

**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE(S):** *Licero Pereira de Moraes, brasileiro, casado, agricultor, devidamente inscrito no CPF sob o nº 639.999.434-91 e no RG sob o nº 6539623, residente na Rua Maria das Dores Pereira, nº 729, Centro, Quixaba - PE.*

**OUTORGADOS(S):** **EDUARDO CORDEIRO DE SOUZA BARROS**, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/PE sob o número 10.642, **JOSEMBERGUES CLARISVAL DE SOUZA MELO**, brasileiro advogado, casado, inscrito na OAB/PE sob o número 21.420 e **MARCEL WAGNER ANDRADA ALVES**, brasileiro, advogado, solteiro, inscrito na OAB/PE sob o número 39.958, ambos, com endereço profissional na sociedade **BARROS & MELO ADVOGADOS**, inscrita no CNPJ nº 14.327.385/0001-00 e registrada na OAB/PE sob o nº 1.395, com endereço na Rua Enock Inácio de Oliveira, número 945, 1º andar, Nossa Senhora da Penha, CEP: 56.903-400, localizado na cidade de Serra Talhada/PE, Tel. (87) 3831-4501.

**PODERES:** O(s) Outorgante(s) nomeia(m) e constitui (em) seu(s) bastante procurador(es), a quem confere(m) poderes da cláusula "*ad judicium et extra*" para, em qualquer juízo, instância ou Tribunal, e repartições públicas em geral, para defender os seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-los nas contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os. Confere, ainda, poderes especiais para confessar, acordar, discordar, desistir, reconvir, dar e receber quitação, prestar compromisso, firmar acordos, propor execuções, embargar ou impugnar, podendo praticar o(s) outorgado(s), todos os atos judiciais e extrajudiciais de representação e defesa do(s) outorgante(s), e necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato, agindo em conjunto ou separadamente, podendo inclusive substabelecer com ou sem reserva de iguais poderes.

Serra Talhada/PE, 31 de dezembro de 2017.

*Licero Pereira de Moraes*

- Outorgante -



**DECLARAÇÃO DE POBREZA**

EU, *licença Pereira de Moraes*, brasileiro, casado, agricultor, decididamente inscrito no CPF sob o nº 639.999.434-91 e no RG sob o nº 6539623, residente na Rua Maria das Dores Pereira, nº 729, Centro, Quixadá - PE.

**DECLARO**, para fins de prova junto a este juízo, que não tenho condições financeiras para arcar com o pagamento de taxas, emolumentos, custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios, para a defesa dos meus direitos, sem sofrer prejuízo dos recursos indispensáveis ao sustento próprio e de sua família, declaração que faz sob as penas da lei e de sua própria responsabilidade, nos termos da Lei nº 1.060/1950 e artigos 98 a 102 do Código de Processo Civil de 2015.

Assim faz a presente declaração.

Serra Talhada/PE, 31 de dezembro 2017.

*Helio Bleyson Lima Ferraz*





**DADOS DO CLIENTE** HELENA MARIA DA SILVA MORAIS  
**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA** RUA MARIA DAS DORES PEREIRA 729

CPF: 044.487.294-94  
 CENTRO/QUIXABA  
 QUIXABA PE  
 56828-000

|   |  |                               |  |                |  |       |
|---|--|-------------------------------|--|----------------|--|-------|
| <b>CLASSIFICAÇÃO</b>                        |  | <b>CONTA CONTRATO</b>         |  | <b>MÊS/ANO</b> |  |       |
| B1 RESIDENCIAL<br>RESIDENCIAL<br>Monofásico |  | 2097828019                    |  | 09/2017        |  |       |
| Nº DA NOTA FISCAL                           |  | SÉRIE                         |  | EMISSÃO        |  |       |
| 001421849                                   |  | UNICA                         |  | 13/09/2017     |  |       |
| DATA DE VENCIMENTO                          |  | DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA |  |                |  |       |
| 20/09/2017                                  |  | 13/10/2017                    |  |                |  |       |
| TOTAL A PAGAR (R\$)                         |  |                               |  |                |  | 51,74 |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL    | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|-----------------------------|------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo(KWh)          | 73,0000000 | 0,67315022  | 49,13       |
| Acréscimo Bandeira AMARELA  |            |             | 0,88        |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA |            |             | 1,73        |

