

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Eu, Marcia Regina dos Santos Lima Nascimento, brasileiro, com RG 4783463 SOS, CPF/MF 781051974-15, email, residente e domiciliado

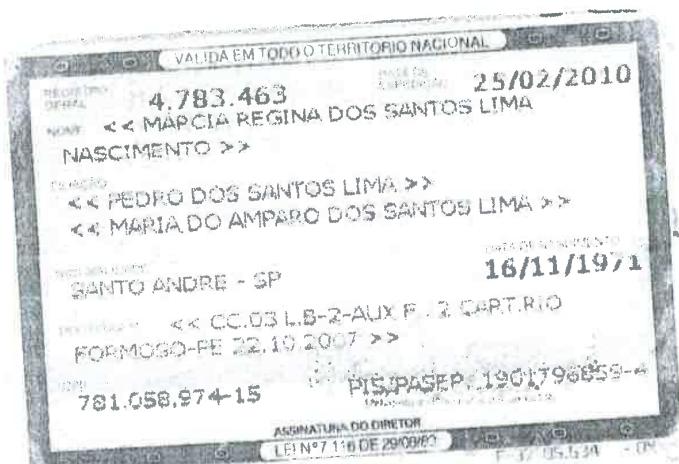
Rua São João, 176 - Sorocim Brasil  
Clube CEP 53290-120, por este instrumento particular de mandato, nomeia e constitui seu bastante procurador, Bel. RODRIGO ALVES DIAS, brasileiro, solteiro, advogado, registrado no OAB/PE sob o nº 23.351-D e o Bel. JAIME MARÇAL DANTAS FILHO, brasileiro, casado, advogado, registrado na OAB/PE sob o nº 33.947, todos com escritório localizado a Rua Helena de Lemos, n. 330, Empresarial da Ilha, Sala 102, Recife/PE, a quem concede amplos poderes para, com a cláusula "ad judicia et extra" representar o outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor, assistente, réu ou em qualquer modo interessado; interpor todos os recursos em direito admitidos, inclusive perante a Superior Instância, variar de ações, requererem medidas preparatórias ou preventivas, e mais os poderes especiais, transigir, desistir, firmar acordos, receber, dar quitação, confessar, retirar alvará, representar em audiência, reconhecer a procedência do pedido, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita, assinar declaração de hipossuficiência econômica e finalmente, praticar todos os demais atos necessários para o bom e cabal desempenho do presente mandato, especialmente para MOVER AÇÃO DE RESPONSABILIDADE CIVIL E OU SECURITARIA, podendo ainda autorizar seus procuradores supra a requerer os benefícios da Assistência Jurídica Gratuita nos termos da Lei 1.060/50 e 7.115/93, por último praticar todas as medidas necessárias para o bom e fiel cumprimento de presente mandato, inclusive substabelecer, bem como os poderes especiais para realizar a retirada de alvará judicial de pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinete e afins.

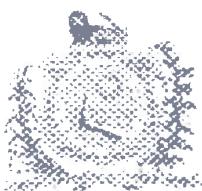
Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Marcia Regina dos Santos b. nascimento  
RG.

Empresarial da Ilha - Rua Helena de Lemos, n. 330, sala 102, Ilh. do Retiro, Recife-PE CEP 50750-630.







**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS -**  
**DP25ªCIRC DIM/7ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 16E0115003626**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/09/2016** às  
**15:20**

Complementa o BO Número: 16E0115003044

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia **19/6/2016** às **10:45**

Fato ocorrido no endereço: **RUA PARANA, 1, PRÓXIMO AO TERMINAL DO ONIBUS, DE JARDIM BRASIL** - Bairro: **JARDIM BRASIL - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDA ( AUTOR \ AGENTE )  
JEAN DE CRISTO AGOSTINHO ( OUTRO )  
MARCIA REGINA DOS SANTOS LIMA NASCIMENTO ( VÍTIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): JEAN DE CRISTO AGOSTINHO

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

**MARCIA REGINA DOS SANTOS LIMA NASCIMENTO** (presente ao plantão) - Sexo: Feminino  
Mãe: **MARIA DO AMPARO DOS SANTOS LIMA** Pai: **PEDRO DOS SANTOS LIMA**  
Data de Nascimento: **16/11/1971** Naturalidade: **SANTO ANDRE / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **4783463/SDS/PE (RG), 78105897415 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)**  
Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **DANCARINO(A)** Telefones Fixos: - 988818188

Telefones Celulares:  
- 988818188

Endereço Residencial: **RUA JOAO PESSOA, 176, JARDIM BRASIL I - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM BRASIL - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JEAN DE CRISTO AGOSTINHO** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Mãe: **ENEIDE DE CRISTO LEAL AGOSTINHO** Pai: **REGINALDO ANTONIO AGOSTINHO** Data de Nascimento: **10/9/1978** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:



