVA OLIVEIRA Data de Nascimento: 14/6/1993 Naturalidade: VERDEJANTE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6672412/SDS/PE (RG), 04959856460 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 87998277802

Endereço Residencial: ZONA RURAL DE PETROLINA, PSNC NUCLEO 11 RUA DO CANAL N17 - CEP: - Bairro: - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ROBERIO JOSE DE OLIVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): ROBERIO JOSE DE OLIVEIRA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KLM5626 (PERNAMBUCO/PETROLINA) Renavam: 870516191 Chassi: 9C2JA04206R806027
Ano Fabricação/Modelo: 2005/2005 Combustível: GASOLINA

11
7

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A PESSOA DE ROBERIO JOSE DE OLIVEIRA RELATANDO QUE NA DATA CITADA TRAFEGAVA COM SUA MOTOCICLETA PELO REFERIDO ENDEREÇO QUANDO UM BODE ATRAVESSOU EM SUA FRENTE FAZENDO COM QUE ELE CAISSE. NO ACIDENTE O MESMO AFIRMA TE QUEBRADO O JOELHO. CONTA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PORÉM NÃO ESTÁ CONSEGUINDO O NÚMERO DO ATENDIMENTO. FOI LEVADO AO HUT NESTA URBE E ATENDIDO SOB O NÚMERO DE PRONTUÁRIO 60266593. FOI ENCAMINHADO AO IML E ORIENTADO A RETORNAR A ESTA DELEGACIA. SEM MAIS ENCERRO ESTE BO.

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

ROBERIO JOSE DE OLIVEIRA
(VITIMA)



B.O. registrado por: POLÍCIO FABRÍCIO RIBEIRO DA SILVA - Matrícula: 350731-9

12/8

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº **010336348670**

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO 90297043372

VIA	COD. RENAVAM	INSTR
1	870518191	*****
NOME/ENDEREÇO		
ROBERIO JOSE DE OLIVEIRA PROJETO SENHADOR NILO COELHO S/N CS/NUCLEO 11 PETROLINA PE 56300-000		
CPE/CNPJ	PLACA	
049.598.594-60	FLM5626	
NOME ANTERIOR		
PATRICH PLAUCÍDIO DOS SANTOS		
PLACA ANT/UF	CHASSI	
*****	9C2JA04206R806027	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL
PAS /MOTONETA/		GASOLINA
MARCA/MODELO		ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/BIZ 125 ES		2005 2005
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/124CL	PARTIC	VERMELHA
20144819	OBSERVAÇÕES	
SEM RESERVA		
LOCAL		
PETROLINA-PE		
DATA		
21/01/19		

Caio Mário Mello Costa Oliveira
Diretor Presidente DETRAN/PE

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

2 - CNES
6042414

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

4 - CNES
6042414

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ROBERIO JOSE DE OLIVEIRA

6 - N. DE PRONTUÁRIO
50256593

7 - CNS
706807235965424

8 - DATA DE NASCIMENTO
14/06/1983

9 - SEXO
Masc ☒ 1 Fem ☐ 3

10 - RAÇA/COR
10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
MARIA LEONICE DA SILVA OLIVEIRA

12 - TELEFONE DE CONTATO
(87) 99074092

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO
RUA DO CANAL, Número: 105 - PROJETO N-11

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
PETROLINA

17 - CÓD IBGE MUNICÍPIO
2611101

18 - UF
PE

19 - CEP
56300

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
Paciente com história de hipertensão arterial sistólica, em uso de medicação, apresentando quadro de dor torácica.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
NECESSIDADE DE TRATAMENTO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Anamnese e exame físico -

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fem. Porto

24 - CID 10 PRINCIPAL
582.2

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 C. ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Tratamento

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0408050551

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

32 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOL/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Dr. (nome)

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
17/8/15

35 - ASS. CARIMBO (N. REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N. BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ EMPRESA E C44 CBOR

44 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SEGURADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME PROF. AUTORIZADOR

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

49 - NÚMERO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF AUTORIZADOR

50 - DATA DE AUTORIZAÇÃO
20-08-15

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N. REG. CONSELHO)

52 - N. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
2015106742347

Ficha de Atendimento

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 50256593
Paciente: ROBERIO JOSE DE OLIVEIRA
Mãe: MARIA LEONICE DA SILVA OLIVEIRA
Endereço: RUA DO CANAL, Número: 105 - PROJETO N-11 - PETROLINA/PE - 56300
CNS: 706807235965424
Telefone: (87) 99074092
Doc. 8672412 Nasc.: 14/06/1983 Idade: 1
Telefone: SSP/PE DATA: 19/03/2012

Classificação de Risco / Anamnese

TRAUMA *notificado*

- ☒ Acidente de Trânsito
☒ Acidente de Trabalho
☐ PA Branca
☐ PAF
☐ Violência
☐ Outros

ESTADO GERAL

- ☐ Bom ☐ Hidratada
☐ Regular ☐ Desidratada /4+
☐ Precário ☐ Acianóticas
☐ Hipocoradas /4+
☐ Anictéricas
☐ Ictéricas

Hora de início da Triagem: _____

EXTREMIDADES

- ☐ Bem Perfundidas
☐ Mal Perfundidas

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial: _____ mmHg FC: _____ min.
T= _____ °C P= _____ bpm Freq. Resp.= _____ Rpm

PUPILAS

- ☐ Isocóricas e fotoreagentes
☐ Anisocóricas



Michelle Mendes F. *Assessora Administrativa*
HU UNIVASF EBSERH
Petrolina-PE: 219.2962

Data/Hora do Término da Triagem: _____

Dr. Gabriel Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 23200 / TEOT 14202

ANAMNESE DO MÉDICO

SAIU *PRIMEIRO TRAFEGO*
LESÃO DE ACIDENTE DE TRANSITO
FRATURA
Plano de FIBRA HA 3
12.4.2012
CD-CR2
14-9-12

Paciente: *Maria E. da S. Santos*

Saída: _____ Hora: _____

HU, preserve-o, ele também é seu.