**TOTAL DA FATURA** 51,74

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DE FUNÇÃO | DATA ANTERIOR | LEITURA ANTERIOR | DATA ATUAL | LEITURA ATUAL | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (KWh) |
|---------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|---------------|
| V04118        | CAT            | 14-08-2017    | 9.823,00         | 13-09-2017 | 9.896,00      | 30         | 1,00000   |        | 73,00         |

| HISTÓRICO DE CONSUMO |     | INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS |       |                  | COMPOSIÇÃO DO CONSUMO   |                  |             |
|----------------------|-----|-------------------------|-------|------------------|---|------------------|-------------|
| Mês/Ano              | KWh | BASE DE CÁLCULO         | %     | VALOR DO IMPOSTO | Geração de Energia  | R\$              | 29,52%      |
| SET 17               | 73  |                         |       |                  | Transmissão   | R\$ 1,46         | 2,82%       |
| AGO 17               | 65  | 51,74                   | 25,00 | 12,93            | Distribuição (Celpe)  | R\$ 12,04        | 23,27%      |
| JUL 17               | 66  | 51,74                   | 0,64  | 0,33             | Perdas de Energia   | R\$ 3,62         | 7,00%       |
| JUN 17               | 93  | 51,74                   | 3,00  | 1,55             | Encargos Setoriais  | R\$ 4,54         | 8,77%       |
| MAI 17               | 89  |                         |       |                  | Tributos  | R\$ 14,81        | 28,82%      |
| ABR 17               | 79  |                         |       |                  | <b>Total</b>  | <b>R\$ 51,74</b> | <b>100%</b> |
| MAR 17               | 66  |                         |       |                  | <b>TARIFAS APLICADAS:</b>   |                  |             |
| FEV 17               | 67  |                         |       |                  | Consumo Ativo(KWh)  |                  | 0,48036000  |
| JAN 17               | 71  |                         |       |                  | <b>RESERVADO AO FISCO</b>   |                  |             |
| DEZ 16               | 91  |                         |       |                  | 3717.5EA1.B913.ACDD.C02A.D477.EDJ8.40A1   |                  |             |
| NOV 16               | 76  |                         |       |                  | <b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b>  |                  |             |
| OUT 16               | 66  |                         |       |                  | Não existe débitos de 2016 e anos anteriores. Esta declaração substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as declarações dos faturamentos mensais (Art. 4º, Lei 12.007/09). Esta declaração não anula o efeito de parcelamentos concluídos de dívidas em faturas em discussão judicial que poderão ser cobradas após o fim do processo judicial. |                  |             |
| SET 16               | 57  |                         |       |                  | <b>DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES</b>  |                  |             |

| CONJUNTO | VALOR APLICADO | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL | TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |
|----------|----------------|---------------|-------------------|--------------|--------------------|------------------------|
| DIC      | 0,00           | 8,03          | 12,06             | 24,12        | 220                | 202 - 238              |
| FIC      |                |               |                   |              |                    |                        |
| FUPIC    |                |               |                   |              |                    |                        |

| CONJUNTO | VALOR APLICADO | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL | TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |
|----------|----------------|---------------|-------------------|--------------|--------------------|------------------------|
| DIC      | 0,00           | 8,03          | 12,06             | 24,12        | 220                | 202 - 238              |
| FIC      |                |               |                   |              |                    |                        |
| FUPIC    |                |               |                   |              |                    |                        |





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 185ª CIRCUNSCRIÇÃO - QUIXABA -  
DP185ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0275000062

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/07/2017 às  
09:40

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 3/5/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **RUA MUNICIPIO DE QUIXABA, 001, SÍTIO MENDES-QUIXABA-PE** - Bairro: **CENTRO - QUIXABA/PERNAMBUCO /BRASIL**  
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

