



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS - 30/12/2019 14:12:57
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19123014125789400000055089034>
Número do documento: 19123014125789400000055089034

Num. 55994798 - Pág. 1

NOTA FISCAL | FATURA | 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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

| | | | |
|--|--|--|--|
| DADOS DO CLIENTE FELIPE DOS SANTOS BATISTA CPF: 107.541.984-05 | DATA DE VENCIMENTO 14/05/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 62,42 | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 29/04/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 07/05/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 060240933 | CONTA CONTRATO 007020183319 Nº DO CLIENTE 2014126879 Nº DA INSTALAÇÃO 0002899931 |
| ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA DO SITIO SAO BRAZ 122 SITIO DOS PINTOS/RECIFE 52171-170 RECIFE PE | | | |
| As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br | | | |

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| Descrição | Quantidade | Preço | Valor (R\$) | | | | | |
|--|------------|------------------|-----------------|------|-------------------|-----------------|------|-------------------|
| Consumo Ativo(kWh) | 80,00 | 0,77465570 | 61,97 | | | | | |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 052601166-26/02/19 | | | 0,45 | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| TOTAL DA FATURA | | | 62,42 | | | | | |
| INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS | | | | | | | | |
| ICMS | PIS | COFINS | | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPPOSTO |
| 61,97 | 25,00 | 15,49 | 61,97 | 1,35 | 0,83 | 61,97 | 6,21 | 3,84 |

| | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| Tarifas Aplicadas | HISTÓRICO DO CONSUMO |
| Consumo Ativo(kWh) 0,52242781 | kWh |
| ABR 19 | 80 |
| MAR 19 | 74 |
| FEV 19 | 76 |
| JAN 19 | 80 |
| DEZ 18 | 70 |
| NOV 18 | 80 |
| OUT 18 | 70 |
| SET 18 | 85 |
| AGO 18 | 69 |
| JUL 18 | 71 |
| JUN 18 | 85 |
| MAI 18 | 70 |
| ABR 18 | 80 |

| |
|----------------------------------|
| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |
| RS % |
| Geração de Energia 18,69 30,16 |
| Transmissão 2,77 4,47 |
| Distribuição (Celpe) 12,94 20,88 |
| Encargos Setoriais 3,38 5,37 |
| Tributos 20,17 32,55 |
| Perdas de Energia 4,07 6,57 |
| TOTAL 61,97 100 |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | | | | | | | |
|--|----------------|----------------------|----------------------|---------|-----------|--------|-------------|
| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | ATUAL | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
| P72333 | CAT | 28/03/2019 19.060,00 | 29/04/2019 19.140,00 | 32 | 4.000,00 | 0,00 | 80,00 |
| 05.800.494.7001-41 | | | | | | | |
| TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA | | | | | | | |
| 28 MAI 2019 | | | | | | | |
| DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 29/05/2019 | | | | | | | |

| INFORMAÇÕES IMPORTANTES | | NÍVEIS DE TENSÃO | |
|---|-----------------------|------------------|--|
| TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) | | |
| Boa Vista - CEP: 50.060-010 | | | |
| Pague no ponto mais perto de você! dantas livraria: r gaslao vidigel 26.Várzea / rosa belíssima: rua joão francisco da silva jardim primavera.lista completa em www.celpe.com.br ." | | | |
| Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. 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 prox, mês | | | |
| O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. | | | |

| DESTAQUE AQUI | | | |
|---|---------|--------------------|------------|
| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO |
| 007020183319 | 04/2019 | 62,42 | 14/05/2019 |
| TALÃO DE PAGAMENTO | | | |
| Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica. | | | |

| PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO | | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |
|---|--|-----------------------|
| | | |



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES,
brasileiro (a), estado civil Casado, profissão Superintendente,
RG nº 3213766, CPF/MF nº 519.852.924-91,
residente e domiciliado (a) na Rua do Sítio São Braz,
nº 122, bairro Sítio dos Pintos, Cidade Recife,
Estado PE, CEP 52171-070.

OUTORGADO: PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrita na OAB/PE nº 50.813, com endereço profissional na Rua Carneiro Vilela, nº 250, 1º Andar, Sala 102, Aflitos, Recife/PE, CEP nº 52050-405, E-mail: pereirasantospedro@hotmail.com, os quais indicam para os fins do art. 105, § 2º do NCPC/2015.

