

## PROCURAÇÃO

### PARTE OUTORGANTE:

Nome: ALUDIANA ISMAEL DA SILVA,  
brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRA, profissão: CABELEIREIRA,  
RG nº 7.496.159 SDS/PE, CPF/MF nº 083.026.804-94, com  
endereço residencial na ET ALDEIA, Nº 227 C, ALDEIA  
DOS CAMARAS CAMARAGIBE PE CEP 54  
783 - 080

### PARTE OUTORGADA:

**GISELLE VALENÇA DE MEDEIROS, SÉRGIO PORTO ESTEVES e BRUNA VITALINO DA CONCEIÇÃO**, brasileiros, sendo os primeiros advogados, devidamente inscritos na OAB/PE sob os nºs 17.828, 16.236, e a última estudante de direito, todos com endereço profissional à Rua Francisco Alves, 105, sala 104, Recife – PE, onde recebem as intimações legais.

### PODERES:

Para representar a PARTE OUTORGANTE em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, com poderes incluídos nas cláusulas “*ad judicia*” e “*ad judicia et extra*”, podendo propor ações, requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, transigir, recorrer, desistir, renunciar a crédito, receber valores e dar quitação, levantar quantias em depósito judicial através de Alvará, firmar compromissos, substabelecer no todo ou em parte, bem como todos os poderes permitidos em direito sempre no interesse do outorgante.

Recife, 04 de setembro de 2019.

Aludiana Ismael da Silva  
outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

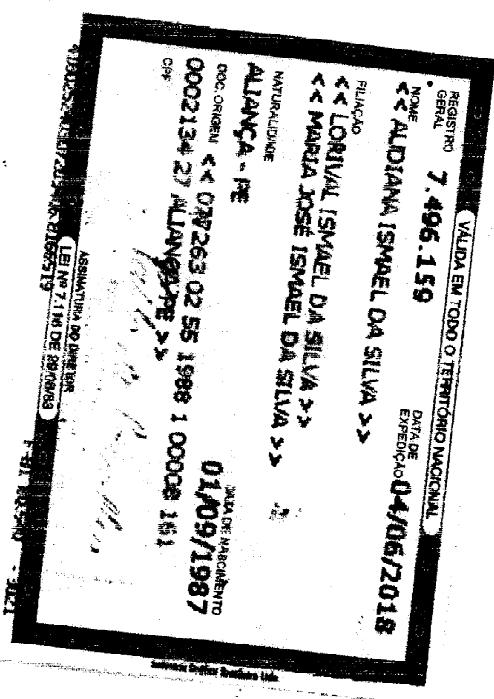
Eu, AUDIANA ISMAEL DA SILVA, brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 7.496.859 805/PE inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 083.026.804-94, residente na CT ALDEIA, N° 227 C, ALDEIA DOS CAMARAS CAMARAGIBE PE CEP 54.783-030

declaro para os devidos fins, sob as penas da Lei de Assistência Judiciária nº 1.060/50 e demais legislações aplicáveis à espécie, e sob minha própria responsabilidade, que não tenho condições financeiras de pagar custas do processo, despesas com publicações e/ou outras despesas concernentes, sem prejuízos próprios.

Recife, 04 de setembro de 2019

Audiana Ismael da Silva  
Declarante





**PESSOA FÍSICA**

083.026.804-94

AUDIANA ISMAEL DA SILVA

Data de Nascimento: 01/09/1987

Situação Cadastral: REGULAR

Data de Inscrição: 06/06/2006

Dígito Verificador: 00

Código de controle do comprovante:  
3C63.2596.82A2.2138

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

(Modelo aprovado pela IN/RFB 1548, de 13 de fevereiro de 2015.)