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

**OUTRO (AUTOR (AGENTE))**  
**LUIZ GONZAGA DA SILVA (TESTEMUNHA)**  
**JOSÉ AVELINO DA SILVA (TESTEMUNHA)**  
**CÍCERO PEREIRA DE MORAIS (VÍTIMA)**



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

**VEICULO: (Outros motivos)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CÍCERO PEREIRA DE MORAIS**

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

**CÍCERO PEREIRA DE MORAIS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARGARIDA JOAQUINA DE MORAIS Pai: LUIZ PEREIRA DE MORAIS Data de Nascimento: 3/5/1959 Naturalidade: CARNAIBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6539623/SDS/PE (RG), 63999943491 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: ANALFABETO Profissão: AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **RUA MARIA DAS DORES, 729, CENTRO-QUIXABA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**LUIZ GONZAGA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUARA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 12/4/1958 Naturalidade: PRINCESA ISABEL / PARAIBA / BRASIL Documentos: 10567847/SDS/PE (RG), 29012004191 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: ANALFABETO Profissão: AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **RUA MUNICIPIO DE QUIXABA, 001, SÍTIO TEOTONIO - CEP: 64000-000 - Bairro: CENTRO - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL**





**JOSÉ AVELINO DA SILVA** (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CARMELITA ALEXANDRINA PEREIRA** Pai: **PEDRO AVELINO DA SILVA** Data de Nascimento: **22/1/1989**  
 Naturalidade: **CARNAÍBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **15303110659 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)**  
 Endereço Residencial: **RUA MUNICIPIO DE QUIXABA, 001, RUA JOSÉ PEREIRA DOS ANJOS - 001 - CENTRO - QUIXABA-PE - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**OUTRO** - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **CÍCERO PEREIRA DE MORAIS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CÍCERO PEREIRA DE MORAIS**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**


Placa: **ECD2531** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **968383460** Chassi: **9C2KCS8108R217043**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

**Complemento / Observação**

**RELATA A VÍTIMA, SENHOR CÍCERO PEREIRA, QUE ESTAVA SE DESLOCANDO DO SÍTIO MENDESDESTE MUNICÍPIO PARA O POVOADO DE LAGOA DA CRUZ-QUIXABA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE VINDO A CAIR E QUEBRAR O ANTEBRAÇO DIREITO CONFORME BOLETIM DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES DE SERRA TALHADA. O SENHOR CÍCERO PEREIRA FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DA CIDADE DE QUIXABA-PE PARA A CIDADE DE SERRA TALHADA-PE.**

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

*Cícero Pereira de Moraes*  
**CÍCERO PEREIRA DE MORAIS**  
 (VÍTIMA)  
*Helio Bleyson Lima Ferraz*  
 (TESTEMUNHA)  
*José Avelino da Silva*  
**JOSÉ AVELINO DA SILVA**  
 (TESTEMUNHA)

*Vicente Teotônio do Nascimento*  
  
**Vicente Teotônio do Nascimento**  
 Comissário Especial de Polícia  
 Mat. 221.126-2

B.O. registrado por: **VICENTE TEOTÔNIO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **221126-2**





Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



00082

Série

64316

Número

ASSINATURA DO PORTADOR

*Cícero Pereira de Moraes*

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Cícero Pereira de Moraes*  
Loc. Nasc. *Perambulô* Data: *03.05.1959*  
Filiação *Luiz Pereira de Moraes*  
Doc. nº *Ident. nº 09384184-5 - SSP/RJ*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... Doc. Ident. nº .....  
Exp. em ..... Estado .....  
Obs. *documento Apres. C.I.P.S.*  
Data Emissão *23.04.98* DRT *P. B. Auxabô - R*  
*Marcia das Dôres de B. Corvalão*  
Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE  
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome .....  
Doc. ....  
Nome .....  
Doc. ....  
Nome .....  
Doc. ....  
Est. Civil .....  
Doc. ....  
Est. Civil .....  
Doc. ....  
Nascimento .....  
Doc. ....





