

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

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

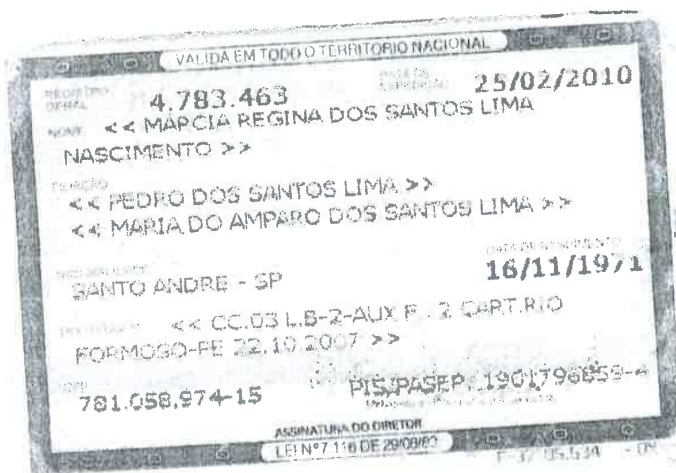
Rua São Pessoa, 176 - Sorclim Brasil
Cidade CEP 53290-120, por este instrumento particular de
mandato, nomeia e constitui seu bastante procurador, Bel.
RODRIGO ALVES DIAS, brasileiro, solteiro, advogado, registrado no
OAB/PE sob o nº 23.351-D e o Bel. JAIME MARÇAL DANTAS FILHO,
brasileiro, casado, advogado, 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
amplas 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, requerer 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 do 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.

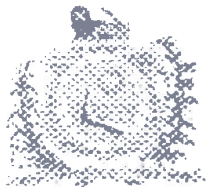
Recife, _____ de _____ de _____.

Marcia Regina dos Santos L. 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 Nº. 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 - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **19/6/2016** às **10:45**

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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:
- 888918188
Telefones Celulares:
- 888918182

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:

08/09/2016 18:25



4899841/SDS/PE (RG) Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO**
Profissão: **TECNICO ELETRONICO** Telefones Fixos:
- **987547148**

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

DESCONHECIDA - Ramo de Atividade: **NAO 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: **100876475** Chassi:
9C2ND1110ER026271
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 LESOES NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, ONDE FOI SOCORRIDA PELO SEU COMPANHEIRO PARA UMA DA CIDADE TABAJARA ODE DEU ENTRADA COM O NUMERO 4943350, 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**

08/09/2016 18:25



Atendimento: 1007589

Senha da Classificação:

0093

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

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

Queixa de dor no punho direito com edema
e dor em um punho (C).

Exame Físico

Edema (+) difusível em punho (C).

Hipótese Diagnóstica

Ex punho (C).

Conduta Terapêutica

Ex: na punho (C) A.P.P.

Prescrição Médica

1) Tramadol 50mg + 8h c.a. 100ml ev
2) Dipirona 500mg + 6h EV
3) ATAR, 4x100mg (C)
4) Analgésico
13:15

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: NMA

Senha: 4943350

Carimbo/Médico

Ricardo Menezes
Ortopedista
CRM: 22960



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 4943350

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____ Idade: _____

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

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

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Paciente portador de doença crônica de longa data, com sintomas de insuficiência cardíaca, sendo tratado com medicação adequada.
Hipótese Diagnóstica: Insuficiência cardíaca congestiva.

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ P.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 ()
Pertussis Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () 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



EXAME REUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estimulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estimulo Doloroso 5
Retirada ao Estimulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midriase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Loló () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibióticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade: _____

FIO2: _____

Reanimação Cardíopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Nina CxPD/4PA

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Hora: _____

19/06/2016

Local e data

Ricardo Menezes
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 22960

Médico Assistente



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

da Classificação de Risco - Protocolo

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: 333614
SAME: 81780



Handwritten signature

Período: 19/06/2016 16:14 - 19/06/2016 16:18

CARLA DANIELE SANTORO DE MELO - COREN: 354495 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Caixa Principal:

PO ENCAMINHADO UPA DE OLINDA COM SENHA 4943350 COM HD. FRATURA ANTEBRAÇO E APÓS VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HA APROX 12 HORAS

Observação:

NEGA HAS + DM

Programa sintoma:

SPO 95%

Amplificadores:

TRAUMA

Especialidade:

EVENTO (TRAUMA) HA MAIS DE 6 HORAS
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

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

Handwritten signature

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

Página: 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



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

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19093013374218800000050797861>

Número do documento: 19093013374218800000050797861

Num. 51610275 - Pág. 8

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: MONICARSL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Dor aguda no dorso da mão direita, com inchaço e vermelhidão.
 Dor aguda no dorso da mão esquerda.

