

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Pelo presente instrumento particular de mandato, **ADRIANA MARIA PEREIRA**, brasileira, solteira, desempregada, portadora da Carteira de Identidade RG nº 7.582.585/SDS-PE, inscrita no CPF/MF sob o nº 069.796.854-57, residente e domiciliado na Rua Engenho Caueiras, nº 05, Zona Rural, Aliança, Pernambuco, CEP: 55.890-000, endereço eletrônico:barbosaelopesadvogados@gmail.com, nomeia e constitui seu bastante procurador, o **Bel. GHUSTAVO DYEGO JOSÉ FERREIRA LOPES**, inscrito na OAB seccional Pernambuco sob o nº. 49.358, o Sr. **RENAN MARCOS MARINHO BARBOSA**, com endereço profissional na Rua Rio Bonito, nº 340, Vila Nova Vida, Timbaúba, Pernambuco, CEP: 55.870-000, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula **ad judicia et extra**, para em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, defender os interesses da outorgante, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-la nas contrárias, seguindo-as até decisão final, utilizando os recursos legais que se fizerem necessários e ou oportunos. Conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer a presente com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso. **Especialmente para:** propor Ação de Cobrança de Indenização Securitária DPVAT, em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

CONTRATO DE HONORÁRIOS

Pelo presente instrumento, lido e acordado por ambas as partes, fica o Outorgante/Contratante obrigado a pagar ao Outorgado/Advogado Contratado, os Honorários Advocatícios pelos serviços prestados, correspondente a R\$ 500,00 (quinhentos reais), mais 30% (trinta por cento) sobre o valor da condenação, independentemente do valor da conciliação que vier a ser efetuada após a prolação da sentença, bem como, independente de eventual condenação em honorários sucumbenciais, bem

Rua Rio Bonito, nº 340, Centro - Timbaúba/PE



como despesas e custos complementares, ficando a critério do contratado dispensá-los ou não, de acordo com sua conveniência. Solidariamente, respondem pelos compromissos assumidos, não só as partes, mas também, seus herdeiros, sucessores ou beneficiários a qualquer título, ficando o órgão jurisdicional competente, autorizado a Reter os honorários nos termos do presente contrato, na hipótese do contratante revogar os poderes outorgados neste instrumento procuratório, podendo sua retenção ser requerida nos autos para posterior saque. Os Contratantes reconhecem o presente contrato como título executivo extrajudicial.

Timbaúba (PE), 16 de julho de 2019.


ADRIANA MARIA PEREIRA

Rua Rio Bonito, nº 340, Centro - Timbaúba/PE



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

ADRIANA MARIA PEREIRA, brasileira, solteira, desempregada, portadora da Carteira de Identidade RG nº 7.582.585/SDS-PE, inscrita no CPF/MF sob o nº 069.796.854-57, residente e domiciliado na Rua Engenho Caueiras, nº 05, Zona Rural, Aliança, Pernambuco, CEP: 55.890-000, endereço eletrônico: barbosaelopesadvogados@gmail.com, vem com arrimo na Lei nº 1.060, de 05 de fevereiro de 1950, com as alterações constantes na Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983, **DECLARAR**, expressamente, seu estado de pobreza, afirmando ser pobre no sentido jurídico do termo, para os fins de obtenção dos benefícios da assistência jurídica gratuita.

O declarante afirma, ainda, estar ciente de que, em caso de falsidade da Declaração, se sujeitará às sanções civis, administrativas e criminais prevista na legislação aplicável.

Esclarece, por oportuno, que sua renda mensal constitui o estritamente necessário ao custeio de suas despesas ordinárias e de seus encargos familiares, não possuindo, no entanto, como arcar com as custas processuais e honorários advocatícios.

Timbaúba (PE), 16 de julho de 2019.


