

Tel: 9.8790-9451

VHS

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Thiago Henrique Silva de Jesus, brasileiro, solteiro, autônomo, portador da Cédula de Identidade sob o nº 8014685 /SDS-PE inscrito no CPF/MF sob o nº 110.500.444-95, residente e domiciliado na Rua Rua Manoel Salú de Souza, 214B, Camagibe - PE - CEP 54774050. ESTAÇÃO NOVA

**OUTORGADO:** **RODRIGO ALVES DIAS**, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 23.351, **JAIME MARÇAL DANTAS FILHO**, brasileiro, casado, Advogado, devidamente inscrito na OAB-PE sob o nº. 33.947 todos com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n. 330, Sala 102, Recife - PE, CEP 50750-630 e o Acadêmico em Direito e **EDUARDO PORTO DANTAS**, brasileiro, solteiro, de RG 6.260894 SDS/PE e CPF/MF 111.509.564-10.

**PODERES:** Pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-juditia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber intimação, notificação, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, como também realizar levantamento de alvará judicial de pagamento em seu nome, cheques administrativos e realizar acompanhamento também na esfera administrativa, podendo agir em Juízo ou fora dele, perante todos entes públicos Municipais, Estaduais e/ou Federais, e ainda perante quaisquer Instituições financeiras, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, em fim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste Mandado.

### CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos os contratantes, fica convencionado que o Outorgante, ora contratante, pagará ao Advogado ora contratado honorários advocatícios **no percentual de 30% (trinta) por cento**, sobre quaisquer valores percebidos pelo contratante, seja em complemento positivo, RPV e/ou Precatório, ou Alvará. Ficando o MM. Juiz autorizado a reter os honorários advocatícios na condenação nos termos estipulados neste contrato.

Recife, 13 de Junho de 2018.

\* Thiago Henrique Silva de Jesus  
AUTOR(A)



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Thiago Henrique Silva de Jesus, brasileiro (a), solteiro(a), inscrito (a) no CPF/MF nº 110.500.444-95, residente e domiciliado (a) à Endereço com CEP; declaro sob as penas da lei que não tenho condições de arcar com custas processuais, bem como quaisquer custos adicionais sem prejuízo do meu sustento e de minha família, para tanto requeiro os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da lei 1060/50.

Camuragibe 13 de Junho de 2018.

\*THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

- RG 8014 685.





0012-

Autenticação digitalizada

ASL-113733416  
Juliana.luna.0007  
18/06/2018 09:11:12

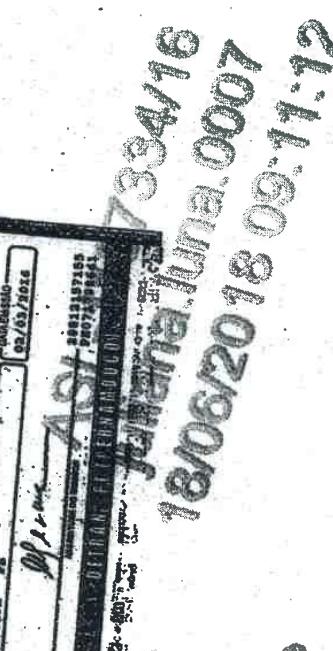
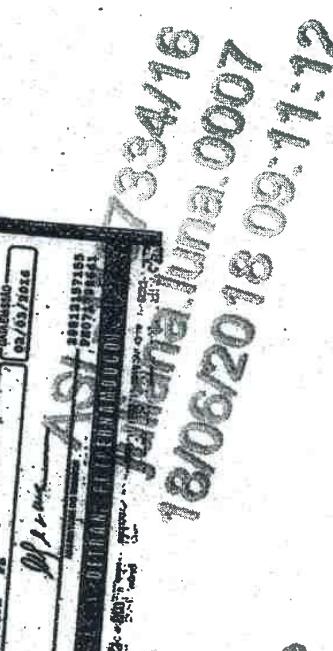
ASL-113733416  
Juliana.luna.0007  
18/06/2018 09:11:12

ASL-113733416  
Juliana.luna.0007  
18/06/2018 09:11:12



ASL-113733416  
Juliana.luna.0007  
18/06/2018 09:11:12

ASL-113733416  
Juliana.luna.0007  
18/06/2018 09:11:12



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 30/05/2019 17:24:12

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19053017241212200000045287990>