PODERES: O(a) OUTORGANTE nomeia e constitui a OUTORGADA sua bastante procuradora, a quem confere poderes, nos termos da cláusula “ad judicia et extra”, para o foro em geral, com poderes especiais, para firmar acordos e assinar documentos afeitos a ações judiciais que venham a impetrar na defesa do(a) OUTORGANTE, em qualquer instância ou Tribunal, transigir, transacionar e desistir de direitos ou das mesmas ações, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (nos termos do art. 105 do NCPC/2015), podendo ainda, substabelecer os poderes ora recebidos em todo ou em parte, além de atuarem na esfera administrativa, junto a Órgãos Públicos federais, estaduais, municipais, autarquias, fundações e institutos em geral, podendo fazer declarações, juntar e retirar qualquer documento, pleitear direitos e contestar e/ou impugnar deveres e/ou obrigações que sejam ou tenham sido imputados ao(a) OUTORGANTE.

Recife, de 27 de 12 de 19.
Marcos Luiz Alves Rodrigues
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO

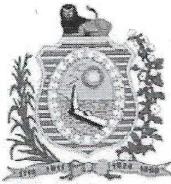
Eu, MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES,
portador (a) do RG nº 3213766, CPF/MF 519.852.929-91

declaro com fundamento no artigo 5º, LXXIV da Constituição Federal de 1988
c/c Lei Federal nº 1.060/50, e para fins de prova junto ao Poder Judiciário, que
não possuo condições financeiras para custear a defesa dos meus direitos, sem
prejuízo do sustento próprio e da minha família, declaração esta que faço sob as
penas da Lei e sob a minha responsabilidade.

Rio de Janeiro, de 27 de 12 de 19.

Marcos Luiz Alves Rodrigues
DECLARANTE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2093000071**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/04/2019** às **11:38**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **7/1/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DOS REMEDIOS, 01** - Bairro: **AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **MERCADO PÚBLICO DE AFOGADOS**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

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

MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELZA ALVES RODRIGUES** Pai: **LUIZ RODRIGUES** Data de Nascimento: **6/3/1969** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3213766/SSP/PE (RG), 51985292491 (CPF), 02436322047 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **SUPERVISOR** Telefones Celulares: **- 982120053**

Endereço Residencial: **RUA DO SITIO SAO BRAS, 122 - CEP: 55000-000 - Bairro: SITIO DOS PINTOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, ARMAZÉM COUTO.**

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

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 125 BROS ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Unitário: **1 (REAL)**

Placa: **PCX-753** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **108363598** Chassi: **9C2JD2320FR206692**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2015** Combustível: **GASOLINA**

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

DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/CRUZE** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Unitário: **1 (REAL)**



Descrição: **VEICULO TAXI DE PRAÇA DE RECIFE DE COR BRANCA DE PLACA NÃO ANOTADA.**

Complemento / Observação

ALEGA A VÍTIMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA AVENIDA ESTRADA DOS REMÉDIOS NA AUTURA DO MERCADO PÚBLICO DE AFOGADOS NO SENTIDO AFOGADOS/IMBIRIBEIRA, QUANDO UM TAXI DE PRAÇA DO RECEFE FEZ UM CONTORNA EM FRETE AO VEÍCULO DA VÍTIMA QUE NÃO TEVE TEMPO DE FRENAGEM, VINDO O VEÍCULO TÁXI A COLIDIR COM A MOTOCICLETA OCASIONANDO A QUEDA DO MESMO FERINDO A VÍTIMA NO OMBRO DIREITO E ANTEBRAÇO DIREITO, DESLOCANDO E FRATURANDO O OMBRO DIREITO. SEGUNDO FICHA DE ATENDIMENTO DA UPA DOS TORRÓES, OUVE UMA LUXAÇÃO DA ARTICULA DO OMBRO/ARTICULAÇÃO GLENOUMERAL, FEITO PELA DRA. FABIANA EMERENCIANA. COORDENADORA MÉDICA. CASO AFETO A DELEGACIA DE AFOGADOS.