**4899841/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO**  
Profissão: TÉCNICO ELETRÔNICO Telefones Fixos:  
- 987547148

Endereço Residencial: RUA JOÃO PESSOA, 176 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM BRASIL - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESENHECIDA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JEAN DE CRISTO AGOSTINHO, que estava em posse do(a) Sr(a): JEAN DE CRISTO AGOSTINHO**  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/XRE300 Objeto apreendido: Não  
Cor: BRANCA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: OYN3326 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 100876476 Chassi: 6C2ND1110ER026271  
Ano Fabricação/Modelo: 2014/2014 Combustível: ALCO/GASOL  
Descrição: PL

Complemento / Observação

**SEGUNDO INFORMAÇÕES DA VITIMA TRAFEGAVA NA CITADA MOTOCICLETA COM O SEU COMPANHEIRO DE NOME JEAN, QUANDO NA RUA PARANA AO TENTAR LIVRAR UM BURACO VEIO A SE DESIQUILIBRAR E CAIR, ONDE A SENHORA MARCIA SAIU COM LESÕES NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, ONDE FOI SOCORRIDA PELO SEU COMPANHEIRO PARA UPA DA CIDADE TABAJARA ODE DEU ENTRADA COM O NUMERO 4943358, E DE LA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, ONDE FEZ DUAS CIRURGIA. NADA MAS DIGNO DE REGISTRO.**

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

**MARCIA REGINA DOS SANTOS LIMA NASCIMENTO  
(VITIMA)**

**JEAN DE CRISTO AGOSTINHO  
(OUTRO)**

B.O. registrado por: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO MAT. 220.926-8 -  
Matrícula: 220.926-8



Atendimento: 1007589  
Data e Hora: 19/06/2016 11:56

Senha da Classificação:

0093

Paciente: 410203 MARCIA REGINA DOS SANTOS LIMA Sexo: FEMININO  
Data do Nascimento: 16/11/1971 Idade: 44 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO  
Nome da Mãe: MARIA DO AMPARO DOS SANTOS LIMA Nome do Pai:  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567  
Endereço: JOAO PESSOA -- 176 Bairro: JARDIM BRASIL  
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53290120 Usuário Atendimento: ALEXSANDRAMS  
RG (Identidade): Data de Emissão:  
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 30990398  
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

*Dores dor no pé direito glúteo com edema*

Exame Físico

*Edema (C) difuso em ponto (C)*

Hipótese Diagnóstico

*Fr. no pé (C)*

Conduta Terapêutica

*Sel. no ponto (C) AF + P.*

Prescrição Médica

*1) Trinat 50mg + 8% c.a. 100ml av  
2) Diprospan 10ml dia + 10ml ev  
3) STANT 500mg dia (C) 13:15  
4) Fumiparina*

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para: *AMK*Senha: *494335*

Carimbo/Marcador

RICARDO MENEZES  
UPA24h  
CNPJ: 22.860-000/0001-01



1007589

IMOBILIZAÇÃO





**Protocolo de Encaminhamento**

**TIPO DE OCORRÊNCIA**

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

SENHA 4943360

**IDENTIFICAÇÃO**

Idade:

Nome do Paciente:

RG: 410203 - MARCA REGINA DOS SANTOS LIMA

Sexo: M ( ) F ( ) Profissão:

Mãe: MARIA DE AMPARO DOS SANTOS LIMA

Fone:

1007598 1815921

Bairro:

Endereço Residencial:

Cidade:

**CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)**

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )

Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )

Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto: S( ) N( )

Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S( ) N( )

Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )

Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador:

Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )

Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )

Queda: ( ) Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura

Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo ( ) Arma Branca/Tipo:

Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Cigarro:

Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Eleção ( ) Capotamento

**CAUSAS CLÍNICAS**

História Clínica Atual:

*Paroxsismo de dor de estômago de origem da perna*

Antecedentes:

*alergia a cloridrato de sódio*

*antecedentes*

*Hipótese Diagnóstica: Ex. Gás da Bufeira*

**AVALIAÇÃO CLÍNICA**

Glicemia Capilar (HGT):

Temperatura:

F.C.:

P.A.:

x

Vias Aéreas: FR Dispneia S( ) N( ) Tiragem Intercostais S( ) N( ) Obstrução Vias Aéreas: S( ) N( )

Sibilos Expiratórios: S( ) N( ) BAN\* S( ) N( ) Deformidade do Tórax: S( ) N( ) Gemido/Estridor: S( ) N( )