Brasília - DF

13/06/2019

15:37:37



Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 18/09/2019 14:28:08  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091814280849700000050225270>  
Número do documento: 19091814280849700000050225270

Num. 51022972 - Pág. 4

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE  
ANTONIO PEDRO DA SILVA  
CPF: 143.013.504-20

DATA DE VENCIMENTO <b>31/05/2019</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL <b>24/05/2019</b>	CONTA CONTRATO <b>001999793017</b>
TOTAL A PAGAR (R\$) <b>88,93</b>	DATA DA APRESENTAÇÃO <b>24/05/2019</b>	Nº DO CLIENTE <b>2001135672</b>
	NÚMERO DA NOTA FISCAL <b>063384957</b>	Nº DA INSTALAÇÃO <b>0000642128</b>

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
ET ALDEIA 227 C  
ALDEIA DOS CAMARAS/CAMARAGIBE  
54783-010 CAMARAGIBE PE  
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

CLASSIFICAÇÃO  
**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL**  
Monofásico

RESERVADO AO FISCO  
**8271.BC32.2B60.C9CB.71FC.CDAB.5A8C.D546**

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	100,00	0,79688524	79,68
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,16
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,49
ICMS Subvenção-CDE-NF 055771269-25/03/19			0,38
Multa por atraso-NF 055771269 - 25/03/19			1,02
Juros por atraso-NF 055771269 - 25/03/19			0,49
Atualização IGPM-NF 055771269 - 25/03/19			0,71
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>88,93</b>

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
80,84	25,00	20,21	80,84	1,16	0,93
			80,84	5,37	4,34

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo(kWh) 0,54562733	kWh
MAI 19	100
ABR 19	106
MAR 19	68
FEV 19	94
JAN 19	97
DEZ 18	95
NOV 18	91
OUT 18	82
SET 18	87
AGO 18	83
JUL 18	79
JUN 18	89
MAI 18	84

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL					
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE
00000003170478753	CAT	24/04/2019 2.105,00	24/05/2019 2.205,00	30	1.000000 0,00 100,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 22/06/2019

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mar/2019					
DIC-No de horas sem Energia	CAMARAGIBE	0,00	5,19	10,38	20,77
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,94	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Límite DICRI: 12,22
EUUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 29,53					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES					
Pague no ponto mais perto de você! Inforcell: rua antonio soares de lima ceu azul / nido cosméticos: rua antonio soares de lima no 20 santa teresaLista completa em <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> ."					
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> .					
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.					
A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Baixa Tensão e 3,76% para Alta Tensão-REH 2.535/19.					
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.					
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.					
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.					
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.					

DESTAQUE AQUI

[http://autoatendimento.celpe.com.br/NDP\\_DCSRUCES\\_D~hom...w~sao.com/PrimeiraViaAction.sap?nextpage=segundaviaweb2](http://autoatendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D~hom...w~sao.com/PrimeiraViaAction.sap?nextpage=segundaviaweb2)

13/06/2019 15:23  
Página 1 de 2

NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)		LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
		MÍNIMO	MÁXIMO
220		202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			



Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 18/09/2019 14:28:08  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091814280849700000050225270>  
Número do documento: 19091814280849700000050225270

Num. 51022972 - Pág. 5



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 022ª CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE - DP22ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0112003538**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/10/2018** às **14:22**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **4/3/2018** às **07:10**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PIEDADE (BAIRRO), 247, RUA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA** - Bairro: **PIADEDE - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO A ACADEMIA SELF FIT**  
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA DESCONHECIDA ( AUTOR \ AGENTE )  
 AUDIANA ISMAEL DA SILVA ( VITIMA )  
 JOSIAS CAMPOS DE CARVALHO ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PESSOA DESCONHECIDA  
 VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSIAS CAMPOS DE CARVALHO

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

**AUDIANA ISMAEL DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA JOSÉ ISMAEL DA SILVA** Pai: **LORIVAL ISMAEL DA SILVA** Data de Nascimento: **1/9/1987** Naturalidade: **ALIANCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7496159/SDS/PE (RG), 08302680494 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: - 991630508

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CANDEIAS (BAIRRO), 700, RUA CARACOL, BLOCO: 22, APARTAMENTO: 101 - CEP: 55000-000** - Bairro: **CANDEIAS - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO TERMINAL DE ONIBUS**