CONTRATO DE TRABALHO

EMP: USINA SAO DOMINGOS ACUCAR E ALCOOL S A  
CNPJ: 47.063.128/0001-68  
END.: RODOVIA VICENTE SANCHES, KM 07  
CATANDUVA-SP 15812-025  
ESPECIE ESTABELECIMENTO: AGRO-INDUSTRIA

CARGO: RURAL (CONFORME CONTRAT.) CBO N: 63150  
ADMISSAO: 17 DE MARCO DE 2003

REGISTRO.....: 35826-35 FICHA: 13234  
REMUNERACAO...: 1.3409 POR HORA OU POR  
EMPREITA QUANTUM A APURAR

USINA SAO DOMINGOS ACUCAR E ALCOOL S

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

DATA DEMISSAO : 7/04/2003

USINA SAO DOMINGOS ACUCAR E ALC

Com. Dispensa CD Nº.....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: CARLOS ALBERTO MARTINEZ CITRUS EPP  
C.G.C.: 06.215.153/0001-32  
Endereço: RUA UBERABA, 511  
Cidade: CATANDUVA - SP  
Esp. Estab.: 01.61-6/03 - Serviço de preparação de terreno, cultivo e

Cargo: TRAB. RURAL  
CBO N.: 622565  
Admissão: 17 de agosto de 2009  
Registro: 001935 FICHA: 1035  
Salário: Por tarefa a apurar, pagamento semanal.

CARLOS ALBERTO MARTINEZ CITRUS EPP

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Data saída ..... de ..... de 19 .....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD Nº.....



**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

|   |          |
|---|----------|
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | 2 - CNES |
| HOSPITAL SÃO VICENTE                    | 2351633  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  | 4 - CNES |
| HOSPITAL SÃO VICENTE                    | 2351633  |

**Identificação do Paciente**

|                              |                                 |
|------------------------------|---------------------------------|
| NÚMERO DO DOCUMENTO          | NOME ATEND.                     |
| 639.999.434-91               |                                 |
| 5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE | 6 - SIS PRE NATAL               |
| 125641016090001              |                                 |
| 7 - SENHA/REGULAÇÃO          | 8 - N° DO PRONTUÁRIO            |
|                              | 000135535                       |
| 9 - NOME DO PACIENTE         | 10 - DATA DE NASCIMENTO         |
| CICERO PEREIRA DE MORAIS     | 03/05/1959                      |
| 11 - SEXO                    | 12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL |
| Masculino                    | MARGARIDA JOAQUINA DE MORAIS    |
| 13 - TELEFONE DE CONTATO     | 14 - ENDEREÇO (RUA N° BAIRRO)   |
| (87) 9653-9057               | MAQRIA DAS DORES                |
| 15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | 16 - COD. IBGE MUNICÍPIO        |
| QUIXABA                      | PE                              |
| 17 - UF                      | 18 - CEP                        |
| PE                           | 56828-970                       |

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO  
 Trauma do tórax em parte  
 do tórax com dor  
 e limitação funcional e deformidade  
 do peito

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de fratura do tórax

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

22 - CID 10 PRIMÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

|   |  |
|---|--|
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO     | 27 - COD. DO PROCEDIMENTO  |
| 202 - TRAUMA. MASC.01                         |  |
| 28 - CLÍNICA                                  | 29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO   |
|   |  |
| 30 - DOCUMENTO                                | 31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE |
| IX   CNS   CPF                                |  |
| 32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE | 33 - DATA DA SOLICITAÇÃO   |
|   | 13/05/2017   |

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

|  |  |                      |            |
|--|--|----------------------|------------|
| 35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO         | 38 - CNPJ DA SEGURADORA  | 39 - N° DO BILHETE   | 40 - SÉRIE |
| 36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO  | 41 - CNPJ DA EMPRESA   | 42 - CNAE DA EMPRESA | 43 - CBOR  |
| 37 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO |  |                      |            |
| 44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                             | <input type="checkbox"/> EMPREGADO   <input type="checkbox"/> EMPREGADOR   <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO   <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO   <input type="checkbox"/> APOSENTADO   <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO |                      |            |

