

Assinado eletronicamente por: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA - 03/02/2020 09:14:53
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020309145299000000056348173>
Número do documento: 20020309145299000000056348173

Num. 57286139 - Pág. 1



Eduardo Henrique
Advocacia & Consultoria.
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

*Jose de Fáime Andrade brasileiro solteiro
nacional, inscrito no CPF de nº 039 768-
894-05, residente na Rua Walfrêdo Ferreira
Lima, nº 10, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.*

OUTORGADOS: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PE nº 40.509, com endereço profissional na Rua Walfrêdo Ferreira Lima, Nº10, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000, local onde receberá intimações e notificações de estilo.

PODERES: Confere amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicia*", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive requerer, propor quaisquer ações e defender-me nas que me forem propostas, cíveis, reconvir, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos inclusive de alvarás judiciais, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, firmar compromissos, perante este juízo, e em qualquer instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante e defendendo-a, na condição de reclamada, bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso que este instrumento consta.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA.

Jose de Fáime Andrade, já qualificado (a) acima, desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos do artigo 98 do CPC-05, faz *jus* aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Timbaúba, 22 de januário de 2020

Rua Walfrêdo Ferreira Lima, nº10, Centro, Timbaúba-PE
Email: eduardohgfl@hotmail.com
Tel: (81) 9-9716-7948 (81) 9-9163-6662.



UPA24h



TIMBAÚBA
GOVERNO MUNICIPAL
ESTADO DE PERNAMBUCO



6.1. SG 83641

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 14/05/2019 HORA: 10:25

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO Nº PRONTUÁRIO 74

Nome: JOSÉ DE LIMA ANDRADE
Cartão SUS: 11 Sexo: M Data Nasc: 07/07/76 Idade: 42
Nome da mãe: M. ROBERTO DE LIMA
Logradouro: SITIO ANGELIN Nº
Complemento: CAPA Bairro/Localidade: ZONA RURAL
Município: TIMBAÚBA UF: PE Telefone: ()

Rubrica do Colaborador: Edil

2- ANAMNESE: AP2to UTI tro. Hs speda de mdc de 2000
mais 3hr. com dor no abd. cont. cont. cont. cont.
Perde sangue.

3- SSVV: T 36,5 F.C. 10 PA: 120/80 F.R: 20 Glasgow: 15 SatO2: 98 HGT: 170

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros
DP perinatal exato corpos neg.

Hipótese Diagnóstica:	CID:
Conduta: (<input checked="" type="checkbox"/>) Medicação (<input checked="" type="checkbox"/>) Observação (<input type="checkbox"/>) Alta Hospitalar	Médico: (Assinatura e Carimbo)
Saída: Data/Hora <u>14/05/2019</u> às <u>10:25</u> h. Alta referido para USB (<input type="checkbox"/>)	
(<input type="checkbox"/>) Óbito (<input type="checkbox"/>) Outra Unidade de Urgência (<input type="checkbox"/>) Especialidade	

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1) Voltar e fazer os exames
2) Drip de 500ml - PSS/500ml
3) ABCD 500ml + suco de uva
4) CEC 500ml Anestesia se for preciso
5) Uso de injeções

BR 408 - Km 29, S/N - Loteamento Araruna - Timbaúba - PE CEP: 55870-000 CNPJ: 10.583920/0000-67 TEL: 81 3631 0443

Flávia M. A. Lima
UPA24h Timbaúba/HTRI
Finançada Financeira



FICHA DE EMERGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL () VERDE () AMARELO () VERMELHO ()

NOME: José de Lima Andrade IDADE: 60
 DATA: 14/05/19 HORA: 10:30 MUNICÍPIO: São Luís
 PA: 120/90 T: 36,5 FC: 80 SAT: 98 PESO: 70 HGT: 175
 HAS DMV ALERGIA MED

I- Sinais de emergência: ATENDIMENTO IMEDIATO - CLASSIFICAÇÃO VERMELHA

- 1- Apneia () Cianose () Estridor () FC<50 ou 140 () FR >32 vpm () FR <10 ()
 2- Extremidades frias () Enchimento capilar lentificado () Pulso fraco () Pulso ausente ()
 3- Sudore () PAS >80mmHg () PAD >130 mmHg ()
 4- Irresponsivo ou só resposta a dor () Intoxicação exógena () Sangramento intenso ()
 5- Queimaduras em mais de 25% da SC ou acometimento das vias aéreas ()
 6- Lesão grave () Convulsionando no momento () Letargia ()

II- Sinais de urgência – atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE no consultório ou leito da sala de observação - CLASSIFICAÇÃO AMARELA