**JOSIAS CAMPOS DE CARVALHO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ CAMPOS DE CARVALHO** Pai: **JOSÉ FELIX DE CARVALHO** Data de Nascimento: **25/2/1956** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1370036/SSP/PE (RG), 13763385487 (CPF)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **SUPERVISOR** Telefones Celulares: - 986768288

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CANDEIAS (BAIRRO), 10, RUA JOÃO FRAGOSO DE MEDEIROS, BLOCO: A, APARTAMENTO: 01, CONJ.DOM HÉLDER CÂMARA - CEP: 55000-000** - Bairro: **CANDEIAS - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**PESSOA DESCONHECIDA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

12/06/2019 20:01



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

**VEICULO 1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSIAS CAMPOS DE CARVALHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIAS CAMPOS DE CARVALHO**

Categoria/Marca/Modelo: **CICLOMOTOR/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCX0911** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GAS**

Descrição: **I/YAMASAKI DIRT BIKE**

**VEICULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a)

Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/RENAULT/DUSTER** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

## Complemento / Observação

**INFORMA A VÍTIMA, AUDIANA ISMAEL DA SILVA, QUE ESTAVA JUNTO AO CONDUTOR DO VEÍCULO 1 (JOSIAS CAMPOS), TAMBÉM VÍTIMA, NA CONDIÇÃO DE GARUPA, NO DIA 04.03.2018, TENDO SOFRIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO NA RUA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, Nº.247, TENDO CONDUTOR DO VEÍCULO 2 (PESSOA DESCONHECIDA) CAUSADO A COLISÃO, E SE EVADIDO DO LOCAL APÓS O ACIDENTE. A VÍTIMA AUDIANA ISMAEL DA SILVA FOI SOCORRIDA PELO SAMU/JABOATÃO POR VOLTA DAS 07 H 10 MIN, ONDE APÓS OS CUIDADOS FOI REMOVIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. A VÍTIMA SOFREU FERIMENTO EM REGIÃO OCCIPITAL E FRONTAL, E SOFREU FORTE PANCADA NA CABEÇA. ACRESCENTA A VÍTIMA, QUE APÓS O ACIDENTE DE TRÂNSITO FICOU COM DEPRESSÃO E SÍNDROME DO PÂNICO, ANSIEDADE, PASSANDO A TOMAR REMÉDIOS CONTROLADOS E SE TRATANDO COM PSIQUIATRA. OCORRÊNCIA SAMU Nº. S-446384. REGISTRO Nº. 940846, HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO.**

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

*Audiana Ismael da Silva*  
**AUDIANA ISMAEL DA SILVA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ALEXANDRE CUNHA RAMOS** - Matrícula: **221787-2**

12/06/2019 20:01



Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 18/09/2019 14:28:08

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091814280858300000050225273>

Número do documento: 19091814280858300000050225273

Num. 51022975 - Pág. 2



Secretaria de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 2129.000  
EM: 22.05.18

Atendendo ao requerimento da Sra. **AUDIANA ISMAEL DA SILVA, RG: 7496159 – SDS/PE, CPF: 083.026.804-94**, consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-446384**, do dia 04 de março de 2018, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/JABOATÃO por volta das 07h 10 min vítima de colisão moto e carro. O acidente aconteceu na Rua Nossa Senhora de Fátima nº 247 próximo a Academia Self na Colônia dos Pescadores - Piedade, Jaboatão dos Guararapes/PE, onde após os cuidados, removida para Hospital da Restauração.

Jaboatão dos Guararapes, 04 de junho de 2018.

  
Jose Sazanone N. Lima  
Coord. Geral-Samu/PMJG.  
Sec. Saúde-Jaboatão dos Guararapes.  
COREN-PE345. 393-ENF.

  
Rosangela S. Azevedo  
Adm. Matrícula: 132560  
SAMU- PMJG





Venho por meio desti informar que, Andiana Ismael da Silva é minha paciente e venho sendo assistida por este serviço desde Março de 2018, procurei ajuda apresentando um quadro de Ansiedade, (ciato) F.41.