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

**MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **COARACY BEZERRA DA LUZ** - Matrícula: **151386-9**


Exorto de Cunha
Agente de Polícia
Mat. 272.883-4



Assinado eletronicamente por: PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS - 30/12/2019 14:12:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19123014125844400000055089038>
Número do documento: 19123014125844400000055089038

Num. 55994802 - Pág. 2

Nome: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Nº registro:653741

Dt. Nasc.: 06/03/69 - 49 ano (s)

Mãe: ELZA ALVES RODRIGUES

Endereço: R SÃO BRAZ, nº 122, SITIO DOS PINTOS. RECIFE - PE

Data/hora: 07/01/2019 - 12:04 Nº pág.:1/2

Sexo: Masculino

Fone: 81 98197-0120

FICHA DE ATENDIMENTO **CR: ORTOPEDIA - AMARELO**

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA
- PCT TRAZIDO PELO SAMU COM QUEIXA DE DOR MODERADA EM OMBRO DIREITO APOS QUEDA DE MOTO

ORIGEM

-

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

- ALERGIA MEDICAMENTOSA (-)HAS (-)DM (-)

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLÍNICAS

- DOR 7

GOR 7

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

MEDICA:

PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU, COM HISTÓRICO DE DOR EM OMBRO DIREITO APOS RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VOMITOS

EXAME FÍSICO:

| | | | |
|------------|------------|----------|----------------|
| Peso: | Altura: | IMC: () | Temperatura: ° |
| PA: x mmHg | HGT: mg/dL | | |

A- VIAS AÉREAS LIVRES, SEM COLAR CERVICAL (RETIRADO PELO DOENTE) E PRANCHA RÍGIDA

B- MV + EM AHT, SRA, FR:14

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torrões CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440



Assinado eletronicamente por: PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS - 30/12/2019 14:12:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19123014125859000000055089039>

Número do documento: 19123014125859000000055089039

Num. 55994803 - Pág. 1



Nome: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES
Nº registro: 653741

Nascimento: 10/06/1992 10 ano (s)
Nome: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES
Endereço: R. SÃO BRAZ, nº 122, SITIO DOS PINTOS. RECIFE - PE
Data/hora: 07/01/2019 - 12:04 N° pág.: 2/2

Sexo: Masculino
Fone: 81 98197-0120

C DACTIA LIVRE, ABDOMEN INDOLOR, FC: PA:110 X 80 MMHG

D- Glasgow 15

E- DOR EM OMBRO DIREITO.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S430 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO OMBO, POSSIBILMENTE GLENOUMERAL

OBSERVAÇÕES :

Evolução do paciente:

FEITO ANALGSIAS, TENTANDO REALIZAR REDUÇÃO SEM SUCESSO
ENCAMINHO PARA REDUÇÃO SOB SEDACAO

HGV- TRAUMATO
SENHA 5593635

Resultados de Exames:

RX EVIDENCIANDO LUXAÇÃO GLENOUMERAL ANTERIOR

Dra. Fabiana Emerenciar
Coord. Médica - CRM 171
UPA Torrões

Dr. AIRTON CESAR PEREIRA DE SA FILHO
CRM: 22186

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torrões CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440



Assinado eletronicamente por: PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS - 30/12/2019 14:12:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19123014125859000000055089039>
Número do documento: 19123014125859000000055089039

Num. 55994803 - Pág. 2



Nome: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES
Nº registro: 653741
Dt. Nasc.: 06/03/69 - 49 ano (s)
Mãe: ELZA ALVES RODRIGUES
Endereço: R SÃO BRAZ, nº 122, SITIO DOS PINTOS. RECIFE - PE
Data/hora: 07/01/2019 - 15:56 No pág.: 1/1

Sexo: Masculino
Fone: 81 98197-0120

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO : NÃO

AMBULÂNCIA BÁSICA(USB)

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE CONSUDIDO PELO SAMU, APRESENTANDO DOR EM REGIOAO DE OMBRO DIREITO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO

EXAME FÍSICO:

Peso: PA: x mmHg Altura: HGT: mg/dL IMC: () Temperatura: °

A- VIAS AEREAS LIVRES, SEM COLAR CERVICAL (RETIRADO PELO DOENTE) E PRANCHA RIGIDA
B- MV + EM AHT, SRA, FR:14

C- BACIA LIVRE, ABDOMEN INDOLOR, FC: PA:110 X 80 MMHG

D- GLASGOW 15

E- DOR EM OMBRO DIRETI, SINAL DA DRAGONA POSITIVO
CONDUTA:

ANALGESIA, IMOBILIZAÇÃO

Exames Complementares/Resultados:

RX EVIDENCIANDO LUXAÇÃO GLENOUMERAL ANTERIOR

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S430 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO | ARTICULAÇÃO GLENOUMERAL

OBSERVAÇÕES : PACIENTE NAO COOPERATIVO
FAZER REDUÇÃO SOB SEDAÇÃO

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hosp. Getulio Vargas
Especialidade: TRAUMATO-ORTOPEDIA
Senha: 5593635

