

PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** José Diógenes dos Santos, brasileiro(a), estado civil sólteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 441.877.541-77 e portador da cédula de identidade nº 9.403.723, residente e domiciliado(a) na Rua das Raposas, nº 630, bairro de Cajazeiras, na PE cidade de Bogotá.

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

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

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

Recife, 26 de 04 de 2019

José Diógenes dos Santos  
Outorgante





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 91ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS -  
DP91 CIRC DINTER1/M4 DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 18E0181001815  
18E0181001815

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/10/2018 às  
10:31

Completa o BO Número: 18E0181001814

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)  
que aconteceu no dia 26/8/2018 às 23:00

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 1,  
RODOVIA PE 997, VILA DE CAJAZEIRAS - Bairro: ZONA RUAL DE  
BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência:  
PRÓXIMO AOS TANQUES DA EMATEP  
Local de Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR / AGENTE )  
MARIA JOSEFA BANDEIRA (OUTRO)  
JOSE SEVERINO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
MARIA JOSEFA BANDEIRA

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

JOSE SEVERINO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  
MARIA DO CARMO SANTOS Pai: SEVERINO ANTONIO DOS SANTOS Data de Nascimento:  
5/9/1988 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9408721/SDS/PE  
(RG), 11417764477 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO  
Profissão: AGRICULTOR(A)  
Endereço Residencial: BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 61, VILA DE CAJAZEIRAS -  
CEP: 5 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA JOSEFA BANDEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA  
DAVI BANDEIRA Pai: OTAVIO FIRMINO BANDEIRA Data de Nascimento: 32/4/1983  
Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6018178/SDS/PE (RG),  
05018848487 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO

de 2-

03/10/2018 10:28



Profissão: AGRICULTOR(A)

SEM AUTORIA - Nome da Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial - Telefone de Contato:

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade de(a) Sr(a): MARIA JOSEFA BANDEIRA, que estava em posse de(a) Sr(a): MARIA JOSEFA BANDEIRA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/POP 110 | Objeto apensado: NÃO  
Cor VERMELHA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PDM4739 (PERNAMBUCO/BEZERROS); Renavam: 108762696 Chassi:  
9C1JB01080RZ12743  
Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016 Combustível: GASOLINA

### Complemento / Observação

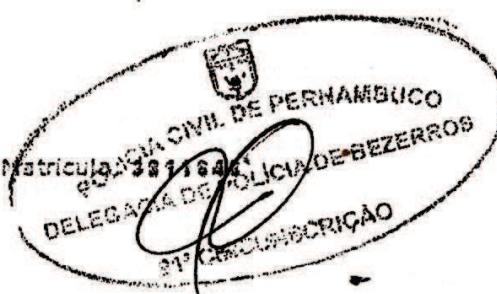
COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SENHORA MARIA JOSEFA BANDEIRA A QUAL NA QUALIDADE DE CONDUTORA E NOTICIANTE PASSOU A DECLARAR QUE NA DATA E HORARIO ACIMA DESCRITO, ELA MARIA JOSEFA CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PELA RODOVIA PE 027 TENDO COMO GARUPA A PESSOA DA VITIMA JOSE SEVERINO DOS SANTOS, ONDE NA OCASIAO AMBOS CONDUTORA E VITIMA VINHAM DE VILA DE AREIAS SENTIDO VILA DE CAJAZEIRAS, QUANDO UM ANIMAL (GACHORRO) ATRAVESSOU CORRENDO NA FRENTE DA MOTOCICLETA, MOMENTO ESTE QUE A CONDUTORA MARIA JOSEFA SE ASSUSTOU E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA CAINDO EM SEGUIDA AO CHÃO, QUE ELA CONDUTORA TEVE APENAS LEVES ESCORIAÇÕES NAS PERNAS, NÃO NECESSITANDO DE ATENDIMENTO MEDICO; QUE, A VITIMA JOSE SEVERINO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LAVADO A UNIDADE MISTA SÃO JOSE NA CIDADE DE BEZERROS- PE, CONFORME FICHA DE N°273737 ASSINADA PELO MEDICO DR. PLINIO HENRIQUE T. SIMÕES GREMEPE 24.462, EM SEGUIDA A VITIMA FORA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DOA GRESTE NA CIDADE DE GARUARU- PE CONFORME PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO MEDICO ASSINADO PELO MESMO MEDICO DR. PLINIO HENRIQUE T. SIMÕES, NADA MAIS A DECLARAR.