Carol Costa Júnior  
Medico Clínico Neuropsiquiatra  
CRM - 021466

Recife 10/10/18

MaisMed

Rua Miras Geais, 91  
Braço do Leste - Recife - PE  
(81) 3853-5144  
(81) 99319-1880 (whatsapp)



Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 18/09/2019 14:28:08  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091814280867500000050225274>  
Número do documento: 19091814280867500000050225274

Num. 51022976 - Pág. 2



### Declaração médica

A Sra. Andiane Israel de Souza  
está em acompanhamento neste serviço  
devido FAS (CID-10).

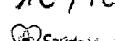
Com x - x de ansiedade, sudorese, taquicardia,  
dor, sensação de inchaço de morte fá ± 07 meses  
após acidente (segundo relatos da paciente).  
Em uso de flumazenil 20 (2 + 0 + 0)

e Elorazepam 0,5 mg (0 + 0 + 2).

Sigue em acompanhamento.

DR. G. H. Carvalho  
Psiquiatra  
CPMEDE - 22000

10/10/18



Rua Afonso Góes, 91  
Ilha do Leite - Recife - PE  
(81) 3053-5144  
(81) 99219-1680 (whatsapp)



16/03/2018 08:39  
C6

## Ficha de Atendimento

ETIQUETA

TC 52065079  
52065080

Número do Registro

940846

AUDILENE ISMAEL DA SILVA

Data e Hora de Atendimento:  
04/03/2018 08:09Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL  
Atendimento Manual:

Cod. Paciente: 1624936	Paciente: AUDILENE ISMAEL DA SILVA SIC
Data de nascimento: 01/09/1988	Idade: 30a 2m 2d
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: Acompanhante: AMARA DE LOURDES DO NAS
DOC ID / Data expedição 7496859	Mãe: IGNORADO MARIA JOSE ISMAEL DA SILVA Pai: LOMVIA ISMAEL DA SILVA
Endereço: RUA SAO PAULO	Numero 1 Complemento: CASA B
Bairro: CANDEIAS	UF: PE Telefone: 85119505
Cidade: JABCATAO DOS GUARARAPES	
Ocorrências: 000:08302680494	97108.7952 99308.1488 993776817
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)	
Procedência: VIA PUBLICA	
Informações do Serviço Social: 04/03 paciente para vinheta familiar	
Confirmação de nome: Audilene Ismael da Silva	Assistente Social
Confirmação de endereço: Rua Cidade Alta - 7012 - bloco 23 - apto. 101	
Proveniente: Alta	Caso Social
Encaminhamento: Rede de Apoio	GPCA
Outros	Cons. Tutelar
Observação: 12/07/18 Dados referentes a confusão quebrou a coroa de ouro e deu o dente quebrou a faceta de molar e caiu de boca e caiu	Assistente Social
História Clínica: Paciente com história de colisão moto - carro relato de perda de consciência - que veio de cama. Nega lesão da cabeça e costela	
Perda de consciência: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Atendimento Médico
Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Transporte realizado Por:
Imobilização: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sofreu 2 jeda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Condições de imobilização adequadas: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Altura: <input type="checkbox"/>
Por Quê?	

A: Geral	Via aerea está pérvia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp: 36.5°C
----------	---	---	--------------

B: Respiratório	Bem respirável de pulmão. 7/3 AMI, 5/1A		
C: Circulatório	PA: X	P脉:	bpm
Pulseiras eletrocas e amarras - elásticas.			

04/03/2018

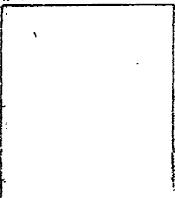


# HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

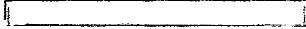
MANCHESTER\_V2

04/03/2018 07:58

	<b>Nome Paciente:</b> ALDIANE ESMAEL DA SILVA
	<b>Cód. Paciente:</b>
	<b>Data de Nascimento:</b>
	<b>Sexo:</b> Feminino
	<b>Idade:</b> 30
	<b>Senha:</b> U0015
	<b>Convênio:</b>
	<b>Atendimento:</b>

04/03/2018 07:58 - SYNTHIA TORRES DE ASSIS - COREN: 336929 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: QUEDA DE MOTO HA 1 HORA, RELATA PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA VOMITOS. APRESENTA FERIMENTO EM REGIÃO OCCIPITAL E FRONTAL, QUEIXA-SE DE DOR E MSE, CONSCIENTE E ALGO DESORIENTADA.