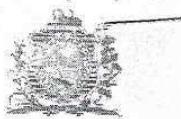
PACIENTE SOLICITA TRANSPORTE POR MEIOS PRÓPRIOS :NÃO

Dr. AIRTON CESAR PEREIRA DE SA FILHO
CRM: 22186

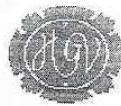
Airton Cesar Pereira de Sa Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 22186

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torrões CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440



HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | | | |
|--|------------------------|------------|-----------------|---------------------|--------------------|
| | | | | ATENDIMENTO: 672677 | Prontuário: 293995 |
| Nome: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES | Data Nasc.: 06/09/1969 | Idade: 49 | Sexo: MASCULINO | Cor: | |
| CPF: RG: 3213766 | CNS: 700407419001740 | | | | Nº: 122 |
| Endereço: RUA DO SITIO SAO BRAS | | | | | Estado: PE |
| Bairro: SITIO DOS PINTOS | Cidade: RECIFE | | | | |
| CEP: 52171170 | Fone: 81970120 | Profissão: | | | |
| Nome da Mãe: ELZA ALVES RODRIGUES | | | | | |
| Acompanhante: MAURICEIA DIAS MARIZ | | | | | |
| Nome do Conjugue: | | | | | |
| Local de Procedência: UPA TORROES | | | | | |
| Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | |
| Ocorrência: SENHA 5593635, REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM COLISAO MOTO / CARRO COM DOR EM OMBRO | | | | | |

Acidente de Trabalho: Sim Não

ATENDIMENTO DATA: 07/01/2019 HORA: 18:47 h Médico: _____
Queixa Principal / HDA: *REFRENTES DOR E DE FORMIGIM DE EM OMBRO*
ACIDENTE DE TRANSITO HÁ 8H.

História do Trauma

| | | |
|--|---|--|
| Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Tipo: _____ | |
| Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Tipo: _____ | Motorista: <input type="checkbox"/> Passageiro: <input type="checkbox"/> |
| Atropelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Local de Impacto: _____ | |
| Vítima de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Tipo: _____ | Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura m _____ |
| Queimadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Por: _____ | Transporte Realizado por: _____ |
| Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Por que: _____ | |

Observações: *REFRENTES DOR E DE FORMIGIM DE EM OMBRO* HÁ 8H. E SE ACIDENTE DE TRANSITO HÁ 8H.

Exame Físico:

| | | | |
|---------------------|---|---|-----------------|
| A: Geral <i>Bom</i> | Via aérea está pélvia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Tempo: C° _____ |
|---------------------|---|---|-----------------|

ORTOM, FUMECO, HUMIDIFICADOR

B: Respiratório

Normal

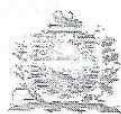
| | | |
|-----------------|------------|-----------|
| C: Circulatório | PA: x mmHg | P脉搏: bpm: |
|-----------------|------------|-----------|

Normal

| | | |
|---|---|--|
| D: Exames Neurológico | Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> | Pupilas: Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas <input type="checkbox"/> |
| Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora: | Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora: | Glasgow: Resposta Motoria Escore: Hora: |

Normal





HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



E: Abdômen Honra

S. Cm Dor e Dolor miótico Enxaquecimento
Diagnóstico Inicial: *Fratura de tuberosidade de umbra direito*
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Dr. Sérgio Tavares
Traumato - Ortopedia
CRM: 9741
Mat: 230222-5
Ass. Médico + Carimbo

Tratamento / Procedimentos:

Código Procedimento:

Aj Blco cinático protetor

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Condição de Alta:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se

| | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Curado | <input type="checkbox"/> Melhorado |
| <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> Piorado |
| <input type="checkbox"/> Óbito | |

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta Transferência Estudo de Caso Exames Externos:

Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta / internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento :

- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido :

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 07/01/2019 18:47 h JOSENEIDEAS | impressão: 07/01/2019 18:47 h JOSENEIDEAS

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
28 MAI 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Médico



Assinado eletronicamente por: PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS - 30/12/2019 14:12:58

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19123014125859000000055089039>