Número do documento: 19053017241212200000045287990

Num. 45986505 - Pág. 3

ASL-1137334/16  
juliana.luna.0007  
18/06/2018 09:11:12

ASL-1137334/16  
juliana.luna.0007  
18/06/2018 09:11:12



ASL-1137334/16  
juliana.luna.0007  
18/06/2018 09:11:12

ASL-1137334/16  
juliana.luna.0007  
18/06/2018 09:11:12



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
01 NOV 2016  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5  
Graciosa - Recife / PE

JUL  
18/06/2018 09:11:12



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 30/05/2019 17:24:12

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19053017241212200000045287990>

Número do documento: 19053017241212200000045287990

Num. 45986505 - Pág. 4



Seguradora

**LÍDER**

Administradora do Seguro DPVAT



BRASIL

CC  
RS  
8 -  
AGF

THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS  
RUA MANOEL SALU DE SOUZA, 214 B  
ESTAÇÃO NOVA  
CEP 54774050 - CAMARAGIBE - PE



JO985125860BR

Saiba + [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregarlos em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará a Seguradora Líder dos Consorcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

**DPVAT - Como Requerer**

Administradora do Seguro DPVAT  
**LÍDER**  
Seguradora



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 30/05/2019 17:24:12

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19053017241212200000045287990>

Número do documento: 19053017241212200000045287990

Num. 45986505 - Pág. 5

  
**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 079ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAMANDARÉ - DP79º CIRCO  
 DINTER1/13º DESEC

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT**  
**CONTEUDO NAO VERIFICADO**

01 NOV 2016

**Gente Seguradora S/A**  
 Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5  
 Grécia - Recife / PE



### BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 15E0169000468

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/10/2015** às **16:54**

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **8/8/2015** às **10:12**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE RECIFE (BAIRRO), 1, CAIS JOSE MARIANO** - Bairro: **DO RECIFE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE AO NUMERO 539**  
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANTONIO FERREIRA LIMA ( AUTOR ) AGENTE  
 THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS  
 VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO FERREIRA LIMA

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

**THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSELMA RITA DA SILVA** Pai: **CELSO JOSE ,EDEIROS** Data de Nascimento: **24/11/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8014695/SDS/PE (RG), 11050044495 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **VENDEDOR(A)**  
 Endereço Residencial: **RUA CEARA, 214, ALBERTO MAIA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ANTONIO FERREIRA LIMA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **N D** Pai: **N D** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**  
 Endereço Residencial: **AVENIDA CONSELHEIRO ROSA E SILVA, 2075, APTº 402 - CEP: 52050020 - Bairro: AFLITOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Detalhes/Observações: **VEICULO EM NOME DE ANTONIO FERREIRA LIMA END. AVENIDA CONSELHEIRO ROSA E SILVA, 2075**

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

**VEICULO 1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLN4440** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **93991856** Chassi: **9C2JC30708R065636**  
 Descrição: **FAN**



**VEICULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO FERREIRA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO FERREIRA LIMA**  
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/HYUNDAI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: Não  
 Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGP0798** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **589867830** Chassi: **9BHBH51DREP16775**  
 Descrição: **HB20 1.6A PREMI**

#### Complemento / Observação

**COMPARECEU O SR. THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS, RELATA O MESMO QUE NO DIA 08 DE AGOSTO DO CORRENTE ANO, QUANDO O MESMO ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTO HONDA PELA RUA DR. JOSE MARIANO, NAS IMEDIAÇÕES DA MADER CENTER , NO BAIRRO DOS COELHOS, QUE O VEICULO HD20 SAIU DO ESTACIONAMENTO DA MADER CENTER ENVADINDO A RUA DR. JOSE MARIANO, O QUAL TEVE FRATURA EXPOSTA DA TIBIA CONFORME FICHA DE ESCLARECIMENTO Nº 517409/2015. CASA AFETO A DELEGACIA DE ACIDENTE.**

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

B.O. registrado por: **PEDRO ALVES DA SILVA** - Matrícula: **1597833**

~~THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS. /epf: 110.500.444-95  
 \*THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS~~