Observação: SAMU JABOATÃO  
BASICA 1

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 14  
- REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: SYNTHIA TORRES DE ASSIS

Data: 04/03/2018 07:58

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 18/09/2019 14:28:08  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091814280867500000050225274>  
Número do documento: 19091814280867500000050225274

Num. 51022976 - Pág. 5



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

--

--

--

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

9:54

# Clínica Geral

04/03/18

Paciente estava bem dinâmico, algo sonolento, expiração normalizada.

AB: 96% AAT: 5125 PR: 18 bpm

ABG: flácido, inédito

Glasgow: 15 Pupilas: isochirias

Rx: Tórax: +/- infiltrado, aorta vascularizada.

(1) D. Satisfez, encaminha à UER e Ortopédia

(2) A.H. d. Clínica Geral -

ICOR 1.000  
Média 2000  
AM 2000

10:07 4/3/18 # Traumatologia #

Fez exame de microscopia óssea

No exame óssea normal

Nenhum fragmento ósseo em MJA - sem

Sintomas clínicos de fratura.

Rx: Rx de Síntese de fratura por hérnia.

ed. PML do Traumatologista

(2) à NER

Dr. Breno Avelar

Médico

CRM-PE 24626

(3) Agendou exame e AD EV

(1) Técnico ex. AD e AD EV

# NER 04/03/18 às 10h

• TECNICO

ECG 15. PTOA Oficiala P. Guapo.

Tecnicio: Sen. Luisa Neiva T. Guapo e Guapo  
co. Anolpeta p/ A. Guapo





Hospital da Restauração / Neurocirurgia

## Evolução de Enfermagem

PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente:

Andrade, S. M.

Data: 04/03/18

Enfermaria:

Leito:

Hipótese Diagnóstica:

Glasgow			
Abertura Ocular	Resposta Verbal		
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> A dor (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras Inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - si/ localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descobreb.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	
Total: 15 pontos.			
IRM <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Franquel: _____			
A - Perda motora e sensitiva completa B - Apenas sensitividade preservada C - Motricidade não funcional presente			
D - Motricidade funcional presente E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).			
Sistema Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros Quais: _____			
Venóclise: <input checked="" type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> JH <input type="checkbox"/> Sem Acesso.			
Dieta:			
<input checked="" type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Via Oral			
<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG			
<input type="checkbox"/> SNE <input checked="" type="checkbox"/> Gastrostomia			
<input type="checkbox"/> Gavagem <input type="checkbox"/> Aberta			
Eliminações Intestinais: <input checked="" type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a _____ dias <input type="checkbox"/> Diarréia _____			
Diurese: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD Aspecto: _____			
Pele: <input type="checkbox"/> Integra <input checked="" type="checkbox"/> Lesionada <i>jepe</i>			
<input type="checkbox"/> Fenda Operatória: Data da Cirurgia: _____ <input type="checkbox"/> Óstrose de Decúbito			
Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____			
Queixas: _____			
Exames: _____			
Parênteses: _____			
Observações (Diurnas / Noturnas): <i>Cond. exato 9/2 c/ h/te Nada Al' Racha Cúmico Ent. para a CORR/100%</i>			
Ass: <i>100%</i>			

Glasgow			
Abertura Ocular	Resposta Verbal		
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> A dor (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras Inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - si/ localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descobreb.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	
Total: _____ pontos.			
IRM <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Franquel: _____			
A - Perda motora e sensitiva completa B - Apenas sensitividade preservada C - Motricidade não funcional presente			
D - Motricidade funcional presente E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).			
Sistema Respiratório: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros Quais: _____			
Venóclise: <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> JH <input type="checkbox"/> Sem Acesso.			
Dieta:			
<input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Via Oral			
<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG			
<input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia			
<input type="checkbox"/> Gavagem <input type="checkbox"/> Aberta			
Eliminações Intestinais: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a _____ dias <input type="checkbox"/> Diarréia _____			
Diurese: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD Aspecto: _____			
Pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Lesionada			
<input type="checkbox"/> Fenda Operatória: Data da Cirurgia: _____ <input type="checkbox"/> Óstrose de decúbito			
Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____			
Queixas: _____			
Exames: _____			
Parênteses: _____			
Observações (Diurnas / Noturnas): _____			
Ass: _____			