Exame Físico

Dor aguda no dorso da mão esquerda, com inchaço e vermelhidão.
 Dor aguda no dorso da mão esquerda.

Hipótese Diagnóstica

Dor aguda no dorso da mão esquerda.

Prescrição Médica

1) Orientado por Dra Luciana para plantão restar em observação
 paciente de volta para UPA de Rx cotovelo em observação.
 2) Colar de Rx cotovelo (E)
 3) Injeção de morfina + analgésico (E)

Fabricio Rocha
 Traumatologista
 CRM-PE 24422

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

Senha

() Encaminhado ao setor de internação



ALEROX



ANTONIO MIGUEL ARRAS



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Amorim Ramon dos Santos Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
05/04/16	O Amorim em 20/06/16
	Foi em dia 2 de Amorim
	de.
	Foi em dia 2 de Amorim
	de.
	Foi em dia 2 de Amorim
	de.
	Foi em dia 2 de Amorim
	de.
	Foi em dia 2 de Amorim
	de.

Radio Kallit
Ocupado
Data de 16/04





FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 333736
Usuário: JOSAFAXA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **MARCIA REGINA DOS SANTOS LIMA NASCIMENTO** Prontuário: 91989
Idade: 44a 7m 4d Sexo: F Estado Civil: CASADO Data de Nascimento: 16/11/1971
Profissão: Escolaridade: Telefone: 30990398 CEP: 53290120
R.G.: 4783463 C.P.F.: 78105897415 OLINDA PE
Endereço: RUA JOAO PESSOA, 176 - JARDIM BRASIL
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 20/6/2016 10:21
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-27
Médico Internação: GUSTAVO SAMPAIO DE SOUZA LEAO

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: Número:
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 20 / 06 / 16 Hora da Alta: :

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: boas condições clínicas

Diagnóstico Principal: Fraturas das ossas do antebraço E

Diagnóstico Secundário01:

Diagnóstico Secundário02:

Observação: Osteossíntese com duas placas DCP 3,5

Médico e CRM:

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

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésicos, 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 _____

Marcia Regina dos S. Lima
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 333614 Prontuário: 91989 SAME: 81780 Hora Atend: 16:03 Data Atend: 19/06/2016
Paciente.....: MARCIA REGINA DOS SANTOS LIMA NASCIMENTO Idade: 44 a
Endereço.....: RUA JOAO PESSOA
Bairro.....: JARDIM BRASIL
Cidade.....: OLINDA UF.: PE CEP: 53290120
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano....: PLANO UNICO
CID Principal.....: -
CID's Secundários.: -
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída.....: 20/06/2016 Hora Saída : 10:19
Prestador da Evolução Médica: GUSTAVO SAMPAIO DE SOUZA LEAO

GUSTAVO SAMPAIO DE SOUZA LEAO / 11075
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



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: 11 ORTL-511-LEITO 003 Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: THIAGOCMA

CID: S524 FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO [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 ARRÁEZ DE ALENCAR



HOSPITAL MIGUEL ARRAES

MV 2900 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

Data: 20/06/2016

Hora: 13:42

Aviso de Cirurgia: 37059

Paciente: 91989

Convênio Atend.: 1

Leito: 703

Dt. Início: 20/06/2016 12:02

Ord. Pré-Operatório: S524

Ord. Pós-Operatório: S524

Sala: 0002

SALA 02

MARCIA REGINA DOS SANTOS LIMA NASCIMENTO

Atendimento: 333736

SUS - INTERNACAO

Carteira:

VERD2-27

Idade: 44 Anos 4 Dias 13 Horas

Dt. Fim: 20/06/2016 12:58

FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]

FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]

Procedimento: 0408020423

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (SINTESE)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 74

BLOQUEIO DE NERVOS DE MMSS

CIRURGIAO

13246 FRANCISCO RAFAEL DO COUTO SOARES

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

CIRURGIA: OSTEOSSÍNTESE COM 2 PLACAS DCP 3,5

CIRURGIÃO: DR FRANCISCO

1º AUXÍLIO: DR BRUNO

2º AUXÍLIO: DR YURI

ANESTESIA: BLOQUEIO DE MSE

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL

2. ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO;

3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;

4. REALIZADA INCISÃO ANTERIOR PARA RADIO;

5. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA RADIO ESQUERDO;

6. FIXAÇÃO COM PLACA DCP 3,5 DE 6 FUROS COM 6 PARAFUSOS CORTICAIS

7. REALIZADA INCISÃO 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 CORTICAIS

10. LIMPEZA COM SF 0,9% 06 LITROS

11. SUTURA POR PLANOS;

12. CURATIVO;

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A): FRANCISCO RAFAEL DO COUTO SOARES
CRM: 13246

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. 14

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome Marcelia Regina dos Santos

Registro _____

Clinica _____

Enfermagem _____

Feito _____

Data/Hora

Dr. Outorador #

21/06/19 10h: 20/06/19) Osikomintox com 2 placas de 3.15
09:00 2) Ex dos cns do antebraço e

Paciente evoluiu estável, sem novos queixos.