ADRIANA MARIA PEREIRA

Rua Rio Bonito, nº 340, Centro - Timbaúba/PE







Serviço de Energia Elétrica Distribuído em Tensão de Baixa
 RUA JOSÉ FERREIRA, 100000 - L. 80000 - SÃO CARLOS - SP
 Companhia Energética Paulista
 Av. João de Deus, 111 - São Carlos, Santa Catarina - CEP 88200-000
 Fone: 011-3333-3333 Fax: 011-3333-3333

COMPANHIA
 JOSÉ FERREIRA

EMPRESA DE ENERGIA ELÉTRICA
 DE SÃO CARLOS

CPF: 08.128.484/1100-007860721

ZONA RURAL ALIANÇAS RURAIS
 ALIANÇA 02

SUBSCRIÇÃO

SEMPRE PAGA
 SERVIÇO DE ENERGIA ELÉTRICA

NUMERO DE CONTADOR	102017
NUMERO DE LEITURA	16/10/2017
NUMERO DE LEITURA ANTERIOR	07/11/2017
TOTAL A PAGAR	27,48

PERÍODO DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA	VALOR
01/10/2017	30/09/2017	14,00
01/10/2017	30/09/2017	13,48

RESUMO DA FATURA

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR UNITÁRIO
Consumo Mensal de Energia	22,00000	2,176364	47,89
Consumo Mensal de Energia e 10 kWh 100 kWh	22,00000	2,000000	44,00
Autosuscrição Mensal			2,70
Autosuscrição Mensal - 100 kWh			2,00
Consumo Mensal de Energia			2,68

TOTAL DA FATURA 77,27

DESCRIÇÃO DE CARGAS DE ENERGIA ELÉTRICA

TIPO DE CARGA	VALOR	VALOR UNITÁRIO
Residência	77,27	1,00

PERÍODO DE VIGÊNCIA	VALOR	VALOR UNITÁRIO
01/10/2017	14,00	1,00
01/10/2017	13,48	1,00
01/10/2017	2,70	1,00
01/10/2017	2,00	1,00
01/10/2017	2,68	1,00

COMPANHIA ENERGIA ELÉTRICA DE SÃO CARLOS
 RUA JOSÉ FERREIRA, 100000 - L. 80000 - SÃO CARLOS - SP
 FONE: 011-3333-3333 FAX: 011-3333-3333

TIPO DE CARGA	VALOR	VALOR UNITÁRIO
Residência	77,27	1,00





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 048ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA - DP48ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0136000175**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/02/2018** às **13:27**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **11/9/2017** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CONDADO, 1 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PE 062, PROXIMO AO TREVO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANDERSON LOURENÇO DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
ADRIANA MARIA PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ADRIANA MARIA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA JOSE PEREIRA** Pai: **JOAO CARLOS PEREIRA** Data de Nascimento: **28/9/1985** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **ENGENHO CAUEIRAS, N° 05 ZONA RURAL - ALIANCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a **MUNICIPIO DE ALIANCA, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ALIANCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANDERSON LOURENÇO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: **25/9/1997** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **ADRIANA MARIA PEREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANDERSON LOURENÇO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGE (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Chassi: **9C2K08850CR585013**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE VINHA NA GARUPA DE SUA MOTO COM SEU NOIVO CONDUZINDO, TRAFEGANDO NA PE 062 NO TREVO QUE DA ACESSO A CONDADO, QUANDO AO DESVIAR DE UMA BURACO PRESENTE NA RODOVIA, VIERAM A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E AMBOS CAINDO NA PISTA, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE GOIANA ONDE A VITIMA VEIO A SOFRER UMA FRATURA NO BRAÇO

05/02/2018 13:21



ESQUERDO E EM SEGUIDA LEVADO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS , ONDE FORAM REALIZADOS PROCEDIMENTOS CIRURGICOS .

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

x Adriana Maria Pereira

**ADRIANA MARIA PEREIRA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ERIVELTON RODRIGUES DA SILVA** - Matrícula: **350827-7**

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
UNIDADE 111 DE POLÍCIA DE PERNAMBUCO
41ª DELEGACIA

05/02/2018 13:21





Nome: **ADRIANA MARIA PEREIRA** (1904400)

Admissão: 260558

Procedência: **ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)**

Enfermaria:

Leito: **LEITO 02**

Unidade de Internação: **013 - Ortopedia/Traumatologia**

Data: / /

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, **ADRIANA MARIA PEREIRA** é portador do diagnóstico:
<FRATURA PUNHO>.

(: <<S62>>

Permaneceu internado do dia 13/09/2017 a 15/09/2017, sendo submetido a tratamento ortopédico em 14/09/2017.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial.

Moreno, 15/09/2017.