- 1- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ()
 2- FC <50 ou >140 () PAS <90 ou >240 () PAD >130 sem sintomas ()
 3- Febre >39 ° () Febre com imunodepressão () Turgor pastoso ()
 4- História de convulsão nas últimas 24h () Mucosas ressecadas ()
 5- Impossibilidade de deambulação aguda ()
 6- Queimadura de 2^o e 3^o, áreas não críticas SCQ <10% ()
 7- Vítima de abuso sexual ocorrido até 72 horas ()
 8- Fratura Anguladas e luxações com comp. Neuro - Vascular ou Dor Intensa ()
 9- Dor abdominal intensa () Dor torácica intensa ()
 10- História de até 72h de:
 Melena () Hematêmese () Enterorrágia () Epistax ()
 11- Acidente perfuro cortante com material biológico ()
- Centro de Saúde 28519
Centro de Saúde 28519
Centro de Saúde 28519*



III- Sem riscos de morte- somente será atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHOS e AMARELO- CLASSIFICAÇÃO VERDE

- 1- Dor de ouvido moderada/ grave () Dor abdominal () *80% refere grande de moto, apresenta consti no dia* (E)
- 2- Febre sem outros sinais clínicos ()
- 3- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação ()
- 4- Retorno com período < 24 horas por ausência de melhorias ()
- 5- Internamento eletivo ()
- 6- Abscesso exceto face/ retroauricular ()

IV- Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para o atendimento para o atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social- CLASSIFICAÇÃO AZUL

- 1- Tosse crônica ou recorrente ()
- 2- Obstrução nasal crônica ou recorrente ()
- 3- Coriza crônica ou recorrente ()
- 4- Queimadura de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 6 horas ()
- 5- Troca de curativos ou retirada de pontos ()
- 6- Constipação intestinal sem outros sintomas ()
- 7- Dor abdominal crônica ()
- 8- Afecções de pele e tecido subcutâneo sem sinais sistêmicos ()

ENCAMINHADO:

pe clínica

Manoel S. Rosendo
CURENA 265417-ENF

ORIENTOU: _____

ASSINATURA E CARIMBO ENFERMEIRO

ASSINATURA DA ASSISTENTE SOCIAL

BR 408 - Km 29, S/N - Loteamento Araruna - Timbúz - PE CEP: 55870-000 CNPJ: 10.583.920/00005-67 TEL: 81 3631 0443

*Conselho Con 05.19
Flávia M. A. Lima
UPA 24h Timbúz
Coordenação Financeira*





BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: 61/01/01Paciente: Tom Gomes AguiarIdade: 67 anos Senha: 5683691Anamnese: Tom Gomes Aguiar é um cidadãocom 67 anos de idade, fumanteex-fumante, alcoolista, hipertensão arterial, glicose alta, colesterol alto.Exame Físico: Tom Gomes AguiarHipótese Diagnosticada: Exa...

Medicamentos/Procedimentos Realizados:

Tom Gomes Aguiar

Equipe de Transferência:

Médico: Flávia M. A. Lima Data: 03/05/19Br 408 Km 29- Loteamento Aranha
Cep:58670-000 Timbaúba-PB Tel: 3631-0443Tec. Weronne
concl. Weronne Severino

Completo com omissões
28.5.19
 Flávia M. A. Lima
 UPA 24h Timbaúba/HTRI
 Coordenação Financeira



 <p>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas</p>	<p>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas</p>
<p>ATESTADO MÉDICO</p> <p>ATESTO que o (a) Sr.(a) <u>João Henrique Vargas</u> necessita de <u>15</u> dias de <u>convalescência</u> para motivo de doença.</p> <p>afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.</p> <p>CID: <u>1805 AP</u> <u>João Henrique Vargas</u></p> <p><i>João Henrique Vargas</i></p> <p>HOSPITAL OU AMBULATÓRIO</p> <p><i>João Henrique Vargas</i></p> <p>Localidade é Data</p> <p><i>Recife 18/05/19</i></p> <p>Assinatura do Médico – CRM nº</p> <p><i>Thiago Fernanda Madruga</i> MÉDICA CRM-PE 27937</p> <p>Localidade é Data</p> <p><i>Recife 24 de maio de 2019</i></p> <p>Assinatura do Médico – CRM nº</p> <p><i>Thiago Fernanda Madruga</i> MÉDICA CRM-PE 27937</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: (081) 31845600</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: (081) 31845600</p> <p>Assinatura do Médico – CRM nº</p> <p><i>Thiago Fernanda Madruga</i> MÉDICA CRM-PE 27937</p>	

