

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

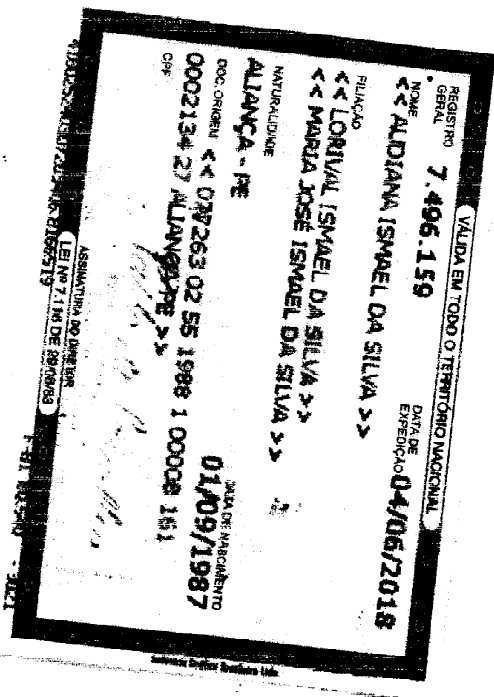
Eu, AUDIANA ISMAEL DA SILVA,
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 7.496.259 SAS/PE
inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 083.026.804-94, residente
na ET ADEIA, N.º 227 C, ALDEIA DOS CAMARAS
CAMARAGIBE PE CEP 54.783-080

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.

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

Brasília - DF

13/06/2019

15:37:37



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

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



CELPE

www.celpe.com.br

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

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 a disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

31/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

88,93

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

24/05/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

24/05/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

063384957

CONTA CONTRATO

001999793017

Nº DO CLIENTE

2001135672

Nº DA INSTALAÇÃO

0000642128

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
TOTAL DA FATURA			88,93

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	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

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Reav	Valor
02/05/19	24/05/19	95,59

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Aneel. Podem ocorrer após de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54562733	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

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	25,58	31,83
Transmissão	2,66	3,54
Distribuição (Celpe)	17,37	21,49
Encargos Setoriais	4,08	5,05
Tributos	25,48	31,62
Perdas de Energia	5,47	6,77
TOTAL	80,84	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003170478753	CAT	24/04/2019	2.105,00	24/05/2019	2.205,00	30	1,00000	0,00	100,00

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

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					Limite DICRI: 12,22
EUSD-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! Inforcel: rua antonio soares de lima céu azul / nido cosméticos: rua antonio soares de lima no 20 santa teresa. Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
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.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

://autoatendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D-hom...w-sap.com/PrimeiraViaAction.sap?nextpage=segundaviaweb?

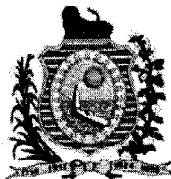
13/06/2019 15:23
Página 1 de 2

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

https://pje.tipe.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 - Culposos (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: **PIEADADE - JABOATÃO 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 (VÍTIMA)
JOSIAS CAMPOS DE CARVALHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): PESSOA DESCONHECIDA
VEÍCULO: (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: **ALIANÇA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7496159/SDS/PE (RG), 08302680494 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefones Celulares: **- 991630508**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CANDEIAS (BAIRRO), 700, RUA CARACOL, BLOCO: 22, APARTAMENTO: 101 - CEP: 55000-000 - Bairro: CANDEIAS - JABOATÃO 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 - JABOATÃO 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)**

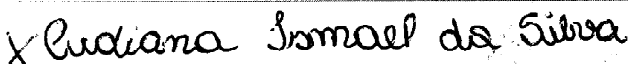
Placa: **PCX0911** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GAS**
Descrição: **1/YAMASAKI DIRT BIKE**

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
(VÍTIMA)

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

12/06/2019 20:01





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

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

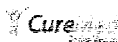
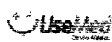




Venho por meio desta informar que,
Audiana Ismael da Silva é minha
paciente e vem sendo assistida por
este serviço desde Março de 2018,
procurou ajuda apresentando um
quadro de Ansiedade, (CID-10) F.41.

Carla Costa Junior
Médica Clínica / Neuropsiquiatria
CRM - 020.486

Recife 10/10/18



Rua Minas Gerais, 91
Ita da Lata - Recife - PE
FONE: 3053-5144
(51) 99219-1580 (whatsapp)





Declaração Médica

A Sra. Anderson Ismael da Silva
está em acompanhamento neste serviço
identificado F41 (C10-10).