Dr. Alisson F. F. Vieira
Especialista em Traumatologia
CRM-PE 61114-0001-PE 17606
15/09/2017

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - CREMEPE: 17606

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

01 - Cópia autenticada para a empresa

01 - Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 15/09/2017 às 11:28

Dr. Alisson F. F. Vieira
Especialista em Traumatologia
CRM-PE 61114-0001-PE 17606
15/09/2017

Dr. (a) **ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA**

CRM: 17606





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: ADRIANA MARIA PEREIRA (3409306)

Admissão: 20/09/17

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LÉITO 02

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: <<S82>>

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 13/09/2017, sendo submetido a tratamento ortopédico em 14/09/2017.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA PUNHO

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

ORIENTAÇÕES:

- 1- REALIZAR CURATIVOS A CADA 3 DIAS;
- 2- RETORNAR DIA ~~20/09~~ AS 07 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO

ATENÇÃO QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 55720/2008-PE 17606
SPOY 12814

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 14/09/2017 as 11:27

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM: 17606



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente
11:19

Emissão: 27/10/2017

Atendimento:	260588	Entrada:	13/09/2017	Hora:	15:59	Saída:	15/09/2017	Hora:	11:45
Plano:	SUS - ELETNAD				Matrícula:				
Responsável:					Identidade:				
Médico:	NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR				C.N.S.:	70060956330187			
Paciente:	160006 ADRIANA MARIA PEREIRA				Sexo:	FEMININO	Cor:	PARDA	
Nascimento:	25/09/1985 (32 Anos e 1 Mes)				Estado Civil:	SOLTEIRO			
Endereço:	ENGENHO CUERAS				C.P.F.:	09979885457			
Bairro:	ZONA RURAL - C.E.P. - 55890-000				Identidade:	7582585 - ODS - PE			
Cidade:	2900708 ALIANÇA				Telefone:	/ 997588170			
Pai:	JOAO CARLOS PEREIRA				G. Instrução:				
Mãe:	MARIA JOSE PEREIRA				Ocupação:	PROFESSORA			
Nacionalidade:	BRASIL				Naturalidade:	NAZARE DA MATA			

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

DESCRIÇÃO CIRURGICA (Dr. ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - CRM 17606)

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL DE ORIGEM:
DATA DA ADMISSÃO: 25/10/2017
DATA DA ALTA: <<26/10/17>>

HD: <<FRATURA RADIO DISTAL ESQ CONSOLIDADA>>

Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas algicas.

Ao exame:

EGB, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (+/+4);
FO sem sinais flogísticos.

CD:1) Alta Hospitalar + Orientações.

DESCRIÇÃO CIRURGICA (Dr. ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - CRM 17606)

DESCRIÇÃO CIRURGICA

Equipe:

Cirurgião: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - CRM : 17606

Aux 1:

Anestesiista: ADRIANA

Instrumentador: EDER

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQ (CONSOLIDADA)



Cirurgia Realizada

RETIRADA DE FIOS

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
RETIRADA DE FIOS K
CURATIVO OCLUSIVO

Materiais Promed

AVALIAÇÃO (Dr. ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA CRM 17606)

Queixa do paciente:fratura radio distal esq 45 dpo
sem qébas**Exame físico:**

fo limpa

Hipótese diagnóstica:

fratura consolidada

Prescrição/Conduta:

	Horário/Checkagem
D1 - retirada de pinos	
D2 -	
D3 -	
D4 -	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Ex:Imagem/Imobilização)

COMANDA:

AVALIAÇÃO (Dr. ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA CRM 17606)

Queixa do paciente:fratura radio distal dir 14 dpo
sem qébas**Exame físico:**

fo limpa



Hipótese diagnóstica:
fratura em consolidação

Prescrição/Conduta:

	Horário/Chirurgia
01 - curativo	
02 - ret 26/10	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem, Imobilização) **COMANDA:**

AValiação (Dr. FAGNER ALEIXO SALVADOR - CRM 17188)

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL DE ORIGEM: HOF
DATA DA ADMISSÃO: 13/09/2017
DATA DA ALTA: 15/09/2017

HO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQ

Paciente evoluindo bem no pós-operatório, sem queixas algicas.

Ao exame:

EGB, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (++)
FO sem sinais flogísticos.

CD: 1) Alta Hospitalar + Orientações.