HOSPITAL DE ENSINO
Dr. Washington Antônio de Barros
Av. José de Sá Manicoba s/nº Campus - Centro - Petrolina-PE

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: Roberto José de Oliveira

DATA DA ADMISSÃO: 18/08/15

DATA DA ALTA: 04/09/15

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (CID-10)

Fratura do Pêlo Tibial (F) - S82.1

TRATAMENTO/EVOLUÇÃO

Acute wedge Porto Unleaded com fixação
do pêlo Tibial Encurado no 3 dias. Retirar
fixação Quinco em 03/09/15, eufórico
sem alterações

ORIENTAÇÕES (PONTOS, CURATIVOS, RESTRIÇÕES)

- Curativo em Porto de saída - 2-3 dias
- Não parar! Uso de Por de suporte

ENCAMINHAMENTOS (DOMICÍLIO, AMBULATÓRIO, POLICLÍNICA, PSF)

- Retorno p/ retorno p/ Curativo em 15 dias

Petrolina, 4 / 9 de 2015

COD 15

Dr. Gabriel Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 23260 / TEOT 14208

HOSPITAL DE ENSINO
Dr. Washington Antônio de Barros
Av. José de Sá Maniçoba s/n° Campus - Centro - Petrolina-PE

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME: <i>Roberto de Almeida</i>	DN:	DATA INTERNAÇÃO:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>fractura do rádio distal</i>		DATA CIRURGIA: <i>03/09/15</i>
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <i>curado</i>		INÍCIO:
		TÉRMINO:
PROCEDIMENTO: <i>Osteotomia</i>		
CIRURGIÃO: <i>Vladimir</i>	Anestesista: <i>H. Jairo</i>	
1º Aux:	2º Aux:	
Anestesia:		

*este paciente apresenta fratura do MC e
fratura distal do rádio, MC e
fratura do rádio distal, MC e
fratura do rádio distal, MC e
fratura do rádio distal, MC e
fratura do rádio distal, MC e
fratura do rádio distal, MC e
fratura do rádio distal, MC e*

Material Especial:

HU - UNIVASF
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: *22/12/15*
Av. José de Sá Maniçoba S/N - Petrolina-PE

Dr. Vladimir A. Alves Pires
CRM-BA 13220
CRM-PE 15712

Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU - UNIVASF - CERERH
C/APE: 219.2962

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação de invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Roberto José de Oliveira

NUMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (De Próprio Punho)

DATA DO ACIDENTE:

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Roberto José de Oliveira CRM-PE 16091
Acidente 32a vítima de queda de moto com
fratura do plato humeral (E) e fratura por punção
ortopedica
correção cirurgica

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM () NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

() A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO.

1º

2º

3º

4º

5º

Plato E → 60%

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____
RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

QUE AS

Local

Data Assinatura e Carimbo

Dr. Jânio Angelo Modesto
Clinico Geral
CRM-PE 16091
CRM-BA 19207

Ficha de Atendimento

DADOS DO PACIENTE

Identificação: 50256593
Paciente: ROBERIO JOSE DE OLIVEIRA
Mãe: MARIA LEONICE DA SILVA OLIVEIRA
Endereço: RUA DO CANAL, Número: 105 - PROJETO N-11 - PETROLINA/PE - 56300
CNS: 706807235965424 Doc. 6672412 Nasc.: 14/06/1983 Idade: 32
Telefone: (87) 99074092 Telefone: SSP/PE DATA: 19/03/2019

Classificação de Risco / Anamnese

Classificação de Risco: OK Hora de início da Triage: ____ : ____

TRAUMA: Optimizado ESTADO GERAL: Sinem 183 6167 EXTREMIDADES: ____

☒ Acidente de Trânsito ☐ Bom ☐ Hidratada ☐ Bem Perfundidas
☒ Acidente de Trabalho ☐ Desidratada ____ /4+ ☐ Mal Perfundidas
☐ PA Branca ☐ Regular ☐ Acianóticas ☐
☐ PAF ☐ Cianóticas ____ /4+ ☐
☐ Violência ☐ Precário ☐ Hipocoradas ☐
☐ Outros ☐ Anictéricas ☐
☐ Ictéricas

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial: ____ MmHg FC: ____ min.
T= ____ °C P= ____ bpm Freq. Resp.= ____ Rpm

PUPILAS

☐ Isocóricas e fotoreagentes
☐ Anisocóricas

Data/Hora do Término da Triagem: ____ : ____ Enfermeiro/Coren

ANAMNESE DO MÉDICO

Presente / Fratura
Plano de FIBRA HA 3
REFRATOS DENTISTAS D. 2
CD - GPE D FOLUP C
7.2.2
Deficiente 17 - 17

Paciente: Maria Cipriano dos Santos

Saída: ____ / ____ / ____ Hora: ____

19
8



Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco

Emitido em 12/12/2016

Processo Nº 0016727-35.2016.8.17.1130 Autuado em: 12/12/2016 14:00

CLASSE CNJ CÓDIGO 20.1.01.0204	DESCRIÇÃO Procedimento ordinário
AUTOR:	
ADVOGADO	
REU:	
☐ Infância	☐ Segredo Justiça
☒ Gratuidade de Justiça	☐ Parte(s) Isenta(s)
VALOR DA CAUSA R\$ 13500.00	
ASSINATURA DISTRIBUIDOR	

1ª Via