Distúrbio Fala/Choro: S( ) N( )

Agitação Psicomotora: S( ) N( ) Lesões de face: S( ) N( ) Retração Xifoide: S( ) N( )

Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )

Pulso: Rítmico ( ) Arrítmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )

Colocação da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )

Sudorese: S( ) N( ) Desidratado: S( ) N( ) Ictérico: S( ) N( )

FR: RN 35-50  
< 1 ano 30-50  
Crianças 20-30  
Adulto 12-30

FC: RN 120-160  
< 1 ano 90-140  
Criança 80-110  
Adulto 60-100





HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

EL ARRAS  
PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Classificação de Risco - Protocolo

Última hora rotitada da senha: 19/06/2016 15:59

DATA E HORA RETIRADA DA SENHA: 19/06/2016 15:59

Nome Paciente: MARCIA REGINA DOS SANTOS LIMA NASCIMENTO  
Cód. Paciente: 91989  
Data de Nascimento: 16/11/1971  
Sexo: Feminino  
Idade: 44  
Senha: 0021  
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Atendimento: 383614   
SAME: 81780

Page 1 of 19 19/06/2016 16:14 - 19/06/2016 16:18

Periodo: 19/06/2016 16:14 19/06/2016 16:14  
CARLA DANIELE SANTORO DE MELO - COREN: 354495 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSE: 1

**CARLA DANIELE SANTORO DE MELLO** - NAO URGENTE - VERDE

### Periodos:

VERDE

PO ENCAMINHADO UPA DE OLINDA COM SENHA 4943350 COM HD. FRATURA  
ANTERIOR E APÓS VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ APROX 12 HORAS

### Opções de envacado: NEGA HAS + DM

SPO 95%  
TRAUMA  
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

### Conclusions

- FRECUENCIA CARDIACA: 103.00 BPM  
- P.A. SISTOLICA: 117.00 MMHG  
- P.A. DISTOLICA: 110.00 MMHG

Y brr

Acolhido(a) por: CARLA DANIELE SANTORO DE MELO - COHEN; 354495 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO/A  
Data impressão: 19/06/2016 16:18

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 30/09/2019 13:37:42

Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 30/09/2019 13:37:42  
<https://pie.tipe.jus.br:443/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909301337421880000050797861>

Número do documento: 1909301337421880000050797861

Núm. 51610275 - Pág. 8



HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 333614

Senha da Classificação:

0021

Data e Hora: 19/06/2016 16:03

Paciente: 91989 MARCIA REGINA DOS SANTOS LIMA NASC Sexo: FEMININO  
Data do Nascimento: 16/11/1971 Idade: 44 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Nome da Mãe: MARIA DO AMPARO DOS SANTOS LIMA Nome do Pai: PEDRO DOS SANTOS LIMA  
Estado Civil: CASADO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346  
Endereço: RUA JOAO PESSOA 176 Bairro: JARDIM BRASIL  
Cidade/UF: OLINDA PE Usuário Atendimento: MONICABSL

**Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

*Princípio alergia a medicamento que possivelmente é de origem natural  
com sintomas intensos e agudos. No  
alergia a monossilicato*

Exame Físico

*Exames obto + dor + edema intenso e agudo  
preservador presente*

Hipótese Diagnóstico

*Intoxicação por antíbiótico agudo.*

Prescrição Médica

*1) Alertado por seu funcionário sobre plantão noturno encantado  
paciente de volta para UPA devido dor intenso em extremitades.*

*2) Colocar Rx cotonete (E)*

*3) Profundar + sondar + suturar (F)*

*Fábio Rocha  
Internomedicina  
CRM PE 14472*

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: (  ) Encaminhado ao Ambulatório (  ) Residência

Senha: \_\_\_\_\_

(  ) Transferido: Para \_\_\_\_\_

(  ) Encaminhado ao setor de internação





DR. MIGUEL ARRABES



Evolução Clínica

Nome: Maria Paula da Silva Registro:

Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora

05/09/10 Olhos em 20/06/10

Fevereiro 06/09/10 a 06/09/10

Febre 38,5°C, dor de dor,

Sintomas gripais

Febre 38,5°C

Febre 38,5°C, dor

de dor

Febre 38,5°C, dor

de dor de dor

Febre 38,5°C

curada

DR. MIGUEL  
ARRABES





## FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 333736

Usuário: JOSAFAXA

Rua Estrada da Fazendinha, S/N  
Jaguaribe - Paulista - PE  
CEP: 53.400 - 000

### DADOS DO PACIENTE

Paciente:	MARCIA REGINA DOS SANTOS LIMA NASCIMENTO			Prontuário:	91989
Idade:	44a 2m 4d	Sexo:	F	Estado Civil:	CASADO
Profissão:				Escolaridade:	
R.G.:	4783463	C.P.F.:	78105897415	Telefone:	30990398
Endereço:	RUA JOAO PESSOA			, 176	JARDIM BRASIL
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA			CEP:	53290120
Convênio:	SUS - INTERNACAO			Local:	OLINDA PE
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA			Data e Hora da Internação:	20/6/2016 10:21
Médico Internação:	GUSTAVO SAMPAIO DE SOUZA LEAO			Plano:	GERAL

### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Número:	MAGDA
Fone:	Cidade:	FATURISTA
	Estado civil:	

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	20 / 06 / 16	Hora da Alta:	
Motivo:	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão		

Condições de Alta: Boas condições clínicas

Diagnóstico Principal....: Fratura dos ossos do antebraço E

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Expediente.....: Osteosíntese com duas placas ICP 3,5

Assinatura do paciente

Marcia Regina dos Santos Lima Nascimento  
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autento a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 333614      Prontuário: 91989      SAME: 81780  
Paciente.....: MARCIA REGINA DOS SANTOS LIMA NASCIMENTO  
Endereço.....: RUA JOAO PESSOA  
Bairro.....: JARDIM BRASIL  
Cidade.....: OLINDA  
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA  
CID Principal.....:  
CID's Secundários. ....:  
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO  
Data Saída.....: 20/06/2016

Hora Atend: 16:03      Data Atend: 19/06/2016  
Idade: 44 a  
UF.: PE      CEP: 53290120  
Plano.: PLANO UNICO

Prestador da Evolução Médica: GUSTAVO SAMPAIO DE SOUZA LEAO

Hora Saída : 10:19

GUSTAVO SAMPAIO DE SOUZA LEAO / 11075  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 30/09/2019 13:37:42  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19093013374218800000050797861>  
Número do documento: 19093013374218800000050797861

Num. 51610275 - Pág. 12

Atendimento: 333736

Dt. Atendimento: 20/06/2016 - 10:21

Dt. Alta: 21/06/2016 - 16:22

Paciente: 91989 MARCIA REGINA DOS SANTOS LIMA NASCIMENTO

Serviço: 37-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1-SUS-INTERNACAO

Leito: 21-ORTL-511-LEITO 603 Plano: 1-GERAL

Motivo Alta: 1-ALTA MELHORADA Usuário: THIAGOCMA

CID: S524 FRATURA DAS DIAFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

Procedimento de Alta: 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 30/09/2019 13:37:42  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19093013374218800000050797861>  
Número do documento: 19093013374218800000050797861

Num. 51610275 - Pág. 13

Aviso de Cirurgia: 37059  
Paciente: 91989  
Convênio: Atend.: 1  
Leito: 703  
Dt. Início: 20/06/2016 12:02  
Cid Pré-Operatório: S524  
Cid Pós-Operatório: S524

Sala: 0002 SALA 02  
MARCIA REGINA DOS SANTOS LIMA NASCIMENTO Atendimento: 333736  
SUS - INTERNACAO  
VERD2-27  
Dt. Fim: 20/06/2016 12:58  
FRATURA DAS DIAFISES DO RÁDIO E DO CUBITO [ULNA]  
FRATURA DAS DIAFISES DO RÁDIO E DO CUBITO [ULNA]

Procedimento: 0408020423  
Convênio: 001  
Anestesia: 74

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO  
SÍNTESE)  
SUS - INTERNACAO  
BLOQUEIO DE NERVOS DE MMSS

CIRURGIAO

13246 FRANCISCO RAFAEL DO COUTO SOARES

**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

CIRURGIA: OSTEOSÍNTESE COM 2 PLACAS DCP 3,5

CIRURGIAO: DR FRANCISCO

1º AUXÍLIO: DR BRUNO

2º AUXÍLIO: DR YURI

ANESTESIA: BLOQUEIO DE MSE

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. REALIZADA INCISAO ANTERIOR PARA RÁDIO;
5. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA RÁDIO ESQUERDO;
6. FIXAÇÃO COM PLACA DCP 3,5 DE 6 FUROS COM 6 PARAFUSOS CORTICAIIS
7. REALIZADA INCISAO NA BORDA ULNAR ESQUERDA
8. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DA ULNA ESQUERDA
9. FIXAÇÃO COM PLACA DCP 3,5 DE 7 FUROS COM 7 PARAFUSOS CORTICAIIS
10. LIMPEZA COM SF 0,9% 06 LITROS
11. SUTURA POR PLANOS;
12. CURATIVO;

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

*9807-9*  
DR(A) : FRANCISCO RAFAEL DO COUTO SOARES  
CRM : 13246

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





## EVOLUÇÃO DA TECNOLOGIA

### Registro

## Entrevistas

1800

Paciente feminina estéril, sem never ginecologico.