 <p><b>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco</b>  <b>HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO</b>  <b>RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO</b>  <small>GOVERNO DO ESTADO</small></p>	
Paciente:	Registro:
Clinica:	Box/Leito/Enfermaria:
<p><i>Thiago Henrique dos de Jesus ferreira 21 Anos Exame peux (B) em 01/5 no horário Nto e com discuta Linfocitose purulosa em 8/25</i></p> <p><i>Dr. Fernando Júnior Cir. do Rio e Tomografia CRM-PE</i></p>	
Data: <u>11</u>	Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340





ASL-1137334/16  
juliana.luna.0007  
18/06/2018 09:09:01

Secretaria de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

### DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 044.09.2015  
EM: 15.09.2015

Atendendo ao requerimento do Sr. **FABIANO PEREIRA BARBOSA**, portador da Carteira de Identidade RG nº **6330222** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **047.002.094-61**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência Nº **S- 32232**, que no dia 08 de agosto de 2015, do paciente Sr. **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS**, portador da Carteira de Identidade RG nº **8014685** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **110.500.444-95**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Metropolitano do Recife, por volta das 10h12, vítima de colisão envolvendo moto, no Cais José Mariano, nas imediações da Mader Center, no bairro Coelhos, em Recife-PE e, em seguida, sendo encaminhado para o Hospital da Restauração.

Recife, 15 de setembro de 2015.

  
**Dr. Sérgio Parente Costa**  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano do Recife

Carlos Edugido Macedo  
Gerente Operacional  
Administrativo Financeiro  
SAMU SAMU Metropolitano do Recife  
192 Mat.92.548-9



Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5  
Graciosa - Recife / PE



ASL-1137334/16  
juliana.luna.0007  
18/06/2018 09:09:34

 <b>SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO</b> <b>HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO</b> <b>RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO</b> <small>GOVERNO DO ESTADO</small>	
Paciente:	Registro:
Clinica:	Box/Leito/Enfermaria:
<i>(Assinatura)</i>	
<b>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</b> <b>DPVAT</b> <b>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</b>	
<b>05 ABR 2018</b>	
<b>Gente Seguradora S/A</b> <small>Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040</small>	
<b>Data:</b> <u>11</u> <b>COD.</b> 0340	
<i>Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE</i>	

*Dr. Henrique Lopes  
Cir. do Pá  
e Tomografia  
CRM-PE 112*



ASL-1137334/16  
juliana.luna.0007  
18/06/2018 09:09:34

<b>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</b> <b>DPVAT</b> <b>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</b>	
<b>ABR 2018</b>	
<b>Gente Seguradora S/A</b> <small>Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040</small>	





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento:

Nome: Thiago Henrique Silva de Jesus

Foi atendido às hs do dia 08/08/15

Diagnóstico Provável: Paciente com ondade anterior com quadro febre constante de onda de febre (D), humor de humor de foscamento CID = 582

Tratamento Realizado: Paciente submetido a tratamento com uso de antibióticos e uso de febre; febre constante de alta duração.

Observação: - Ao ambulatório de hospitalar 15 dias - Medicos por casa.

Cópia de: Dr. Carlos Tiago da S. Chaves  
Ortopedista e Traumatologista  
CRMPE 23186 H  
08/08/15

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO

01 NOV 2016

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5  
Graciosa - Recife / PE





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 517409/2015

NOME: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Foi atendido às 10h51 do dia 08.08.2015

Diagnóstico provável: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DE  
TIBIA DIREITA.  
(ACIDENTE QUITO)

Tratamento realizado: BRINAGEM DA FRATURA EXPOSTA  
DA TÍBIA DIREITA EM 08-08-2015.  
EXAMES COMPLEMENTARES.

Obs. ALTA - 11-09-2015

TRABALHO ACIDENTE DE TRABALHO  
As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário  
Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 03-09-2015

SES - Hospital da Restauração  
Dr. Gilberto Wanderley Lima  
Gerente Médico do SAMF  
CRM: 4583

MÉDICO - CRM No.