Número do documento: 19123014125859000000055089039

Num. 55994803 - Pág. 5

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

SOLICITAÇÃO DE
BOLETIM DE
ESCLARECIMENTO

| | | | |
|--|---|--|-------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <i>Marcos Luiz Alves Romices</i> | | | |
| NOME DA MÃE: <i>ELZA ALVES ROMICES</i> | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: <i>08/09/1969</i> | | IDADE: | NATURALIDADE: |
| ENDERECO: <i>R. DO SETPO SÃO BRAS</i> | | Nº <i>122.</i> | |
| BAIRRO: <i>SETPO DOS PINOS</i> | CIDADE: <i>RECIFE</i> | ESTADO: | <i>PE</i> |
| Nº PRONTUÁRIO: <i>293995</i> | | Nº CARTÃO SUS: | |
| INTERNAMENTO/CIRURGIA: | | | |
| EMERGÊNCIA (ALA/BOX): _____ CLÍNICA (ESPECIALIDADE): _____ | | ENFERMARIA/LEITO: <i>SR-41</i> | |
| HOSPITAL DIA: () | CENTRO CIRÚRGICO AMBULATORIAL: () | SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA: () | |
| DATA DE INTERNAMENTO <i>07-01-19</i> | DATA DE CIRURGIA <i>11-11</i> | DATA DE ALTA <i>15-01-19</i> | DATA DO ÓBITO <i>11-11</i> |
| NOME DO SOLICITANTE: | | | |
| GRAU PARENTESCO: <i>0 MESMO</i> | | | |
| DOCUMENTO APRESENTADOS: | | | |
| <input type="checkbox"/> CARTEIRA DE IDENTIDADE | <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE NASCIMENTO | <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE CASAMENTO | |
| <input type="checkbox"/> PROCURAÇÃO | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE ÓBITO | <input type="checkbox"/> OFÍCIO DA VARA DA FAMÍLIA | |
| <input type="checkbox"/> MANDADO JUDICIAL | PROTESE | TIPO: | |
| ATENÇÃO/IMPORTANTE | | | |
| INFORMAÇÕES SOBRE ANDAMENTO DO PROCESSO, APÓS 15(QUINZE) DIAS ÚTEIS, PELO TELEFONE - (81) 3184-5662, DE SEGUNDA À QUINTA, DE 08:00h ÀS 12:00h. | | | |
| ENTREGA DE LAUDOS | | | |
| ENTREGA DE LAUDOS: DAS 14:00h ÀS 16:00h, DE SEGUNDA A QUARTA-FEIRA, NO ARQUIVO(SAME), NO 1º ANDAR. | | | |
| SERÁ ENTREGUE AO PRÓPRIO PACIENTE (MUNIDO DE DOCUMENTAÇÃO ORIGINAL LEGÍVEL), PARENTES DE 1º GRAU COM APRESENTAÇÃO DE AMBOS OS DOCUMENTOS LEGÍVEIS, E TERCEIROS (MUNIDOS DE PROCURAÇÃO RECONHECIDA EM CARTÓRIO E DOCUMENTAÇÕES LEGÍVEIS), NO ARQUIVO(SAME), NO 1º ANDAR. | | | |
| SOLICITAÇÃO DE LAUDOS | | | |
| HORÁRIO: 14:00h ÀS 16:00h, DE SEGUNDA À QUARTA-FEIRA, NO ARQUIVO(SAME), NO 1º ANDAR. | | | |

Obs.: Autorizo transcrição das informações do meu prontuário para o Boletim de Esclarecimento, Tratamento, Permanência, Condição de alta e Procedimentos realizados, por mim abaixo assinado.

LAUDO + COPIA
DO
PRONTUÁRIO

SDC.1001.V.1.2013

Av. Gal. San Martin s/n – Cordeiro
Recife – PE - CEP. 50.630-060
Fone: 0XX.81.3184.5600
E-mail: hgvsec@saud.e.pe.gov.br

Recife, 11 de Fevereiro de 2019

ASSINATURA DO SOLICITANTE
E/OU RESPONSÁVEL LEGAL

22/01/19

| | |
|---|--|
| <p>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas</p> | |
| <p>ATESTADO MÉDICO</p> | |
| <p>ATESTO que o (a) Sr.(a) <u>Marcos</u> <u>Luiz Alvaro Rodrigues</u>, necessita de <u>15</u> (<u>01/01/19</u>) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.</p> | |
| <p>CID: <u>S42</u></p> | |
| <p><u>H. G. V.</u> HOSPITAL OU AMBULATÓRIO</p> | |
| <p><u>Recife 07/01/19</u> LOCALIDADE E DATA</p> | |
| <p>Dr. Sérgio Tavares Tradutor - Ortopedia CRM: 9741 Mat. 230222-5</p> | |
| <p><u>Assinatura do Médico – CRM nº</u></p> | |
| <p>NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.</p> | |
| <p>Avenida General San Martin s/n – Cordeiro Recife/PE – CEP 50.630-060 Fone: 0XX 81.31845600 HGV.1017.V.1.2013</p> | |