<p>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas</p>	<p>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas</p>
<p>ATESTADO MÉDICO</p> <p>ATESTO que o (a) Sr.(a) <u>João Henrique Vargas</u> necessita de <u>15</u> dias de <u>convalescência</u> para motivo de doença.</p> <p>afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.</p> <p>CID: <u>581.0</u></p> <p><i>João Henrique Vargas</i></p> <p>HOSPITAL OU AMBULATÓRIO</p> <p><i>João Henrique Vargas</i></p> <p>Localidade é Data</p> <p><i>Recife 24 de maio de 2019</i></p> <p>Assinatura do Médico – CRM nº</p> <p><i>Thiago Fernanda Madruga</i> MÉDICA CRM-PE 27937</p> <p>Localidade é Data</p> <p><i>Recife 24 de maio de 2019</i></p> <p>Assinatura do Médico – CRM nº</p> <p><i>Thiago Fernanda Madruga</i> MÉDICA CRM-PE 27937</p>	



SR 38

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA		
NOME: <i>José de Souza e Souza</i>			02 (DUAS) ATOS		
NOME DA MÃE:			CARTÃO SUS:		
CLÍNICA: <i>Unimed</i>		ENFERMARIA:	LEITO:	N° DO REGISTRO: <i>1119465</i>	
DATA DE NASCIMENTO:		IDADE:		PESO:	ALTURA:
SEXO: F: <input type="checkbox"/> M: <input checked="" type="checkbox"/>					
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <i>Perdeu a 10 esteras de peso</i>					
COMORBIDADE:					
PROCEDIMENTO SOLICITADO:					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): <i>Permanente</i>					
DATA DA INTERNAÇÃO: <i>14/05/19</i>		DATA DA ALTA: <i>17/05/19</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>Perdeu 10 esteras em 6 dias 0, 1, 2, 3, 4, 5</i>					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <i>o outas sems</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"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO: _____			
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/DATA DE RETORNO): <i>Ret. em casa de perca e 17 dias</i>					
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente					
<i>CRM-FE 14 479 CRM-PE 14 360 CRM-PE 14 360 CRM-PE 14 360</i>					
MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM					
DATA: <i>17/05/19</i>					
Avenida General San Martin s/n – Cordeiro Recife/PE – CEP 50.630-060 Fone: 081.31845600					
HGV.1010.V.1.2018.					





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA - DP46ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0136001399

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/08/2019** às **16:41**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **14/5/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **BR 408, PROXIMO A ARENA DE TIMBAUBA - TIMBAUBA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE TIMBAUBA, 1 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO /BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A PROPRIA VITIMA (AUTOR \ AGENTE)
ALCIONE ALVES DE SOUZA (OUTRO)
JOSE DE LIMA ANDRADE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE DE LIMA ANDRADE

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

JOSE DE LIMA ANDRADE (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA NOBERTO DE LIMA** Pai: **MANOEL SEBASTIAO DE ANDRADE** Data de Nascimento: **7/7/1976** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **SITIO ANGELIM , S/N ZONA RURAL - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE TIMBAUBA, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

A PROPRIA VITIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ALCIONE ALVES DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALCIONE ALVES DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE DE LIMA ANDRADE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKL4265** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KC15209R106001**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**

08/08/2019 16:30



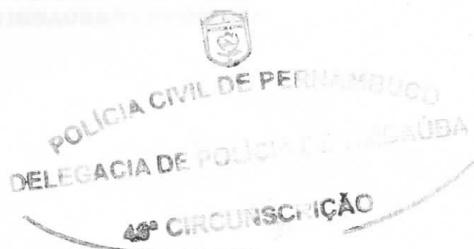
Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA NA BR 408 PROXIMO A ARENA TIMBAUBA , QUANDO VINHA UM VEICULO FIAT EM SENTIDO CONTRARIO E AO ENTRAR DE UMA VEZ A ESQUERDA SEM DA SINAL A VITIMA ACABOU COLIDINDO LATERALMENTE NO VEICULO , ONDE VEIO A CAIR NA RODOVIA , POREM O CONDUTOR DO VEICULO O SOCORREU , E AO CHEGAR NA UPA DE TIMBAUBA ESTAVA COM UMA LESAO NO JOELHO E EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS EM RECIFE . NADA MAIS A DECLARAR .

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


JOSE DE LIMA ANDRADE
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ERIVELTON RODRIGUES DA SILVA** - Matrícula: **350827-7**



08/08/2019 16:30

Assinado eletronicamente por: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA - 03/02/2020 09:14:54
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020309145414300000056348178>
Número do documento: 20020309145414300000056348178

Num. 57286144 - Pág. 1



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, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190636002

Vítima: JOSE DE LIMA ANDRADE

Data do Acidente: 14/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE DE LIMA ANDRADE

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 14/05/2019, emitida pelo Dr. JOSÉ JUNIOR, CRM nº 16479 - PE, da Instituição HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01935/01936 - carta_31 - INVALIDEZ



00050968

Carta nº 15137243



Assinado eletronicamente por: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA - 03/02/2020 09:14:54
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020309145422500000056347496>
Número do documento: 20020309145422500000056347496

Num. 57285512 - Pág. 1