

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 MANOEL SALO DE SOUZA, 214B, CAMARAGIBE - PE - CEP 54774050, ESTACAO 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 convenionado 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 201 8.

* 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.

Camaragibe 13 de junho de 2018.

* THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

_____ - RG 8014685.



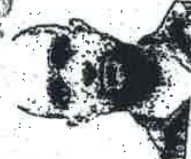


0012
Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 30/05/2019 17:24:12

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFICO DE DROGAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFICO DE DROGAS

Nome: JULIANO MATEUS SILVA DE JESUS
CPF: 113.733.341/16
Data de Nascimento: 18/06/2018
Sexo: M
Estado Civil: Solteiro
Profissão: Atividade não declarada
Assinatura: [Assinatura]

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



1221912625
FOTO EM 2008
FOTO EM 2018

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONSEUDO NÃO VERIFICADO
NOV 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Gravata - Recife / PE

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

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

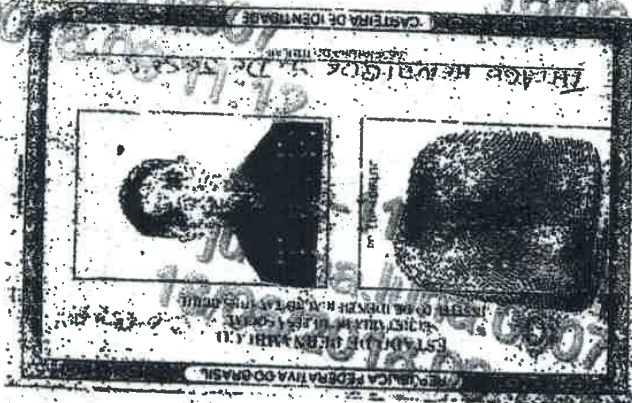
ASL-1137334/16
Juliana.luna.0007
18/06/2018 09:11:12

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



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

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 8.014.685 DATA DE EXPEDIENTE: 24/11/1981

TIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS >>

Função: CELSO JOSE MEDEIROS DE JESUS >>

ROSENA RITA DA SILVA >>

DATA DE NASCIMENTO: 24/11/1981

SEDE CAMARAGIBE-PE

09.06.1992

SIGNATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 25/08/93

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

01 NOV 2016

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





Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT



BRASIL

AIR

CC
R\$
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

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios 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



1137334/16

391659



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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 079ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAMANDARÉ - DP79ªCIRC
DINTER1/13ª DESEC

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: **CELSON 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 ESCLARECIAMENTO 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. /CPF: 110.500.444-95
*THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Registro:

Clínica:

Box/Leito/Enfermaria:

Dr. Luiz (NAT)
Médico

TRAC Hiperesplênico
de Jesus foi realizado
2. Furo de
furo (D) em 2015
no hemisfério NTO
e com DISCRETA
LIMITAÇÃO da margem
de 2015

04/04/18

Dr. Fernando Luiz
Cf. do Rg
e Tomografia
CRM-PE 11111

Data: / /

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340





Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência





DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

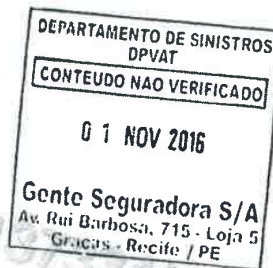
DA Nº. 044.09.2015

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



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HR RECEITUÁRIO MÉDICO **PERNAMBUCO**
GOVERNO DO ESTADO

Paciente: _____ Registro: _____
Clínica: _____ Box/Leito/Enfermaria: _____

Trag Henrique filho de Jesus e Maria de Jesus
filho de Jesus e Maria de Jesus
no hospital Alto e em observação
Limitação de movimento
em 12/4/18

Data: 11 / 11 / 18

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340



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

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



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HR

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: _____

Nome: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Foi atendido às _____ hs do dia 02/08/15

Diagnóstico Provável: Paciente com fratura de
metacarpo com fratura de
base de 5º dedo de pé direito (D), fratura de
osso de tornozelo

CID= S82

Tratamento Realizado: Paciente submetido a
curativo de fratura de 5º dedo de pé direito; fratura
extremidade distal do osso

Observação: Ao ambulatório de Ortopedia
15 dias
- Medicação por 15 dias.

Cópia de: Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
Medico - 3388

ATENÇÃO: Este documento destina-se a 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
Gracas - 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
PERNA DIREITA.

(ACIDENTE QUOTO)

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

Obs. ALTA - 11-08-2015

Tratado pelo SAMU. 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 SAMU
CRM: 4553

MÉDICO - CRM No. 1553

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de 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

60118

ETIQUETA

Numero do Registro

517409	Data e Hora de Atendimento: 08/08/2015 10:51	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual :
Cod. Paciente: 1505327 Data de nascimento: 24/11/1991 Estado Civil: SOLTEIRO DOC ID / Data expedição: /	Paciente: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS Idade: 23a 8m 14d Profissão: Mãe: ROSELMA RITA DA SILVA Pai: CELSON JOSE MEDEIROS DE JESUS	Sexo: MASCULINO Acompanhante: Cartão SUS: 707004802767139
Endereço: RUA CEARA-MIRIM Bairro: ALBERTO MAIA Cidade: CAMARAGIBE	UF: PE	Numero 214 Complemento: Telefone: 34587725
Ocorrências:		
Objetivo do atendimento: ACIDENTE DE TRABALHO / ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)		
Procedência: VIA PUBLICA		
Informações do Serviço Social: 08/08/2015 - Residência cadastrada em data		
Confirmação de nome: 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 type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Observação:		Assistente Social Vitoria Siqueira Lima CPF: 333.536.094-80
História Clínica: Queda de moto com trauma em punha há 1h. Ferimento na punha (D) Nega dor mais, vômito.		
Atendimento Médico: Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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 pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:		
B: Respiratório		
C: Circulatório PA: X mm Hg Pulso: 61 NOV 2016 bpm		

PRÓTESE

PRÓTESE

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



Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>		Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>	
Glasgow: Abertura Ocular		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motora	
Score:	Hora:	Score:	Hora:	Score:	Hora:
<p>E: Exposição/Abdômen:</p>					
Diagnóstico Inicial: <i>Fract. Exposta de fêmur (D)</i>					Cod. Procedimento
Condução: <i>Rx: perna (D), Bacia</i> <i>ceftriaxona 2g + AD IV 12:20</i> <i>Transfusão Sang + 100ml SFC 8:30</i> <i>AT 0,5ml IM</i>					Ass. Médico
Evolução de Enfermagem: <i>AT 0,5ml IM</i>					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 nosocômio, 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



Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>		Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora		
Escore: _____	Escore: _____	Escore: _____		
E: Exposição/Abdômen: _____				
Diagnóstico Inicial: <i>trauf. exposta de puni (D)</i>			Cod. Procedimento	
Condução: <i>Rx: perna (D), Bacia</i> <i>cupdotina 2g + AD IV 12:20</i> <i>Transf 50ml + 100ml SF 9,9% FL</i> <i>WAT 0,5ml IM</i>			Ass. Médico	
Evolução de Enfermagem: _____			Ass. Enfermagem	
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			<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 cirurgicos 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 nosocômio, 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