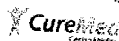
Queixa-x de ansiedade, sudorese, taquicardia,
sensação iminente de morte há ± 07 meses
após acidente (segundo relatos da paciente).
Em uso de Fluoxetina 20 (2+0+0)

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

Segue em acompanhamento.

Dr. G. H. Cavalcante
Pneumologista
CRM-PE-22667

10/10/18



Rua Minas Gerais, 91
Ilha do Leite - Recife - PE
(81) 3053-5144
(81) 99319-1660 (whatsapp)



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

1001
+6
C6
1030060029

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

TC 1020610079
1020610050

AUDIANA ISMAEL DA SILVA

940846

Data e Hora de Atendimento:

04/03/2018

08:09

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL

Atendimento Manual:

Cod. Paciente: 1624938

Paciente: AUDILENE ISMAEL DA SILVA SIC

Data de nascimento: 01/09/1987

Idade: 30a 2m 2d

01/09/1987

Sexo: FEMININO

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão:

Acompanhante:

AMARA DE LOURDES DO NAS

DOC ID / Data expedição

Mãe: IGNORADO LARIA JOSE ISMAEL DA SILVA

7496159

Pai: LONIVAL ISMAEL DA SILVA

União SUS:

Endereço: RUA SAO PAULO

Bairro: CANDEAS

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Numero 1

Complemento: CASA B

UF: PE Telefone: 85119505

Ocorrências: CPF: 08302680494

92108.7952

99308-4488

993776817

Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO)

Procedência: VIA PUBLICA

Informações do Serviço Social: 04/03. Paciente com vínculo familiar.

Confirmação de nome: Audiana Ismael da Silva

Confirmação de endereço: Rua Canaã - 100 - Bloco 2 - Apt. 101

Procedência: Alta ☐ Caso Social ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐

Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐

Outros: 12/07/18 Data notificação de comparecimento

acompanhar a esposa da UG e CPF. Deixou

conhecida a família de onde compareceu ao UG e CPF.

História Clínica: Paciente com história de colisão moto - carro

relato da perda da consciência logo após a colisão.

Nega ingestão de bebida alcoólica.

APÓIO BAIXADO

FUNÇÃO

Perda de consciência: Sim ☒ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por:

Imobilização Cervical: Sim ☒ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☒ Não ☐ Por Quê?

Exame Físico:

A: Geral: Via aérea está pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp:

B Respiratório: Ausculta pulmonar: VLB AHT, SIAN

C Circulatório: PA: X HR: 100 Pulso: bpm

Pele: mucosas cor-de-rosa e úmidas.

04/03/2018

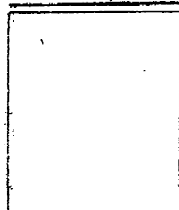


HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

04/03/2018 07:58



Nome Paciente: ALDIANE ESMAEL DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Feminino
Idade: 30
Senha: 00015
Convênio:
Atendimento:

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

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

QUEIXA DE MOTO HA 1 HORA, RELATA PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA VOMITOS. APRESENTA FERIMENTO EM REGIÃO OCCIPITAL E FRONTAL, QUEIXA-SE DE DOR EM 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





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

9:54

Conceição Sade

04/03/18

Paciente estavel hemodinamicamente, algo sonolenta, expiracao normalizada.

AR: NVL AUF, S/D A PR: 18 bpm

Abd: flácido, indolente

Glasgow: 15

Pupila: isocoricas

Rx tórax: s/ infiltrado, derrame vascular nulo.

Ed: ① Solicito avaliação de UCA e Ortopedia

② Alta de Conceição Sade -

Ícaro Lage
Médico
CRM: 28.502

10:07 4/3/18

Traumatologia

Paciente vítima de acidente automobilístico rolado no ar em asfalto.

No exame GCS normal

Neuma vascular normal em MSA sem

Sinais clínicos de fratura

Rx em Sinos de fratura ou luxação.

Ed: PML do Traumatologia

② à NER

Dr. Bruno Avelar

Médico

CRM-PE 24626

③ Diprone 01 mg + AD 6V

④ Tioril 01 mg + AD 6V

MUD 04/03/18 em ODH

TCOR

ECG 15. PTA e fraco e quito.