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

*José Severino dos Santos*  
JOSE SEVERINO DOS SANTOS  
(VITIMA)

*Maria Josefa Bandeira*  
MARIA JOSEFA BANDEIRA  
(OUTRO)

B.O. registrado por: *Clóves Morinio da Silva* - Matrícula: 3311646





PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DO SAMU



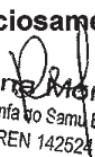
**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU BEZERROS – PE**

Declaro para os devidos fins e a quem possa interessar que o Sr. José Severino dos Santos, portador do RG: 9403721SDS/PE, Residente no Sítio Cajazeiras S/N Bezerros, número de Ocorrência: 3603, foi atendido por esta Unidade de Serviço Móvel de Urgência SAMU/Bezerros – PE, na data 26/08/2018, às 23h:40min referente a queda de Moto, local da ocorrência na PE 097, Distrito de Cajazeiras - Bezerros, o mesmo foi encaminhado a Unidade Mista São José.

Bezerros PE; 05 /09/2018

Sem mais para o momento, elevamos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

  
Regina Lolaia  
Coord. de Enf. do Samu Bezerros  
COREN 142524

**Coordenadora do SAMU/BEZERROS - PE**

Dr. Enf. Regina Lolaia  
COREN – PE Nº 142524





Prefeitura Municipal de Bezerros  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade Mista São José



### Protocolo de Encaminhamento

#### TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) SENHA 5479 514  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

Nome do Paciente: José IDENTIFICAÇÃO José S. da Silva Idade: 22  
Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: Bezerros

#### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

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: Paciente vítima de acidente de moto (aplastado)  
Via férrea (AVW) hemorragia no local sentindo dor no peito  
desconforto abdominal com vômito e náuseas (E)  
Hipótese Diagnóstica: Suspeita de fratura clavicular (E)

#### AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): 118 Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: 140x80  
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 ( ) Búlhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
Pulso: Rítmico ( ) Arrítmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
Coloração 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

22.08.12  
Dr. Plínio Henrique I. Simões  
CRM-PE 24.452 1-41



### EXAME NEUROLÓGICO

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: Isocônicas ( ) Anisocônicas ( ) Midriase ( ) Miosse ( )

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( ) Êxtase( )

#### CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S( ) N( )

Reanimação Cardiopulmonar: S( ) N( )

Imobilização Tala Gessada: S( ) N( )

RX: S( ) N( ) Analgesia: S( ) N( )

Antibioticoterapia: S( ) N( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Infusão de Fluidos : S( ) N( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Oxigêniooterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )

Volume de Fluidos Infundido: \_\_\_\_\_

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S( ) N( )

Outras Condutas: \_\_\_\_\_

Entubação Orotraqueal: S( ) N( )

Intercorrências: \_\_\_\_\_

Ventilação Mecânica: Modalidade: \_\_\_\_\_

FIO2: \_\_\_\_\_

#### MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

#### CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: \_\_\_\_\_

Médico Regulador: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Transferência com acompanhamento Médico: S( ) N( )

Local e data

Médico Assistente



Prefeitura Municipal de Bezerros  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade Mista São José



206700179807118

FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:	REGISTRO:
DATA:	24/08/18	HORA: 12:40	TELEFONE:
NOME:	JOSÉ SEVERINO DOS SANTOS		IDADE: 22
NOME DA MÃE:	MARIA DO CARMO DOS SANTOS		
DATA DE NASCIMENTO:	05/09/95	ACOMPANHANTE:	
END.:	SITIO CHAVES	BAIRRO:	N.º
CIDADE:			
SINAIS VITAIS			
PA: 110/80 mmHg	HGT: 1/8 mg/dL	T: °C	PESO: kg
Técn. Enfermagem/COREN			

#### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO

##### I – Sinais de Emergência Imediata CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- O Apnéia O Cianose O Estridor O FC<50 ou >140bpm O FR <10 ou >32 rpm
- O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulso fraco ou ausente O PCR O Sudorese
- O PAS < 80 ou >200mmhg O PAD < 40 ou > 130 mmhg HGT < 40 ou > 110 mg/dl O Convulsão no momento
- O Politraumatismo/Glasgow </= 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
- O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
- O Broncoaspiração O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

II – Sinais de urgência – Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

##### CLASSIFICAR COMO AMARELO

- O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS < 90 ou > 180mmhg O PAD < 50 ou > 110mmhg sem sintomas
- O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambulação
- O Turgor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
- O Queimaduras de 1° e 3° áreas não críticas SCQ< 10% O Vítima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
- O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Melena O Hematemese O Enterorrágia O Epistaxe
- O Acidente perfurô-cortante com material biológico O Crise asmática