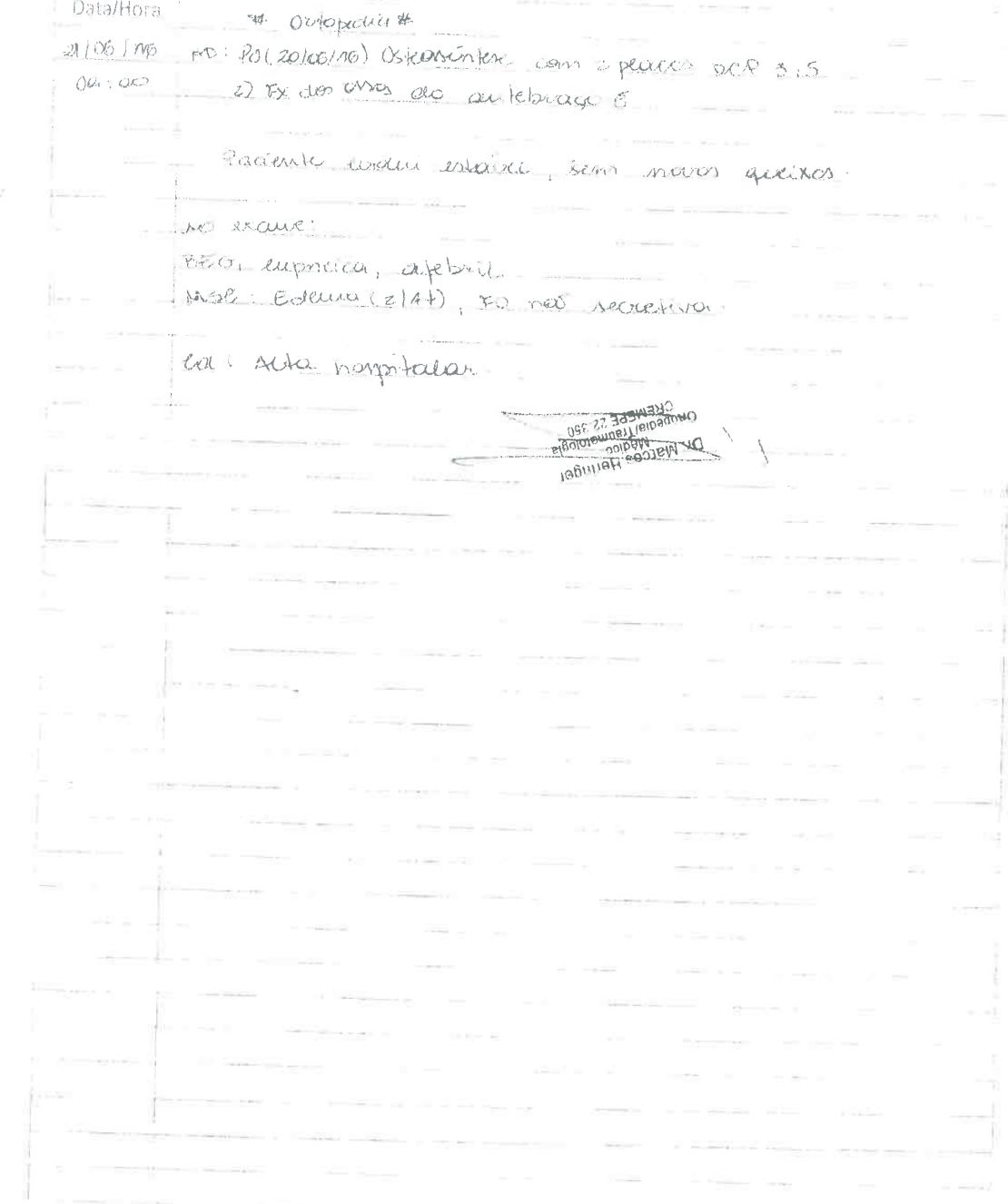
No excuse.

*Pterospermum euphorbiifolium*

Male: Edema (2/4+), EO very secretory.

col 1 Alta hospitalar.

DR. MARCUS HELLIGE  
Medizinische Hochschule Hannover  
URMUS/Transfusionslogistik  
CRIMES/22.350





2016 ANAISI L APPARES



### RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Marcos Requena de Souza REG. 04789

IDADE: 44 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO: 20/05/16 DATA DA ALTA: 21/05/16

DIAGNÓSTICO: Fratura das costas de vértebra C.