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Hospital da Restauração

**PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO**

Paciente:	Enf / Leito:	Registro:		
<b>DIA: 01/03</b> <b>DIA:</b> <b>DIA:</b> <b>DIA:</b> <b>DIA:</b>				
<b>HORÁRIO</b>	<b>HORÁRIO</b>	<b>HORÁRIO</b>	<b>HORÁRIO</b>	<b>HORÁRIO</b>
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06
<b>PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM</b> <input checked="" type="checkbox"/> Aferição de sifatos vitais ( 3 vezes ao dia ) <input checked="" type="checkbox"/> Higiene Corporal ( 1 vez ao dia e se necessário ) <input checked="" type="checkbox"/> Higiene Oral ( após cada refeição e se necessário ) <input checked="" type="checkbox"/> Mudança de decúbito ( 3 em 3 horas ) <input checked="" type="checkbox"/> Aspiração ( 3 em 3 horas e se necessário ) <input checked="" type="checkbox"/> Colocação de absorvente ( 6 em 0 horas e se necessário )				
<b>ASSESSORIA DA ENFERMAGEM</b> Nôelia Rosângela Enfermeira Convenção 2013/14				
<b>HORÁRIO</b>	<b>REGISTRO</b>	<b>REGISTRO</b>	<b>REGISTRO</b>	<b>REGISTRO</b>
10				
16				
22				
10				
16				
22				
10				
16				
22				
10				
16				
22				
<b>SINAIS VITIAIS</b> Freqüência Cardíaca Freqüência Respiratória Temperatura Pressão Arterial <b>ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM</b>				



## PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
PRESCRIÇÃO CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