III – Sem risco de morte – somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

##### CLASSIFICAR COMO VERDE

- O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
- O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
- O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O Dor de ouvido moderada a grave
- O Histórico de convulsão sem alteração do nível de consciência O Acessos O Intercorrências ortopédicas

IV – Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

##### CLASSIFICAR COMO AZUL

- O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
- O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- O Troca de curativos ou retiradas de pontos
- O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raio X. Não urgentes.
- O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
- O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

Vermelho

Amarelo

Verde

Azul

- Paciente refere acidente de moto  
- Refere dor em clavícula L

##### CLASSIFICAÇÃO

Alergias: ( ) NÃO (X) SIM, à

Paloma Sabrina  
Enfermeira

COREN-PE 423103

Assinatura da enfermeira e carimbo

ENCAMINHADO:

MENTAÇÕES

Assinatura da Assistente Social e carimbo



FICHA DE ATENDIMENTO	Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM, à	REGISTRO: 879797	
Queixas:	<p>Acidentou na metade da laringe hemorrágica e estendeu-se ao longo de 15 cm com pus espesso.</p> <p>Suspeita fratura clavicular (C)</p>		
Exame físico:	<p>Dysrhythma + AD EV Grande dor + Sustentável EV</p> <p style="text-align: right;">Dr. Plínio Henrique T. Simões CREMEPE ZA 452</p>		
H.D.:			
<b><u>CONDUTA/REAVALIAÇÃO/CONDUTA MEDICAÇÃO</u></b>			
Conduta:	<p>Oftoprofeno 100g + 100ml soro g.a.v. X kit 05:25</p> <p>Dipirona 1g + 40ml EV X kit 05:25</p> <p style="text-align: right;">Isabela Key dos Reis Técnica Enfermeira COREN/DF 110.000</p> <p>Leonardo Lima Médico CRM-PE 28076</p> <p>T: 36,7°C às 05:26 Tránsito PA: 100x80 às 06:10 001.156.644</p>		
TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
Consulta simples	Melhora	Data: / /	SIM ( ) NÃO ( )
Consulta c/ Observação	Solicitação		
Indicação (Internamento)	Transferência Indisciplina Obito	Hora: _____	DIAS: _____
Data: / /			
Hora: _____	Médico - CREMEPE (Carimbo)		



<p><b>SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO FUNDAÇÃO DE SAÚDE ANAURY DE MEDEIROS - FUSAM HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE</b></p>		<b>Usuario da Internação MARIAISC</b>															
<b>SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA</b>																	
<b>Nome:</b> JOSE SEVERINO DOS SANTOS <b>Data Nasc.:</b> 05/09/1995 <b>Idade:</b> 22 <b>CPF:</b> 11487754477 <b>RG:</b> 940371 <b>Endereço:</b> SITIO CAJAZEIRAS <b>Bairro:</b> ZONA RURAL <b>CEP:</b> 55660000 <b>Cidade:</b> BEZERROS <b>Fone:</b> 891994621		<b>Prontuário:</b> 324278 <b>Religião:</b> <b>Cor:</b> PARDA <b>CNS:</b> 706700579867118 <b>Nº:</b> 0 <b>Estado:</b> PE <b>Profissão:</b> AGRICULTOR															
<b>Clínica:</b> ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA <b>Unidade de Internação:</b> SALA VERDE <b>Diagnóstico Inicial</b> <b>(Constante do Laudo Médico):</b> _____																	
<b>Procedimento Solicitado:</b> _____		<b>Leito:</b> S VERDE 10 <b>CID:</b> _____															
<b>Procedimento Realizado:</b> _____		<b>CÓD.:</b> _____															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Méd. Laudo Ass./Carimbo</th> <th>Cirurgião Ass./Carimbo</th> <th>1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo</th> <th>Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.</th> <th>Anestesista Ass./Carimbo</th> <th>Méd. Assist. Ass./Carimbo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo						
Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo												
<p> <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS  <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI  <input checked="" type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE  <input type="checkbox"/> VACINA ANTI RH  <input type="checkbox"/> USO DE DERIVADOS DE SANGUE  <input type="checkbox"/> USO DE PRÓTESE, ORTESE  <input type="checkbox"/> USO DEFATORES DE COAGULAÇÃO  <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES  <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL       </p>																	
<b>DIAGNÓSTICO DEFINITIVO</b>																	
<b>MOTIVO DE ALTA</b>																	
<b>DATA DE INTERNAMENTO</b> 27/08/2018 14:11		<b>DATA DE ALTA</b>		<b>DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO</b>													
1 de 2																	