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA (Dr. ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - CRM 17606)

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Cirurgião: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - CRM : 17606

Aux 1:

Anestesiista: TATIANA

Instrumentador: EDER

Diagnóstico Pré-Operatório



S525 - FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQ

Cirurgia Realizada

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQ

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL, SOB BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL.
ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
REDUÇÃO DE FRATURA, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL DE FORMA INDIRETA MEDIANTE
TRAÇÃO E DESVIO EM FLEXÃO DE PUNHO, MANTIDA COM 02_ FIOS DE KIRSCHNER
PERCUTÂNEOS.
USADA FLUOROSCOPIA
CURATIVO OCLUSIVO

Materiais Promed

AVALIAÇÃO (Dr. ANA LAURA AURELIANO CRM 21758)
1 DIH - FRATURA DO PUNHO ESQ

HCP

PCT SEM QUEIXAS.
EGB. CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, BPP

CD: 1) AQ CIR ELETVA

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR CRM 13240)

Queixa do paciente:

VINDA DO HCP - FRATURA DO PUNHO ES
QUEDA DA PP ALTURA HA 2 DIAS

NEGA ALERGIAS

PELE: OK

NV+

PF+

Prescrição/Conduta:

	Horário/Chegada
01 - INTERNAMENTO CIRURGICO	
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação:



Material: Utilizador: (Informagems/Inmob/Usu/01)

COMANDA:





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ARIANA MARIA PEREIRA Atendimento: 084983 Prontuário: 1040909
 Data Nasc.: 26/09/1985 Idade: 31 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: CNS: 700805956330187
 Endereço: ENGENHO CUEIRAS Cidade: ALIANÇA Nº: 0
 Bairro: ZONA RURAL Fone: 358197688170 Estado: PE
 CEP: 55600970
 Acompanhante:
 Nome da Mãe: MARIA JOSÉ PEREIRA Celular:
 Nome do Conjuge: Profissão: *Ute NERI 1910313*
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 11/09/2017 18:58 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HOA:

Trauma PUNHO @

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Fuor radio distal

Diag. Provisório:

Fuor-radio distal @

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

Interno p/ HO qualquer





HOF
Jenel: 5253817

Guia de Esclarecimento

Nome: Ajuronma Joao da Silva REGIÃO: XII GERES
Sexo: _____ Cor: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

Idade: _____ horas do dia _____ de _____ de _____

Residência atual: Av. do Juruá 4

Endereço: Av. do Juruá 4

Cidade: D. João Batista do Sul

Estado: PA de _____ de _____ de 20 _____

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura observação clínica por _____ horas nesta unidade e não houve indicação para tratamento hospitalar



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



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS


Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

11/09/2017 17:01

	Nome Paciente:	ADRIANA MARIA PEREIRA
	Cód. Paciente:	1040909
	Data de Nascimento:	26/09/1985
	Sexo:	Feminino
	Idade:	31
	Senha:	FN0053
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	654983 

11/09/2017 17:01 - MARIA DE FATIMA SOARES GUERRA - COREN: 49820 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: VERDE - POUCO URGENTE

Cor:  VERDE

Queixa Principal: QUEDA DE MOTO COM FT MSE + DOR + ESCORIAÇÃO JOELHO E

Observação:

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR LEVE RECENTE?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidoc: - REGUA DE DOR: 4

Acolhido(a) por: MARIA DE FATIMA SOARES GUERRA
Data: 11/09/2017 17:01



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: *Adriana Maria Pereira*

CLÍNICA: _____ ENF.: _____ LEITO: _____

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
------	------	----------

11/09	17h	<p>2. Jul</p> <p>Paciente admitida no C. Sul, procedente do hospital Bilaminho Cereia, no tratamento do radio distal (E), evolui em estado vel. dieta v.o. eliminação fisiológica espontânea. Depressão letúrgica.</p>
-------	-----	--

12/09	17h	<p>Evolução até 17h</p> <p>Maneja de rotina</p> <p>14 de Aug</p>
-------	-----	--

12/09	17h	<p>Serviço Social</p> <p>Campeão Eudene, Engenho Quebras Terra - rural - município Aliança Estado 992186929 / 999194880</p> <p>Orienta rotina do Hospital + ocupação</p>
-------	-----	--

13/09	14h	<p>em outro</p>
09.15		<p>Refeições no modo diet</p> <p>em jejum no estado</p> <p>relato de</p> <p>Maneja de:</p>

003-HGOF

Adriana Maria Pereira

Dr. Ricardo...