**AUTORIZAÇÃO**

|  |   |
|--|---|
| 45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO | 46 - COD. ORGÃO EMISSOR                                 |
|  |   |
| 47 - DOCUMENTO                         | 48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR |
| I   CNS   CPF                          |   |
| 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO               | 50 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)  |
| 1 / 1                                  |   |

51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

201710478945-3  
 MOTIVO DA ALTA: 102  
 CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 02  
 DATA DA INTERNAÇÃO: 13 05 17  
 DATA DA ALTA: 16 05 17

Ho Perc. **Andrada Melo**  
 CPF: 153.472.214-15 CRM: 8804  
 Médico Autorizador  
 XI 05/17





# ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|  |   |
|--|---|
| NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br>HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA | DATA DA SOLICITAÇÃO<br>03/05/2017 20:29                         |
| MÉDICO SOLICITANTE<br>ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS   | ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)<br>CRM - 7351 |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| NOME DO PACIENTE<br>CÍCERO PEREIRA DE MORAIS                   | Nº DO PRONTUÁRIO<br>317574       |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                 | DATA DE NASCIMENTO<br>03/05/1959 |
| SEXO<br>Masculino  | TELEFONE DE CONTATO              |
| NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL<br>MARGARIDA JOAQUINA DE MORAIS     | TELEFONE DE CONTATO              |
| ENDEREÇO - RUA, Nº, BAIRRO<br>RUA MARIA DAS DORES, 729, CENTRO |                                  |
| MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA<br>QUIXABÁ                             | COD. IBGE MUNICÍPIO<br>0         |
| UF<br>PE   | CEP                              |

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|   |                   |                          |
|---|-------------------|--------------------------|
| PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br>PACIENTE COM FRATURA LUXAÇÃO PUNHO DIREITO DEVIDO ACIDENTE DE MOTO |                   |                          |
| CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO   |                   |                          |
| PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS)<br>RX                         |                   |                          |
| DIAGNÓSTICO INICIAL<br>FRATURA LUXAÇÃO PUNHO DIREITO  |                   |                          |
| CID 10 PRINCIPAL  | CID 10 SECUNDÁRIO | CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |

## SINAIS VITAIS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  |
| CLÍNICA                              | URGÊNCIA  |
| DOCUMENTO<br>(X) CNS ( ) CPF         | Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE |

## EXECUTANTE

|                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | DATA DE AUTORIZAÇÃO |
| TIPO DE LEITO                      | ESPECIALIDADE       |
| MÉDICO AUTORIZADOR                 |                     |

## AUTORIZAÇÃO

|  |                     |
|--|---------------------|
| NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                   | DATA DA SOLICITAÇÃO |
| DOCUMENTO<br>(X) CNS ( ) CPF                       | CÓD. ÓRGÃO EMISSOR  |
| Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR |                     |

## ESCLARECIMENTOS



# ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

## EVOLUÇÃO

Data/Hora      Profissional Evolução  
03/05/17 20:29    ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS  
Descrição  
Solicitação Leito

## TEMPO DE ATENDIMENTO

| Data / Hora    | Status               | Tempo utilizado | Usuário/Estabeleciment  | Observação  |
|----------------|----------------------|-----------------|---|---|
| 03/05/17 20:29 | Em digitação         | 0h:0m:44s       | ANACS/HOSPITAL<br>REGIONAL PROFESSOR<br>AGAMENON<br>MAGALHAES - S.<br>TALHADA | Solicitação armazenada.   |
| 03/05/17 20:30 | Aguardando Regulacao |                 | ANACS/HOSPITAL<br>REGIONAL PROFESSOR<br>AGAMENON<br>MAGALHAES - S.<br>TALHADA | Alterada situação da solicitação de EM<br>DIGITAÇÃO para AGUARDANDO<br>REGULAÇÃO. |