### TRATAMENTO AVC



NOME DO PACIENTE	ENFERMEIRO	REGISTRO	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA
MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERN.	HORARIO	HORARIO	HORARIO	HORARIO
1 - SORO FISIOLÓGICO 0,9 %	1000 ml	IV		24h			
2 - RANITIDINA - 01 AMPOLA + AD		IV		12/12h			
3 - PLASIL + AD		IV	S/N				
4 - DIPIRONA (2.8) AD		ATE	8/8h				
5 - LIQUEMINE 0,25ml		IV	S/N				
6 - QUICLEXANE 40		ATE	6/5h				
7 - CAPOTEN 25 mg		SC					
8 - SEPAS > 180 ou PAD > 110mmHg		SL	S/N				
9 - INSULINA SIMILIES CONFORME PCT		SC					
10 - 0,200 - 0,250 - 0,300 - 0,350 - 0,400 - 0,500		SC/SC	VC	12/12h			
11 - 0,400		SC					
12 - 0,400		SC					
13 - 0,400		SC					
14 - 0,400		SC					
15 - 0,400		SC					
16 - 0,400		SC					
17 - 0,400		SC					
18 - 0,400		SC					
19 - 0,400		SC					
20 - 0,400		SC					
21 - 0,400		SC					
22 - 0,400		SC					
23 - 0,400		SC					
24 - 0,400		SC					
25 - 0,400		SC					
26 - 0,400		SC					
27 - 0,400		SC					
28 - 0,400		SC					
29 - 0,400		SC					
30 - 0,400		SC					
31 - 0,400		SC					
32 - 0,400		SC					
33 - 0,400		SC					
34 - 0,400		SC					
35 - 0,400		SC					
36 - 0,400		SC					
37 - 0,400		SC					
38 - 0,400		SC					
39 - 0,400		SC					
40 - 0,400		SC					
41 - 0,400		SC					
42 - 0,400		SC					
43 - 0,400		SC					
44 - 0,400		SC					
45 - 0,400		SC					
46 - 0,400		SC					
47 - 0,400		SC					
48 - 0,400		SC					
49 - 0,400		SC					
50 - 0,400		SC					
51 - 0,400		SC					
52 - 0,400		SC					
53 - 0,400		SC					
54 - 0,400		SC					
55 - 0,400		SC					
56 - 0,400		SC					
57 - 0,400		SC					
58 - 0,400		SC					
59 - 0,400		SC					
60 - 0,400		SC					
61 - 0,400		SC					
62 - 0,400		SC					
63 - 0,400		SC					
64 - 0,400		SC					
65 - 0,400		SC					
66 - 0,400		SC					
67 - 0,400		SC					
68 - 0,400		SC					
69 - 0,400		SC					
70 - 0,400		SC					
71 - 0,400		SC					
72 - 0,400		SC					
73 - 0,400		SC					
74 - 0,400		SC					
75 - 0,400		SC					
76 - 0,400		SC					
77 - 0,400		SC					
78 - 0,400		SC					
79 - 0,400		SC					
80 - 0,400		SC					
81 - 0,400		SC					
82 - 0,400		SC					
83 - 0,400		SC					
84 - 0,400		SC					
85 - 0,400		SC					
86 - 0,400		SC					
87 - 0,400		SC					
88 - 0,400		SC					
89 - 0,400		SC					
90 - 0,400		SC					
91 - 0,400		SC					
92 - 0,400		SC					
93 - 0,400		SC					
94 - 0,400		SC					
95 - 0,400		SC					
96 - 0,400		SC					
97 - 0,400		SC					
98 - 0,400		SC					
99 - 0,400		SC					
100 - 0,400		SC					
101 - 0,400		SC					
102 - 0,400		SC					
103 - 0,400		SC					
104 - 0,400		SC					
105 - 0,400		SC					
106 - 0,400		SC					
107 - 0,400		SC					
108 - 0,400		SC					
109 - 0,400		SC					
110 - 0,400		SC					
111 - 0,400		SC					
112 - 0,400		SC					
113 - 0,400		SC					
114 - 0,400		SC					
115 - 0,400		SC					
116 - 0,400		SC					
117 - 0,400		SC					
118 - 0,400		SC					
119 - 0,400		SC					
120 - 0,400		SC					
121 - 0,400		SC					
122 - 0,400		SC					
123 - 0,400		SC					
124 - 0,400		SC					
125 - 0,400		SC					
126 - 0,400		SC					
127 - 0,400		SC					
128 - 0,400		SC					
129 - 0,400		SC					
130 - 0,400		SC					
131 - 0,400		SC					
132 - 0,400		SC					
133 - 0,400		SC					
134 - 0,400		SC					
135 - 0,400		SC					
136 - 0,400		SC					
137 - 0,400		SC					
138 - 0,400		SC					
139 - 0,400		SC					
140 - 0,400		SC					
141 - 0,400		SC					
142 - 0,400		SC					
143 - 0,400		SC					
144 - 0,400		SC					
145 - 0,400		SC					
146 - 0,400		SC					
147 - 0,400		SC					
148 - 0,400		SC					
149 - 0,400		SC					
150 - 0,400		SC					
151 - 0,400		SC					
152 - 0,400		SC					
153 - 0,400		SC					
154 - 0,400		SC					
155 - 0,400		SC					
156 - 0,400		SC					
157 - 0,400		SC					
158 - 0,400		SC					
159 - 0,400		SC					
160 - 0,400		SC					
161 - 0,400		SC					
162 - 0,400		SC					
163 - 0,400		SC					
164 - 0,400		SC					
165 - 0,400		SC					
166 - 0,400		SC					
167 - 0,400		SC					
168 - 0,400		SC					
169 - 0,400		SC					
170 - 0,400		SC					
171 - 0,400		SC					
172 - 0,400		SC					
173 - 0,400		SC					
174 - 0,400		SC					
175 - 0,400		SC					
176 - 0,400		SC					
177 - 0,400		SC					
178 - 0,400		SC					
179 - 0,400		SC					
180 - 0,400		SC					
181 - 0,400		SC					
182 - 0,400		SC					
183 - 0,400		SC					
184 - 0,400		SC					
185 - 0,400		SC					
186 - 0,400		SC					
187 - 0,400		SC					
188 - 0,400		SC					
189 - 0,400		SC					
190 - 0,400		SC					
191 - 0,400		SC					
192 - 0,400		SC					
193 - 0,400		SC					
194 - 0,400		SC					
195 - 0,400		SC					
196 - 0,400		SC					
197 - 0,400		SC					
198 - 0,400		SC					
199 - 0,400		SC					
200 - 0,400		SC					
201 - 0,400		SC					
202 - 0,400		SC					
203 - 0,400		SC					
204 - 0,400		SC					
205 - 0,400		SC					
206 - 0,400		SC					
207 - 0,400		SC					
208 - 0,400		SC					
209 - 0,400		SC					
210 - 0,400		SC					
211 - 0,400		SC					
212 - 0,400		SC					
213 - 0,400		SC					
214 - 0,400	</						