## SINISTRO 3180500780 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOSE SEVERINO DOS SANTOS

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial Recife-PE

**BENEFICIÁRIO** JOSE SEVERINO DOS SANTOS

**CPF/CNPJ:** 11487754477

**Posição em 26-04-2019 11:36:21**

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

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
18/04/2019	Negativa Técnica - Sem sequelas	





SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA</b>		2 - CNES <b>2427419</b>		
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
Identificação do Paciente				
1 - NOME DO PACIENTE <i>Carla Lemos de Souza</i>		6 - Nº DO PROFISSIONÁRIO <b>324278</b>		
2 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <b>101610161514P 18161712118 030955</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO 10 - RAÇA/COR Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> <b>branca</b>		
3 - NOME DA MÃE <i>Maria da Glória dos Santos</i>		9 - SEXO 12 - FONE DE CONTACTO DDD <b>81</b> N.º DO FONE		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL <i>Carla Lemos</i>		14 - FONE DE CONTACTO DDD <b>81</b> N.º DO FONE		
15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) <i>Av. Cacau Branca</i>		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <b>PI</b>		
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Belo Horizonte</i>		18 - UF <b>MG</b> 19 - CEP <b>31210-000</b>		
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente com dor abdominal e constipação</i>				
21 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO <i>Necessidade de exames</i>				
22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
24 - CID 10 PRINCIPAL <i>C00-C09</i>		25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Exame clínico</i>				
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>01B124130K</i>				
29 - CLÍNICA <i>Clínica</i>		30 - CARÁTER DA INTERNACAO <i>temporária</i>		
31 - DOCUMENTO (CNS) <input checked="" type="checkbox"/>		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>01B124130K</b>		
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>07/08/18</b>		35 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dt. <b>07/08/18</b> REGISTRO DO CONSELHO		
36 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
37 - ACIDENTE DE TRÂNSITO		38 - CNPJ DA SEGURADORA		
39 - ACIDENTE TRABALHO/EXERCÍCIO		40 - CNPJ EMPRESA		
41 - ACIDENTE TRABALHO/TRAJETO		42 - CNPJ DA EMPRESA		
43 - VÍNCULO COM A FREQUÊNCIA EMPREGADO		44 - IDADE		
( ) EMPREGADOR		( ) AUTONÔMO      ( ) DESEMPREGADO      ( ) APOSENTADO      ( ) NÃO SEGURO		
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
46 - DOCUMENTO (CNS) <input checked="" type="checkbox"/>		47 - COD. ORGÃO EMISSOR		
48 - DOCUMENTO (CNS) <input checked="" type="checkbox"/>		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				
51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES**  
**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

Unidade de Saúde:

**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste**

Nome do Paciente:

*José Serrano da Silva* Registro N°:

Clínica:

*OITOPAULIN*

Leito N°:

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

*27/10/18*

*10:00*

*Abd - O Feste abnalis org.*

*Possivel Sae complicaçao*

*Abduz*

*Hospital Regional do Agreste*

*X*



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, jose Severino dos Santos,  
brasileiro(a), estado civil solteiro,  
profissão agricultor Inscrito no CPF/MF sob o  
nº 334.877.544-77, e portador da cédula de  
identidade nº 3403721, residente e  
domiciliado(a) VL Capoeiras,  
nº 610, bairro Capoeiras,  
CEP 55660-000 na cidade de  
Capoeiras/Bogreiros/PE.

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

Recife, 26 de 04, de 2019

NOME: X Jose severino dos Santos



26/04/2019

2a Via de Fatura

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/2012  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvíndia 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

<b>DADOS DO CLIENTE</b> JOSE SEVERINO DOS SANTOS CPF: 114.877.544-77	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>02/05/2019</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 24/04/2019	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>007020949451</b>
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> VI CAJAZEIRAS 610 CAJAZEIRAS/CAJAZEIRAS 55660-000 BEZERROS PE	<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>30,55</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 24/04/2019	<b>Nº DO CLIENTE</b> 2014303877
<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS</b> Monofásico		<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 059556120	
<b>RESERVADO AO FISCO</b> <b>A0D2.0976.7ADD.8733.B5EA.EA69.D65E.B608</b>			