Atenção: Este documento destina-se a comprovação do atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS,  
ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040  
Fones: 31815451/31815572



**PRÓTESE****FATURADO****PRÓTESE**

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

**Ficha de Atendimento**

Número do Registro

60118

ETIQUETA

<b>517409</b>	Data e Hora de Atendimento: 08/08/2015 10:51	Local de Entrada: <b>EMERGENCIA GERAL</b> Atendimento Manual :
Cod. Paciente: 1505327 Paciente: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS Data de nascimento: 24/11/1991 Idade: 23a 8m 14d Sexo: <b>MASCULINO</b>		
Estado Civil: <b>SOLTEIRO</b> Profissão: Acompanhante:		
DOC ID / Data expedição /	Mãe: ROSELMA RITA DA SILVA Pai: CELSON JOSE MEDEIROS DE JESUS	Cartão SUS: 707004802767139 Número 214 Complemento: UF: PE Telefone: 34587725
Endereço: <b>RUA CEARA-MIRIM</b> Bairro: <b>ALBERTO MAIA</b> Cidade: <b>CAMARAGIBE</b>		
Ocorrências:  Objeto do atendimento: ACIDENTE DE TRABALHO / ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)		
Procedência: <b>VIA PUBLICA</b>		
Informações do Serviço Social: 08/08/2015 - <i>Paciente carente com dano</i>		
Confirmação de nome: Fones: Assistente Social		
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/> Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons.Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Publico <input checked="" type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>		
Observação: <i>Unidade Sistêmica de Tratamento</i> <i>Acidente de Trabalho</i>		
História Clínica: <i>Queda de moto com trauma em pleura há 1h.</i>  <i>Permeio na pleura D</i> <i>Nigra desmaiou, vomito.</i>		
Atendimento Médico. Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: Transporte realizado Por: Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê?		

## Exame Físico:

A: Geral	Via aérea está pélvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:
B: Respiratório		DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO
C: Circulatório	PA: X mmHg	P脉: 61 bpm
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5 Graciosa - Recife / PE		





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

## Ficha de Atendimento

## ETIQUETA

## Número do Registro

D: Exame Neurológico	Deficiência motora:	MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas:	Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/>	
Glasgow: Abertura Ocular Escore:	Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore:	Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore:	Hora:

E: Exposição/Abdômen:

Diagnóstico Inicial:

Fract. exposta de fúrcula

Cod. Procedimento

Conduta:

Rx: Permeia (D), Bacia  
cefotina 2g + AD IV 12:00  
Transf Sang + manl SF 9,9/1000  
12:45 C/Sang - IM

Dr. Teles  
Ortopedia  
NPE: 20074

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

## Definição do Caso:

Internamento  Cirurgia  Óbito  Termo de Alta a Pedido  Evadiu-se  Alta  
Internado na Clínica:  
Transferido para:

## Condição de Alta:

Curado  Melhorado  
 Inalterado  Piorado  
 Óbito

## Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

## Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_

No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_

No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data e Hora Impressão: 08-Aug-15





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

## Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Número do Registro

D: Exame Neurológico	Deficiência motora:	MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas
Glasgow: Abertura Ocular Escore:	Glasgow: Resposta Verbal Escore:	Glasgow: Resposta Motoria Escore:



E: Exposição/Abdômen:

Diagnóstico Inicial:	<i>Rxf. Experto da Perna D</i>	Cod. Procedimento
----------------------	--------------------------------	-------------------

Conduta:	<i>Rxf. perna D, Bacia cefotaxima 2g + AD IV 19/9/17 Teranof500mg + 10ml SF 19/9/17</i>	Ass. Médico
Evolução de Enfermagem:	<i>19/9/17 C5000 - TMA</i>	

Definição do Caso:	Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input type="checkbox"/> Alta Internado na Clínica: Transferido para:	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito

## Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

## Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_  
No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_  
No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data e Hora Impressão: 08-Aug-15



DJOMR33H SISBB - Sistema de Informações Banco do Brasil 11/07/2018  
F8944651 Depósitos Judiciais Ouro 15:08:47  
----- Protocolo de Resgate - Criar Novo Depósito -----

Nr.SeqL Pagamento: 1  
Ordem Judicial : 89/2016-DG  
Finalidade : TED JUDICIAL  
Data Agendamento : 24.05.2018  
Protocolo : 36668101

Banco de Destino : 0104 CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
Agencia de Destino: 2717 FORUM RECIFE  
ID Depósito : 040271732891804182  
Conta :  
Parcela :

-----  
F1 Ajuda F3 Sai F5 Encerra



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 30/05/2019 17:24:12  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19053017241212200000045287990>  
Número do documento: 19053017241212200000045287990

Num. 45986505 - Pág. 16