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Nº do Registro: 171ET014507 Data e Hora de Atendimento: 11/09/2017 10:36 Prontuário Local: Prontuário Integrado Local de Entrada: Emergência Traumatológica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente:		Registro SUS:	
176348 ADRIANA MARIA DA SILVA		70092938330187	
Nascimento: 26/08/1988 Idade: 31		Sexo: Feminino Cor: Parda	
Estado Cív. Substância:		Profissão: PROFESSORA Nacionalidade: NAZARE DA MATA-PE Nacionalidade: BR	
Documento de Identidade:		Filiação: JOAO CARLOS FERREIRA	
		MARIA JOSE FERREIRA	
Endereço (Av., Rua, etc.): ENGENHO D'VEIRAS, S/N			
Bairro: ZONA RURAL		Cidade: ALIANÇA	
UF: PE		Telefone: 081997988770	
Acompanhante: A MESMA		Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO	
		- Acc. Mão (Queda Colisão)	
		Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

Procedência: VIA PÚBLICA Meio de Transporte: Auto

AValiação da Enfermagem / Acolhimento

<p>Queixa principal:</p> <p>() Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse</p> <p>() Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão</p> <p>() Fadiga () Distúrbios visuais () Parestesia ou Paralisia de parte do corpo</p> <p>() Dor Local</p> <p>() Queixa urinária</p> <p>() Sangramento Local</p> <p>() Outras queixas: <i>abd. de modo: paralisia em MSE e MJE</i></p> <p>Antecedentes Múlbidos / Medicamentos</p> <p>() Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Brônquica () Alergias</p> <p>() Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcoolismo () A.V.C</p> <p>() Outros:</p> <p>() Uso de medicamentos:</p>	<p>Encaminhamentos</p> <p>() Clínica Geral</p> <p>() Pediatra</p> <p>() Cirurgião</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ortopedista</p> <p>() Serviço Social</p> <p>() Maternidade</p> <p>() Enfermagem</p> <p>() Outros:</p> <p>Classificação: <i>H04</i></p> <p><i>Sendo 5253817</i></p> <p>Inscrição Profissional Michele CRP 43112</p> <p>Ass. Enfermagem</p>
<p>Sinais Vitais</p> <p>P.A. _____ x _____ mmHg Tm _____ °C Pru _____ bpm F.R.m _____ qm</p>	
<p>Exames Diagnósticos auxiliares</p> <p>() Glicemia Capilar _____ mg/dl</p>	

AValiação Médica

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA) *abd. de modo*

Exame Físico: *peso: 59 kg*

Hipótese diagnóstica / conduta *Fratura de mão direita*

Código de Atendimento: *1 4 2 1*

CID 10: *S62.0*





FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

Definição de caso: Vítima de Acidente de Transporte Terrestre (ATT) atendida em serviço de saúde vinculada. Considera-se ATT aquele que envolve um veículo destinado, ou usado no momento do acidente, principalmente para transporte terrestre de pessoas ou mercadorias de um lugar para outro (CID-10, Cap. XX)

Data da notificação: 11/09/17

1. Unidade sentinela: H.B.C

2. Data do atendimento: 11/09/17 3. Número de registro / Prontuário: _____

4. Nome de registro (civil): Adriana Maria da Silva 5. Nome social (de identificação): _____

6. Nome da mãe: Maria José Pereira 7. Telefone: _____ 8. UF residência: _____

9. Município de residência: Piancó 10. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino 99. Ignorado

11. Gênero: 1. Cis 2. Transsexual Masc. 3. Transsexual Fem. 4. Travesti 99. Ignorado

12. Idade: 31 1. Cis 2. Mãe 3. Avô

14. Raça/Cor: 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 99. Ignorado

15. Ocupação relacionada ao setor de transporte: 1. Sim 2. Não se aplica 99. Ignorado

16. Natureza da ocupação relacionada ao setor de transporte:

1. Motorista de carro de passeio 2. Motorista de táxi 3. Motorista de ônibus / similar 4. Motorista de caminhão 5. Motorista ("MotoBoy") 6. Condutor de veículo de tração animal 7. Condutor de veículo a pedais 8. Motorista 99. Não se aplica 99. Ignorado

17. Ocupação não relacionada ao setor de transporte (especificar): _____

18. Meio de locomoção da vítima ao chegar na unidade sentinela:

1. Veículo particular 2. Viatura policial 3. SAMU 4. Resgate / Bombeiro 5. Ambulância 6. Gotivo 7. A pé 8. Outros 99. Ignorado