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19071668	5,72
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	67,00	0,32694288	21,90
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,93
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>30,55</b>
<b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>			
<b>ICMS</b>	<b>PIS</b>	<b>COFINS</b>	
<b>BASE DE CALCULO</b>	<b>%</b>	<b>VALOR DO IMPPOSTO</b>	<b>BASE DE CALCULO</b>
0,00	0,00	27,62	1,35
			0,37
			27,62
			6,21
			1,71

**Tarifas Aplicadas**

Consumo Ativo até 30 kWh	0,17629850
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,30222600

**HISTÓRICO DO CONSUMO**

Mês	Ano	kWh
ABR	19	97
MAR	19	90
FEV	19	90
JAN	19	94
DEZ	18	105
NOV	18	91
OUT	18	96
SET	18	92
AGO	18	97
JUL	18	94
JUN	18	83
MAI	18	78
ABR	18	74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
V69832	CAT	25/03/2019	17.097,00	24/04/2019	17.194,00	30	1.00000
0,00 97,00							
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/05/2019							

**DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES**

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No de horas sem Energia	Riacho das Almas	1,34	6,15	12,30	24,60
FIC-No de vezes sem Energia		1,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		1,34	3,63	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Límite DICRI: 12,22

EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 13,05

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! josenilson candido da silva: camocim de sao felix centro / m c travassos: r oslo 228 deputado jose alista completa em www.celpe.com.br."							
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. 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, 2.2.2, do RICMS-PE.							
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 27,12 .							
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.							

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO <b>007020949451</b>	MÊS/ANO <b>04/2019</b>	TOTAL A PAGAR(R\$) <b>30,55</b>	VENCIMENTO <b>02/05/2019</b>	TALÃO DE PAGAMENTO  Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838500000008 305500110077 020949451104 138889294830

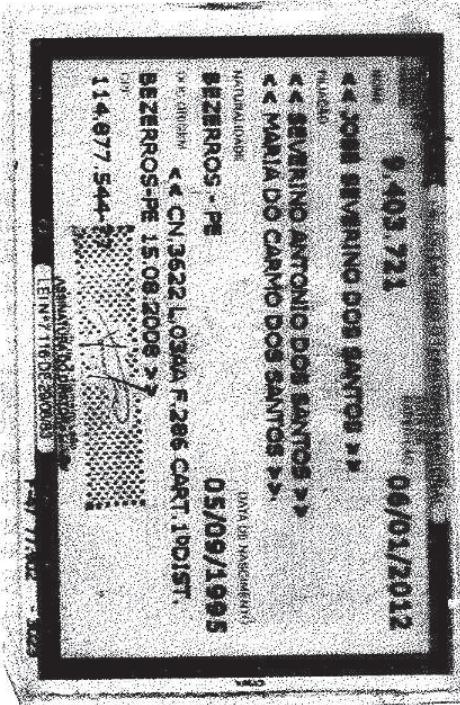
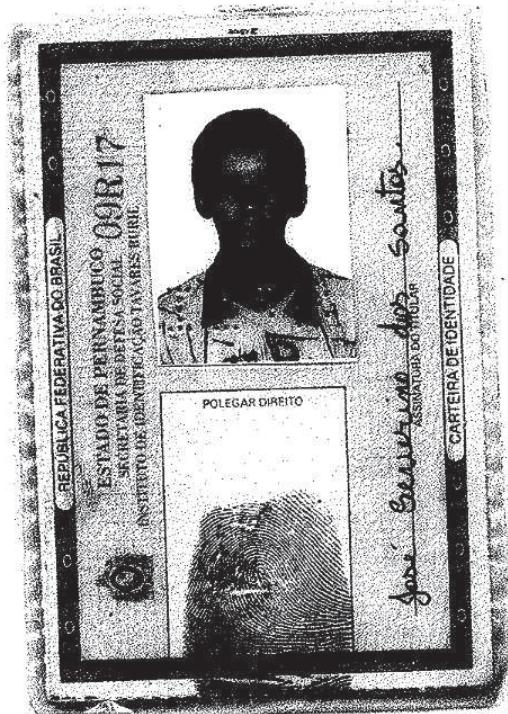


AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

1/1



Compre





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 114.877.544-77

Nome: JOSE SEVERINO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 05/09/1995

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 06/01/2012

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 16:20:13 do dia 22/10/2018 (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: 0421.C47D.48C3.C88A



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