TCORNO: Ser lista normal e exames e fracos
co Análise de Sinais

Produzido no Sistema Clínico Hospitalar da ABO Nível

COD. 0123



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=19091814280867500000050225274>

Número do documento: 19091814280867500000050225274



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Hospital da Restauração / Neurocirurgia

Evolução de Enfermagem

PERNAMBUCO

Paciente:

Audreane T. M. 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 - s/ localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descorb.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	

Total: 15 pontos.

TRM ☐ Sim ☐ Não Franquel: _____

A - Perda motora e sensitiva completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente
D - Motricidade funcional presente E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).

Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: _____

Venoclise: ☒ AVP ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso.

Dietas: ☒ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavagem
☐ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta

Eliminações Intestinais: ☒ Normais ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarréia

Diurese: ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____

Pele: ☐ Inteira ☒ Lesionada *free*

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: _____ ☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____

Queixas: _____

Exames: _____

Pareceres: _____

Observações (Diurnas / Noturnas): *Cond. físico q/2 alta* *Nadia M. Rocha Gomes*
Ass: *COREY*

Data: / /

Glasgow	
Abertura Ocular	Resposta Verbal
<input 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 type="checkbox"/> Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descorb.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	

Total: _____ pontos.

TRM ☐ Sim ☐ Não Franquel: _____

A - Perda motora e sensitiva completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente
D - Motricidade funcional presente E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).

Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: _____

Venoclise: ☐ AVP ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso.

Dietas: ☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavagem
☐ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta

Eliminações Intestinais: ☐ Normais ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarréia

Diurese: ☐ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____

Pele: ☐ Inteira ☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: _____ ☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____

Queixas: _____

Exames: _____

Pareceres: _____

Observações (Diurnas / Noturnas): _____

Diurno: _____ Ass: _____

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

COD. 0013

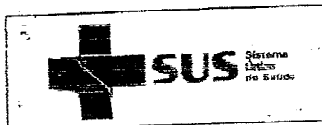


Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 18/09/2019 14:28:08

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091814280867500000050225274

Número do documento: 19091814280867500000050225274

Num. 51022976 - Pág. 7



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

0000655

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Audilene Gomes da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

940846

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/01/1978

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC Crânio

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC Coluna Cervical

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

01

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

01

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de Colisão com carro - parte da coluna cervical, com dor a palpação de Coluna Cervical.

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04/03/18

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

**ICARAI LOPES
Médico
CRM 125.002**

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

04/03/2018

Cod. 0421



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: _____

Enf / Leito: _____

Registro: _____

DIA: 04/03

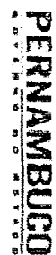
DIA:	DIA:	DIA:	DIA:	DIA:
HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 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

Assinatura da Enfermeira
GISELE VALENCA DE MEDEIROS
COPEN 201413

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10				
16				
22				
10				
16				
22				
10				
16				
22				

SINAIS VITAIS
Frequência Cardíaca
Frequência Respiratória
Temperatura
Pressão Arterial

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PRESCRIÇÃO CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

TRATAMENTO DO AVC

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME DO PACIENTE	ENFLEITO	REGISTRO	DIA	DIA	DIA	DIA*	DIA
MEDICAMENTO	DOSE 100 ml	VIA	INTERN.	HORARIO	HORARIO	HORARIO	HORARIO
1 - SORO FISIOLÓGICO 0,9 %	IV	IV	24h				
2 - RANTIDINA - 01 AMPOLA + AD	IV	IV	12 / 12h				
3 - PLASIL + AD	ATE	ATE	S/N				
4 - DIPRONA (2,8) AD	IV	IV	8 / 8h				
5 - LIQUEMINE 0,25ml	SC	ATE	S/N				
OU CIPRYANE 40	SC	SC	6 / 6h				
6 - CAPOTEN 25 OU CP	SL	/ DIA	12 / 12h				
7 - INSULINA SIMPLES CONFORME HGT	SC	SV					
8 - 200 - 400 U - 300 = 4un 301-400 = 5un 400 = 12un	GZCT	VO /	1ch				
9 - SAS 100g	SNG						
CUIDADOS	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO
1. DIETA ZERO ATE 2° ORIENTAÇÃO							
INSTALAR SNG							
2. MEDIR DUREZA	SVD	PRESERVATIVO					
3. HGT							
4. MUDAR DECÚBITO 3/3h							
5. CABECEIRA 30°							
6. SSV							
ASSINATURA DO MÉDICO							

Cod. 0422



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. 5, §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