## DADOS CANCELAMENTO

## DADOS ALTA

## ASSISTIDO

| Data / Hora | Paciente Assistido | Usuário |
|-------------|--------------------|---------|
|-------------|--------------------|---------|

## DADOS REJEIÇÃO

## COMUNICAÇÃO ATIVA

## OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA





|   |                       |                                   |                           |
|---|-----------------------|-----------------------------------|---------------------------|
| Data do Atendimento: 13/05/2017                     |                       | N° Registro: 000135535            |                           |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: CICERO PEREIRA DE MORAIS |                       | 202 - TRAUMA. MASC. 02            |                           |
| Data Nascimento: 03/05/1959                         | Idade: 58             | Sexo: Masculino                   | Cor: Branca               |
| Estado Civil: Casado(a)                             | Profissão: AGRICULTOR | Naturalidade: QUIXABA             | Nacionalidade: Brasileiro |
| Filiação: Pai: LUIZ PEREIRA DE MORAIS               |                       | Mãe: MARGARIDA JOAQUINA DE MORAIS |                           |
| Endereço: RUA MAQRIA DAS DORES                      |                       | 729                               |                           |
| Bairro: Centro                                      | Cidade: QUIXABA       | Estado: PE                        | Telefone: (87) 9653-9057  |

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidente de Trânsito [ ]      Acidente de Trabalho [ ]      Outros Acidentes [ ]      Agressão [ ]

Suicídio [ ]      Casual [ ]      Outros [ ]

Nome do Acompanhante: \_\_\_\_\_ Telefone para Contato: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local da Ocorrência: \_\_\_\_\_

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

*Do e entorse frontal e punho D*

Diagnóstico Inicial *Fx / Luxação de punho D*

S.A.D.T

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico Final

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

| CONDIÇÃO DE ALTA         | MOTIVO DA ALTA     |   |
|--------------------------|--------------------|---|
| Melhorada [x]            | Decisão Médica [x] | Data do Internamento: 13/05/17<br>Data da Alta: 16/05/17<br>Local: _____<br>_____<br>Médico Responsável |
| Inalterado [ ]           | Alta a Pedido [ ]  |   |
| Piorado [ ]              | Transferência [ ]  |   |
| Óbito+48h [ ]            | Evasão [ ]         |   |
| Óbito-48h [ ]            | Indisciplina [ ]   |   |
| Óbito em: ____/____/____ |                    |   |
| Hora: _____              |                    |   |

*Dr. André Luis Paixoto*  
 Ortopedia / Traumatologia  
 CRM-PE 18626



|                     |                       |                  |            |
|---------------------|-----------------------|------------------|------------|
| Cirurgia Realizada: |                       | do Procedimento: |            |
| Data:               | Início:               | Término:         |            |
| Cirurgião: PEDRO A. | 1º Auxiliar: ANDRÉ B. | 2º Auxiliar:     | Anestesia: |

**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

- ① POTE EM. DDH
- ② ASSERSTA/ANTZSTETA
- ③ APOSTOFE CANPES ESTEPEES
- ④ REDUCAO INCRONTA RNDLOPISALD
- ⑤ FIXACAO PORCUTANEA CI TERS R
- ⑥ CURA TMO + TAW GETTAA.

*Petro Aureliano Amador de Carvalho*  
 CPF: 024.223.204-30 CRM: 16558

Assinatura do Cirurgião





# BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data: 03-05-14 Hora: 18:53 Nº: 131

Nome: Cecero Pereira de Moraes

Nascimento: 03-09-1959 Sexo: masculino Estado Civil: Casado

Escolaridade: - Profissão: Agricultor

Mãe: Margarida Paquima de Moraes

Endereço: Rua Maria das Dores 729

Bairro: Centro Município: Serra Talhada PE Fone: 3854-3262 (37)