No exame:

BO: eufórica, afebril

MSL: Edema (2/4+), FO não reativa.

Ex: Alta hospitalar.

Dr. Marcos Henrique
Médico
Otorrinolaringologista
CREMEB 22.350





INISUEL ARRAS



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME Maíra Regina dos Santos REG 94789

IDADE 44 SEXO F DATA DA ADMISSÃO 20/06/16 DATA DA ALTA 21/06/16

DIAGNÓSTICO: Fratura dos ossos do antebraço E.

TRATAMENTO REALIZADO:

Osteossintese com 2 placas DCP 3,5

ORIENTAÇÃO:

Retorno ao Ambulatório de 15 dias

Terminar medicação prescrita

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM ☒ NÃO ☐

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 15/07/16

Dr. Marcos Herlinger
Médico
Ortopedia/traumatologia
CRM-PE 22.350

ASSINATURA DO MÉDICO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RECEITUÁRIO

Maria Tereza da Silva

Matrícula 2

para exame

Paciente submetida a exame por fratura da costela de referência em 20/6/16.

Com prescrição de medicação a seguir.

CSA 500

Dr. Pedro Thiago
Trombador, Ortopedista
CRM 22.522

ESTE MEDICAMENTO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO





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





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 transcrito 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



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª 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 douto juízo, a situação de hipossuficiência do autor em arcar com as custas processuais.

Ante tal cumprimento, pugna pelo apazamento 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





caixa.gov.br

Solicitor
FP68

**Ministério do Desenvolvimento
Social e Combate à Fome**



COMPROVANTE DE PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Governo Federal
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
Secretaria Nacional de Renda de Cidadania
Departamento do Cadastro Único

Formulário Avulso 1
Identificação do Domicílio e
da Família
F2.01

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 MARICIA

Identificação (CPF)

Identificação (Título de Eleitor)

Marcia Regina dos Santos Lima
Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar

Nome do município OKINDA

Código familiar

Data da entrevista

Entrevistador

02/10/2016
Dia Mês Ano

Identificação (CPF)

Modalidade da operação

Telefone do órgão responsável

3429 0159
Assinatura do entrevistador

Inclusão
Alteração

CAIXA

Ministério do Desenvolvimento
Social e Combate à Fome

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

Reclamações e Sugestões
SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)
Para pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474 (reclamações não solucionadas e denúncias)
caixa.gov.br

31.440 v003

Splicetoi
FP68

CAIXA

Num. 51910589 - Pág. 1



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Marcos De Jesus dos
Marcos De Jesus
 Loc. Nasc. Recife
 Est. PE Data 16/11/1971
 Filação De da o do J. Carlos
De da o do J. Carlos
do J. Carlos
 Est. Civil Desido Doc. Nº 56963
 Fls. 206 Liv. 117 Reg. Civil Nascido
 Outro doc.
 Situação Militar:
 Doc. Nº Órgão EST
 Naturalizado Dec. Nº Est. / /

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
 Doc. Ident. Nº Exp. em / /
 Estado
 Obs.
 Data Emissão 16/11/1999 DRT 99.5

Assinatura do Funcionário
Assessor

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

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc. De da o
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.



12

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador Prefeitura Municipal do Rio Formoso
 CGC/MF 102911770001-48 Rua B. Rio Branco Nº 153
 Município Rio Formoso Est. PE
 Esp. do estabelecimento República Pública
 Cargo Aux. de Disciplina

CBO nº
 Data admissão 30 de Março de 19 94

Registro nº Fls./Ficha

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

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Jose Hildo Hacker

Prefeito

1º
 Data saída 30 de Setembro de 19 94

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

ensa CD Nº

Uma vez por ano

13

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador Prefeitura Municipal do Rio Formoso
 CGC/MF 102911770001-48 Rua Barão do Rio Branco Nº 153
 Município Rio Formoso Est. PE
 Esp. do estabelecimento República Pública
 Cargo Aux. Serv. Educ.

CBO nº
 Data admissão 01 de Março de 19 2001

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada R\$ 163,51 (cento e sessenta e três reais) mensal

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Data saída 09 de Outubro de 19 2000

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa 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

Isenção 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



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 Lima

ASSINATURA DO TITULAR



VALID

POLEGAR DIREITO