#### TRATAMENTO REALIZADO:

Osteosíntese com 2 placas DCP 3,5

#### ORIENTAÇÃO:

Retorno ao ambulatório de 15 dias  
Tome 4 medicamentos por dia

#### PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM  NÃO

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 15/06/16

DR. MARCOS HENRIQUE  
Ortopedista/Reumatologista  
CRM PE 22.350

#### ASSINATURA DO MÉDICO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS





## RECEITUÁRIO

“ESTE MATERIAUÉ O MELHOR ALIMENTO PARA SEU CACHORRO”



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 30/09/2019 13:37:42  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909301337421880000050797861>  
Número do documento: 1909301337421880000050797861

Núm. 51610275 - Pág. 17



Tribunal de Justiça de Pernambuco  
Poder Judiciário  
**Seção B da 9ª Vara Cível da Capital**

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

Processo nº **0061775-18.2019.8.17.2001**

AUTOR: MARCIA REGINA DOS SANTOS LIMA

RÉU: TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A., SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT

**DESPACHO**

Intime-se a parte autora para que, em 15 dias, recolha as custas ou demonstre de forma consistente sua impossibilidade para tal, sob pena de indeferimento da inicial.

Recife-PE, 30/09/2019.

Dr. Carlos **Gean** Alves dos Santos

JUIZ DE DIREITO1



Assinado eletronicamente por: CARLOS GEAN ALVES DOS SANTOS - 30/09/2019 14:18:52  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19093014012464600000050801543>  
Número do documento: 19093014012464600000050801543

Num. 51614334 - Pág. 1



Tribunal de Justiça de Pernambuco  
Poder Judiciário

### **DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU**

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

---

Seção B da 9ª Vara Cível da Capital  
Processo nº 0061775-18.2019.8.17.2001  
AUTOR: MARCIA REGINA DOS SANTOS LIMA

RÉU: TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A., SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO  
DPVAT

#### **INTIMAÇÃO DE DESPACHO**

Por ordem do(a) Exmo(a). Dr(a). Juiz(a) de Direito do Seção B da 9ª Vara Cível da Capital, fica(m) a(s) parte(s) intimada(s) do inteiro teor do Despacho de ID \_\_\_\_\_, conforme segue transscrito abaixo:

*"[Digite o despacho]"*

#### **DESPACHO**

Intime-se a parte autora para que, em 15 dias, recolha as custas ou demonstre de forma consistente sua impossibilidade para tal, sob pena de indeferimento da inicial.

Recife-PE, 30/09/2019.

Dr. Carlos **Gean** Alves dos Santos

**JUIZ DE DIREITO1**

RECIFE, 1 de outubro de 2019.

**ADALBERTO FERREIRA DE ARAUJO**  
**Diretoria Cível do 1º Grau**



Assinado eletronicamente por: ADALBERTO FERREIRA DE ARAUJO - 01/10/2019 14:55:26  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100114552612200000050877403>  
Número do documento: 19100114552612200000050877403

Num. 51692646 - Pág. 1

**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE OLINDA – PERNAMBUCO.**

**MARCIA REGINA DOS SANTOS LIMA**, já devidamente qualificado nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT** que move contra **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S.A. E OUTRA**, vem, através de seu Advogado ao final assinado juntar DOCUMENTOS DE COMPROVAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA conforme solicitação deste douto julgador.

O Autora se encontra em situação de desemprego, e a única renda é advinda do programa social BOLSA FAMÍLIA, portanto não possui condições de arcar com as custas judiciais desta demanda sem prejudicar seu sustento e da sua família.

Dessa forma, espera que entenda o duto juizo, a situação de hipossuficiência do autor em arcar com as custas processuais.

Ante tal cumprimento, pugna pelo aprazamento de perícia judicial, visando adequação da debilidade a qual o autor fora acometido, nos termos da legislação vigente.

Nestes termos

Pede deferimento

**RODRIGO ALVES DIAS – OAB/PE 23.351**

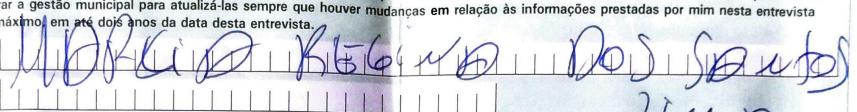
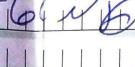
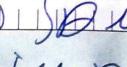
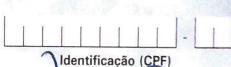
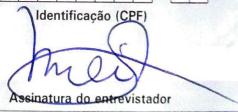
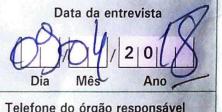
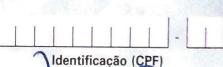
**JAIME MARÇAL DANTAS – OAB/PE 33.947**





Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 04/10/2019 16:01:10  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1910041601101710000051089360>  
Número do documento: 1910041601101710000051089360

Num. 51908775 - Pág. 2

COMPROVANTE DE PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES			
Governo Federal <b>Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome</b> Secretaria Nacional de Renda de Cidadania Departamento do Cadastro Único		<b>Formulário Principal de Cadastramento F1</b>	
Declaro, sob as penas da lei (Art. 299 do Código Penal), que as declarações contidas neste formulário correspondem à verdade e comprometo-me a procurar a gestão municipal para atualizá-las sempre que houver mudanças em relação às informações prestadas por mim nesta entrevista ou, no máximo, em até dois anos da data desta entrevista.			
Nome	 Identificação (CPF)  Identificação (Título de Eleitor) 		
Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar			
Nome do município	 Identificação (CPF)  Assinatura do entrevistador 		
Código familiar	Data da entrevista  Dia 09 Mês 12 Ano 18	Entrevistador	
Modalidade da operação Inclusão Alteração	Telefone do órgão responsável		

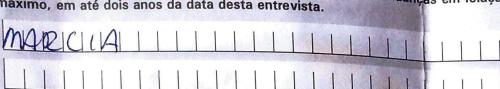
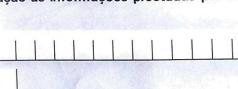
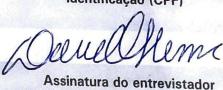
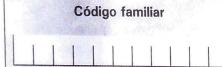
**CAIXA**

Ministério do Desenvolvimento  
Social e Combate à Fome

**BRASIL**  
GOVERNO FEDERATIVO



*Recado do*

COMPROVANTE DE PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES		
<b>Governo Federal</b> <b>Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome</b> Secretaria Nacional de Renda de Cidadania Departamento do Cadastro Único	<b>Formulário Avulso 1</b> <b>Identificação do Domicílio e</b> <b>da Família</b> <b>F2.01</b>	 Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar
Declaro, sob as penas da lei (Art. 299 do Código Penal), que as declarações contidas neste formulário correspondem à verdade e comprometo-me a procurar a gestão municipal para atualizá-las sempre que houver mudanças em relação às informações prestadas por mim nesta entrevista ou, no máximo, em até dois anos da data desta entrevista.		
Nome <b>MARICIA</b> 	<b>Identificação (CPF)</b> 	<b>Identificação (Título de Eleitor)</b>
 Assinatura do entrevistador		
Nome do município <b>OKINDA</b>	<b>Código familiar</b> 	<b>Data da entrevista</b> <b>02/106/2016</b> Dia Mês Ano
<b>Modalidade da operação</b> Inclusão Alteração	<b>Telefone do órgão responsável</b> <b>3429 0159</b>	<b>Entrevistador</b> 

**CAIXA**

Ministério do Desenvolvimento  
Social e Combate à Fome

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

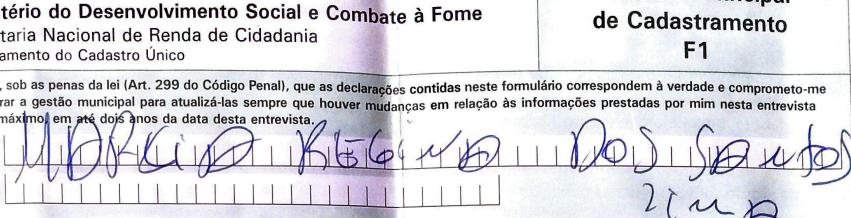
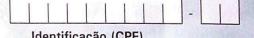
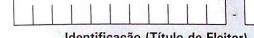
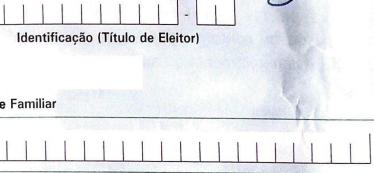
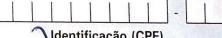
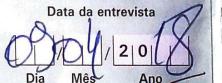
**Reclamações e Sugestões**  
 SAC CAIXA: 0800 728 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)  
 Para pessoas com deficiência auditiva: 0800 268 2492  
 Ouvidoria: 0800 725 7474 (reclamações não solucionadas e denúncias)  
[caixa.gov.br](http://caixa.gov.br)

31.440 v003



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 04/10/2019 16:01:10  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1910041601103570000051091073>  
 Número do documento: 1910041601103570000051091073