19. Condição da vítima ao chegar na unidade sentinela:

1. Consciente 2. Inconsciente 3. Morto 99. Ignorado

20. Data do acidente: 11/09/17 21. Hora do acidente: 10:20 22. Zona de ocorrência: 1. Urbana 2. Rural 99. Ignorado

23. Município de ocorrência: Flexeiras

24. Logradouro (Rua, Avenida, Travessa, Km da Br. etc.): _____ 25. Nº: _____

26. Bairro: _____ 27. Ponto de referência: Próx. à MAX Feasagus

28. Tipo de vítima: 1. Condutor 2. Pedestre 3. Passageiro 4. Pessoa confundida em local inadequado 99. Ignorado

29. Meio de locomoção da vítima no momento do acidente: 1. A pé 2. Automóvel 3. Bicicleta 4. Motocicleta 5. Veículo pesado 6. Ônibus / similar 7. Veículo de tração animal / Animal montado 8. Ambulância / SAMU / Resgate 99. Ignorado

30. Natureza do acidente: 1. Colisão / Abaloamento 2. Atropelamento 3. Torção / Capotamento 4. Queda em ldo. veículo 5. Choque com objeto fixo 6. Outros 99. Ignorado



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DETAMA - PE Nº 013137679108
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

472092277 ***** 2013

ADRIANA MARIA FERREIRA

ALIANÇA-PE

083.783.234-27 2004708

***** 40XK001A0CR183010

PREV. MOTOCICLETA ALCOBACON

RENDA/MENSAL BRAS 00 0013 7000

0013 00 40XK001A0CR183010

TRVA 2013 QUITADO *****

SEGURO FACC

SEM RESERVA

[Handwritten Signature]

ALIANÇA-PE 18/05/13

Charles Anderson Souza Ribeiro
Secretário de Administração - DETRAN/PE

PE Nº 013137679108 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ADRIANA MARIA FERREIRA

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 000 0000

ALIANÇA-PE 2013 18-05-13

083.783.234-27 2004708

472092277 ***** 2013

0013 00 40XK001A0CR183010

PRÊMIO TARPADO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
DPV 18 20 00000000

DETAMA E SEGURO O BILHETE DPVAT,
PE Nº 013137679108





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (0800 0211304 ou 0800 0211306) (ativo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) em rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome completo da Vítima	CNPJ da Vítima	Data do acidente
Adriana Maria Pereira	069.796.85857	11/09/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA	
Nome completo do Representante Legal	CNPJ do Representante Legal
E-mail	Telefone (DDD)
<p>Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:</p> <p>Assinar uma das opções abaixo:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou</p> <p><input type="checkbox"/> O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT, ou</p> <p><input type="checkbox"/> O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência maltrata peritos com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.</p> <p>Com o objetivo de permitir o exame de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise de minha documentação sem a apresentação de laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em ser submetido à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e afirmação do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.</p> <p>Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.</p>	

Tombato 03 de fevereiro de 18
Lúcio de T. P.

x Adriana Maria Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

WSL0267





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exceto para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 9 a 13 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal preencherá e assinará o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou AIL: CPF do Vítimo: **069.796.854-57** Nome completo do vítima: **Adriana Maria Pereira**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Adriana Maria Pereira		CPF titular do seguro	069.796.854-57	Profissão	autônoma
Endereço	Eg Loureiros		Nome	S	Estado	PE
Bairro	Zona rural	Cidade	Ilhéus		CEP	55890-000
E-mail			(81) 9.93156329		(81) 9.92223503	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RENDIDO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 1.000,00
 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00 R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRABESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)
 CONTA ECONOMICA FEDERAL (100)

AGÊNCIA (informar dígito de controle) **CONTA** (informar dígito de controle) **5**

CONTA CORRENTE (Somente os bancos)
BANCO **AGÊNCIA** **CONTA**

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizado a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Tomberto OS de Fevereiro de 18
Local e Data

Adriana Maria Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SAPM 000 0000/001



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Adriana Maria Pereira
 nacionalidade brasileira estado civil solteira profissão Autônoma
 portador (a) da cédula de identidade RG n° 7.582.585
069.296.854-57 inscrita no CPF sob o n° 046.196
 residente à rua 66 Pauços n° 5 bairro São Rusal
 cidade Alora estado Paraná CEP 55870-000
 nomeia e constitui seu procurador o senhor: RENAN MARCOS MARINHO BARBOSA, brasileiro, solteiro, Acadêmico em Direito, portador da cédula de identidade RG n° 8.298.537 - SDS/PE, inscrito no CPF sob o n° 089.160.924-50, com endereço profissional à Av. Nilo Peçanha, n° 240-A, centro, CEP 55870-000 - Timbaúba - PE.