HOSPITAL
Getúlio Vargas

SUMÁRIO DE ALTA

| NOME: <i>Mario Nuz Alves Sozogno</i> | | | | | |
|---|-------------------------|--|-------------------------------|-----------------------------|--|
| NOME DA MÃE: | | CARTÃO SUS: | | | |
| CLÍNICA: | ENFERMARIA: | LEITO: | Nº DO REGISTRO: <i>293995</i> | | |
| DATA DE NASCIMENTO: | IDADE: | | PESO: | ALTURA: | SEXO: F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/> |
| MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <i>patolog - hérnia cordo fêmur</i> | | | | | |
| COMORBIDADE: <i>/</i> | | | | | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>Redução hérnia + MS</i> | | | | | |
| PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): | | | | | |
| DATA DA INTERNAÇÃO: <i>07/01/19</i> | | DATA DA ALTA: <i>10/01/19</i> | | DIAS DE INTERNAÇÃO: | |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: | | | CID: | CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO | |
| CÓD. | EQUIPE | NOME DO PROFISSIONAL | | | MATRÍCULA |
| 1 | CIRURGÃO | | | | |
| 2 | 1º AUXÍLIO CIRÚRGICO | | | | |
| 3 | 2º AUXÍLIO CIRÚRGICO | | | | |
| 4 | ANESTESISTA | | | | |
| 5 | CLÍNICO | | | | |
| PROCEDIMENTOS ESPECIAIS | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | <input type="checkbox"/> | HEMODIÁLISE | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | DIÁRIA DE UTI | <input type="checkbox"/> | USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | <input type="checkbox"/> | USO DE OXIGÉNIO | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | USO DE ÓRTESE E PRÓTESE | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) | | | | | |
| ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS REALIZADOS | | | | | |
| <i>Pacote com Naus e alvo dente cuspido cedendo se transito</i> | | | | | |
| MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: | | | | | |
| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <i>patolog - hérnia cordo fêmur</i> | | | | | |
| CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: | | | | | |
| MOTIVO DA ALTA: <input type="checkbox"/> CURADO <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____ | | ÓBITO: <input type="checkbox"/> IMI <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO: _____ | | | |
| ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/DATA DE RETORNO): <i>Analisar / Retorno m abelha/maio 408 es (PMA/MS)</i> | | | | | |
| OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente | | | | | |
| <i>10/01/19</i> | | <i>Dr. Geralomane Machado</i> <i>CRM-PE 12978</i> <i>SBOT 8929</i> MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM | | | |
| Avenida General San Martín s/n – Cordeiro Recife/PE – CEP 50.630-060 Fone: 0808.31845600 | | | | | |
| HGV.1010.V.1.2013. | | | | | |



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
28 MAI 2019
Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS - 30/12/2019 14:12:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19123014125859000000055089039>
Número do documento: 19123014125859000000055089039

Scanned by CamScanner

Num. 55994803 - Pág. 9



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS - 30/12/2019 14:12:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19123014125859000000055089039>
Número do documento: 19123014125859000000055089039

Num. 55994803 - Pág. 10



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

1. Ocorrência da Emergência: 672677

1.1 - Atendimentos em: 07/01/19

1.2 – Às 18 horas e 47 minutos.

1.3 – Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 293995

2.1 – Internado em: 07/01/19

2.2 - Alta em: 10/01/19

3. Hipótese Diagnóstica: LUXAÇÃO GLENO UMERAL DIREITA.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 07/01/19 = REDUÇÃO DA LUXAÇÃO GLENO UMERAL DIREITA.

5. Observação: ACIDENTE DE TRABALHO.

DATA: 15.4.2019

HORA: 09:28:53

PASTA: 01.03.2019

TB

LP

Dr. Tadeu Buril
Médico Vascular
CRM 3018 / Mat. 0596683

Dr. Tadeu Buril.

05.802-244/2018-41
TRABALHO DE
EXERCÍCIO CLÍNICO
ZÉ DANTAS
Frente à Praça
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190348642 Vítima: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Data do Acidente: 07/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|------------------|------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 341

Agência: 000004861

Conta: 0000012499-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