Num. 51910588 - Pág. 1

COMPROVANTE DE PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES		Formulário Principal de Cadastramento F1
Governo Federal <b>Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome</b> Secretaria Nacional de Renda de Cidadania Departamento do Cadastro Único		
Declaro, sob as penas da lei (Art. 299 do Código Penal), que as declarações contidas neste formulário correspondem à verdade e comprometo-me a procurar a gestão municipal para atualizá-las sempre que houver mudanças em relação às informações prestadas por mim nesta entrevista ou, no máximo, em até dois anos da data desta entrevista.		
Nome	 Identificação (CPF)  Identificação (Título de Eleitor) 	
Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar		
Nome do município	 Identificação (CPF)  Assinatura do entrevistador 	
Código familiar	Data da entrevista  Dia 09 Mês 10 Ano 18	Entrevistador
Modalidade da operação Inclusão Alteração	Telefone do órgão responsável	

**CAIXA**

Ministério do Desenvolvimento  
Social e Combate à Fome

**BRASIL**  
GOVERNO FEDERAL





Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 04/10/2019 16:01:10  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100416011055700000051091076>  
Número do documento: 19100416011055700000051091076

Num. 51910591 - Pág. 1

## QUALIFICAÇÃO CIVIL

Situação Militar: .....  
Doc. ..... N° ..... Órgão ..... *ESTAD* *ET*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em .....  
Doc. Ident. N° ..... Exp. em ..... / ..... / .....  
Estado .....  
Obs. .....  
Data Emissão ..... / ..... / ..... DRT .....  
~~Assinatura do Funcionário~~

## ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Name.....

Doc

.....

~~2 d 0000~~

.....

Nome .....

Doc.....

Est. Civil.....

DOC.....

Est. Civil.....

Doc.....

Nascimento .....

.....



## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador Prefeitura Municipal do Rio Formoso  
 CGC/MF 10.291.177/0001-48 B. Rua Barão do Rio Branco N° 153  
 Município RIO FORMOSO Est. PE  
 Esp. do estabelecimento REP. PÚBLICA  
 Cargo Aux. de Disciplina

CBO nº .....  
 Data admissão 30 de Marco de 19 94

Registro nº ..... Fls./Ficha .....

Remuneração especificada R\$ 78.400,00  
(Setenta e oito mil quatrocentos  
Quarenta Reais) por mês

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Jose Hilda Hacker

1º ..... 2º .....  
 Data safda 30 de Setembro de 19 94

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD N° .....

vide dor no bo



## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador Prefeitura Municipal  
do Rio Formoso  
Rua Barão do Rio Branco N° 153  
 Município RIO FORMOSO Est. PE  
 Esp. do estabelecimento Rep. PÚBLICA  
 Cargo Aux. Serv. Educ.

CBO nº .....  
 Data admissão 01 de Marco de 19 2001

Registro nº ..... Fls./Ficha .....

Remuneração especificada R\$ 163.51 (cento e  
sessenta e cinco reais)  
mensal

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Jose Hilda Hacker

1º ..... 2º .....  
 Data safda 09 de Setembro de 19 2001

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD N° .....

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....  
 .....  
 CGC/MF ..... Rua ..... Nº .....  
 Município ..... Est. ....  
 Esp. do estabelecimento.....  
 Cargo .....  
 ..... CBO nº .....  
 Data admissão ..... de ..... de 19 .....  
 Registro nº ..... Fls./Ficha.....  
 Remuneração especificada.....  
 .....  
 .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....  
 Data saída ..... de ..... de 19 .....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....  
 ispesa CD Nº.....

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....  
 .....  
 CGC/MF ..... Rua ..... Nº .....  
 Município ..... Est. ....  
 Esp. do estabelecimento.....  
 Cargo .....  
 ..... CBO nº .....  
 Data admissão ..... de ..... de 19 .....  
 Registro nº ..... Fls./Ficha.....  
 Remuneração especificada.....  
 .....  
 .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....  
 Data saída ..... de ..... de 19 .....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD Nº.....



## TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: [WWW.MTE.GOV.BR](http://WWW.MTE.GOV.BR)

## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO



## CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

164.08915.40-0

NÚMERO

9471953

SÉRIE

0050

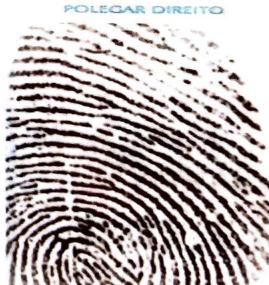
UF

PE

*Marcia Regina dos Santos Dâma*

ASSINATURA DO TITULAR

VALID



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 04/10/2019 16:01:10  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100416011089600000051091081>  
Número do documento: 19100416011089600000051091081

Num. 51910596 - Pág. 1