## **SINISTRO 3190373853 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA AUDIANA ISMAEL DA SILVA**

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA**

**LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS**

**BENEFICIÁRIO AUDIANA ISMAEL DA SILVA**

**CPF/CNPJ: 08302680494**

**Posição em 04-09-2019 11:24:01**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.





Tribunal de Justiça de Pernambuco  
Poder Judiciário  
**Seção A da 19ª Vara Cível da Capital**

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA, RECIFE  
- PE - CEP: 50080-800 - F:(81) 31810331

Processo nº **0059117-21.2019.8.17.2001**

AUTOR: AUDIANA ISMAEL DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

**DESPACHO/DECISÃO COM FORÇA DE MANDADO**

1. Em face da documentação acostada à petição inicial, CONCEDO ao(à) requerente(s), com fundamento nos termos dos arts. 1º e seguintes, da Lei n. 1.060/50, c/c os arts. 1º e seguintes, da Lei n. 7.115/83, e o art. 2º, da Lei Estadual n. 11.404/96, os benefícios da assistência judiciária por ele(a)(s) demandado(a)(s) na referida peça de ingresso, e, por conseguinte, NOMEIO como seu(sua)(s) assistente(s) judiciário(a)(s) o(a)(s) ilustre(s) advogado(a)(s) e/ou defensor(a) público(a) que a subscreveu.
2. Sem o pagamento, pois, de custas e de taxa judiciária, previstas na Lei Estadual n. 11.404/96.
3. Inicialmente, tenho por bem determinar a produção antecipada de prova pericial (art. 370, *caput*, NCPC), indispensável para o deslinde do feito, conforme estabelecido no art. 5º, §5º da lei 6.194/1974, uma vez que, nos termos do art. 381 do NCPC, *“A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: (...) II – a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito”*.
4. Esclareço, ademais, que, adotando a medida acima, replico procedimento há muito já adotado por este Juízo, através da promoção de mutirões, nos quais se realizam perícias a fim de se aferir o grau de debilidade da parte DEMANDANTE.
5. Assim, NOMEIO para realização da prova pericial o médico **CLÁUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO, CRM-PE 14043**, com endereço e demais dados pessoais já do conhecimento da Secretaria deste Juízo, para, **independentemente de compromisso**, atuar no presente procedimento como **perito oficial**, objetivando a realização de perícia médica para verificação e quantificação da invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, no tocante à pessoa do(a) demandante, em conformidade com a Lei n. 6.194/74.

**5.1. Intimem-se as partes para que tomem conhecimento da indicação do perito e, querendo, no prazo de 15 (quinze) dias, indiquem os assistentes técnicos e apresentem os quesitos, como dispõe o art. 465, §1º, do NCPC.**

5.2. Fixo o valor dos honorários periciais em **R\$300,00** (trezentos reais), em favor do perito oficial, valor este a ser custeado pela Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT em



Assinado eletronicamente por: CARLOS GONCALVES DE ANDRADE FILHO - 20/09/2019 11:10:27  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091910440381200000050273308>  
Número do documento: 19091910440381200000050273308

Num. 51074109 - Pág. 1