PODERES: Específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documento junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal e Estadual, Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Pagamento do Sinistro DPVAT, transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto às seguradoras do Seguro DPVAT, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez Permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas - Hospitalares.



Serviço Notarial e Registral de Timbaúba - PE
 INSTITUTO DE CURAS E PROTEÇÃO DE DEFICIENTES
 Rua: José Rodrigues Aguiar de Lima - Substância
 Selo digital: 819078/23062018010209

Assinado por ASSISTENTE e Firmado por ADRIANA MARIA PEREIRA
 em 30/10/2018 às 14:00:00 - IP: 190.723.222.111
 Endereço: Av. Nilo Peçanha, nº 240 - A, Centro - Timbaúba - PE
 CEP: 55870-000 - Fone: (81) 99746-7503/99315-6329 - E-mail: assessoria_mc@hotmail.com
 Facebook: [facebook.com/assessoriamc](https://www.facebook.com/assessoriamc)
 CNPJ: 23.334.419/0001-85

Local e data: Timbaúba 30/10/18



Adriana Maria Pereira

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Av. Nilo Peçanha, n° 240 - A, Centro - Timbaúba - CEP 55870-000 - PE.
 Fone: (81) 99746-7503/99315-6329 - E-mail: assessoria_mc@hotmail.com
 Facebook: [facebook.com/assessoriamc](https://www.facebook.com/assessoriamc)
 CNPJ: 23.334.419/0001-85





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0021204 ou 0800 221208 (ativo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão regulador pelo controle e fiscalização das atividades de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e classificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 8.137/90.

Pelo exposto, eu Renan Marcos M. Barbosa, inscrito (a) no CPF nº 059.160.924, 50
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Adriana Maria Pereira, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 069.796.551-37, do sinistro de DPVAT cobertura incalculável da Vítima
Adriana Maria Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme
determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão _____ Renda _____ e apresento os documentos comprobatórios.

Recusa Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Av Nilo Peçanha</u>	Número	<u>240A</u>	Complemento	<u>Resca</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>PE</u>	CEP	<u>55870-000</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
		<u>(81) 9.9246.753</u>		<u>(81) 9.9315.6329</u>	

Tombado de Fevereiro de 08
Local e Data

Renan Marcos M. Barbosa
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO V08L/05L7





celpe Pernambuco

CONTA DE CREDITO DE ENERGIA ELÉTRICA

CONSUMIDOR: 1502/2018

PERÍODO DE FATURAMENTO: 15/02/2018

VALOR TOTAL DA FATURA: 97,81

Descrição	Valor	Valor em Dígitos	Valor em Letras
Taxa de Energia	85,00	85,00	85 e 00/100
Taxa de Distribuição	10,00	10,00	10 e 00/100
Taxa de Transmissão	2,81	2,81	2 e 81/100
TOTAL DA FATURA	97,81	97,81	97 e 81/100

DESCRIÇÃO DO CONSUMO:

Período	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
01/01/18
02/01/18
03/01/18
04/01/18
05/01/18
06/01/18
07/01/18
08/01/18
09/01/18
10/01/18
11/01/18
12/01/18
01/02/18
02/02/18
03/02/18
04/02/18
05/02/18
06/02/18
07/02/18
08/02/18
09/02/18
10/02/18
11/02/18
12/02/18
13/02/18
14/02/18
15/02/18

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

FORMAS DE PAGAMENTO:

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

VALIDADE DA FATURA: 15/02/2018

VALOR TOTAL DA FATURA: 97,81

NUMERO DE FATURA: 8381000000-0 87810011000-6 2025-8420110-0 11242875783-3



SINISTRO 3180105821 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ADRIANA MARIA PEREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ADRIANA MARIA PEREIRA

CPF/CNPJ: 06979685457

Posição em 23-03-2018 09:38:45

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/03/2018	RS 1.687,50	RS 0,00	RS 1.687,50