Cartão SUS: 12564 101609 00011 RG/CPF: 6539623

Raça/Cor: Branca Preta Parda  Amarela Indígena

PA: Pulso: HGT: Temperatura: Peso:

História e Exame Físico: *doença crônica de 11 anos de evolução, com dor de frequência diária e episódios de dor + MS D + dor e supuração funcional MS D*

Tratamento: *gaba 4x10, folicloro, prednisona e analgésicos*

Hipótese Diagnóstica: *fratura de osso*

Carimbo e Assinatura: *[Assinatura]*

Destino do Paciente: Internado Residência Transferido Evasão

Removido para o hospital:

Óbito às hrs do dia

# OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data:

Hora:

Paciente:

Outras queixas:

## Exames Solicitados:

- Hemograma
- Glicose
- Uréia
- Creatinina
- Ionograma
- Leucograma
- Eritrograma

- LCR
- HIV
- VDRL
- CKMB
- Troponina
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

| Medicação | Horário | Obs: |
|-----------|---------|------|
|           |         |      |
|           |         |      |
|           |         |      |
|           |         |      |
|           |         |      |
|           |         |      |
|           |         |      |

# VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

Acidente transporte terrestre  
03.05.17





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TAVARES BURIL

10 R. 11



INSUFICIENCIA PARA ASSINAR  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6539623 DATA DE EXPEDIÇÃO 09.12.1999

NOME CÍCERO PEREIRA DE MORAIS

FILIAÇÃO Luiz Pereira de Moraes  
Margarida Joaquina de Moraes

NATALIDADE CARNAÍBA-PE DATA DE NASCIMENTO 03.05.1959

DOC ORIGEM CC.3051-L.BA05-F.122-Cartório Princesa Isabel-PE.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição

639.999.434-91

Nome  
CÍCERO PEREIRA DE MORAIS

Nascimento  
03/05/1959



**ASSOCIAÇÃO DOS BACAMARTEIROS DE CARNAÍBA**

CNPJ: 08.773.587/0001-83 - Carnaíba-PE

Cadastro no Exército Brasileiro nº 1.326-DivFPC/7

Válido até: 05 de Fevereiro de 2016

Nome: Cicero Pereira de Moraes



*Cicero Resende de Amaral*  
Cícero Resende de Amaral  
Presidente







(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

### SINISTRO 3170491531 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** CICERO PEREIRA DE MORAIS

**COBERTURA** Invalidez

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

**BENEFICIÁRIO** CICERO PEREIRA DE MORAIS

**CPF/CNPJ:** 63999943491

**Posição em 03-10-2017 08:23:05**

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

| Data do Pagamento | Valor da Indenizacao | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 27/09/2017        | R\$ 2.531,25         | R\$ 0,00         | R\$ 2.531,25 |

#### ACESSIBILIDADE

(/Pages/Acessibilidade.aspx) (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

#### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)  
 Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)  
 Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)  
 Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

#### PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)  
 Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)  
 Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

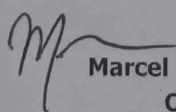


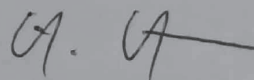


## SUBSTABELECIMENTO

**MARCEL WAGNER ANDRADA ALVES**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o número 39.958, com endereço profissional na sociedade **Melo Barros e Andrada Advogados**, inscrita no CNPJ nº 14.327.385/0001-00 e registrada na OAB/PE sob o nº 1.395, Rua 15 de Novembro, número 945, Serra Talhada/PE, CEP: 56900-000. Telefone/Fax: (087) 3831-4501, SUBSTABELECE COM RESERVA DE PODERES na pessoa de nome **HÉLIO BLEYSON LIMA FERRAZ**, brasileiro, solteiro, inscrito (a) na OAB/PE sob número 42.907, através de Instrumento Particular de mandato nos autos do processo de número Ação de cobrança de seguro obrigatório - DPVAT

Serra Talhada/PE, 30 de agosto de 2017.

  
**Marcel Wagner Andrada Alves**  
OAB/PE – 39.958



Scanned by CamScanner

