

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Gina Lolabrigida Brito da Silva  
Brasilvira Casada  
Desempregada, portador(a) do RG nº 4.222.956 /PE,  
inscrito(a) no CPF sob o nº 795.136.314-97, residente e  
domiciliado(a) à Rua Rua 100 São Batista  
HH, Feitorviana, Ribeirão-PE CEP:  
55520-000.

**OUTORGADO:** **RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI**, brasileiro, solteiro,  
advogado inscrito na OAB-PE sob o número 31.915, domiciliado na cidade do  
Recife-PE e estabelecido na Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551, Sala 01  
- Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010.

**PODERES:** Plenos para o foro em geral, de acordo com os poderes das  
cláusulas "AD et EXTRA JUDITIA" implícitas no Art. 38 do Código de Processo  
Civil, podendo o Outorgado, acompanhar quaisquer inquéritos, ações ou  
recursos até a sentença final, especiais para acordar, discordar, desistir,  
impugnar, comprometer; transigir receber alvarás, representar o OUTORGANTE  
perante quaisquer Entidades Públicas ou Privadas, enfim, tudo o que for  
necessário para suprir as necessidades de defesa dos interesses do  
OUTORGANTE, inclusive substabelecer com ou sem reservas de direitos e,  
especificamente neste ato, para propor ação na Justiça Comum e/ou pedido  
administrativo de indenização DPVAT.

### CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

**Cláusula Única** - Pelo presente Contrato particular de prestação de serviços, o  
OUTORGANTE infra-assinado se compromete a pagar aos OUTORGADOS,  
honorários advocatícios na ordem de 30% (trinta por cento) sobre o total de  
todos os proventos advindos do processo patrocinado quer seja no total da  
condenação ou mediante conciliação, sendo esta última hipótese vedada  
sem a anuência dos OUTORGADOS, que se obrigam a prestar seus serviços  
profissionais; ficando de logo esta MM Vara autorizada a reter o referido  
percentual, independente dos de sucumbência.

Recife, 28 de Abril de 2020.

Gina Lolabrigida Brito da Silva  
**NOME DO OUTORGANTE**

Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551 - Sala 01 - Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010  
Fone/Fax: (81) 3204.4039 / (81) 99543-4554

Digitalizado com CamScanner



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Brasileira Gina Lolo Brígida Brito da Silva  
Casada Desempregada  
portador(a) do RG nº 4.222.956, inscrito(a)  
no CPF sob o nº 495.737.377-91, residente e domiciliado(a) à  
Rua Rua São João Batista  
nº 111, Ferrazaria, Ribeirão-PE,  
CEP: 5520-000, declara, para fins de prova junto à Assistência  
Judiciária, na forma dos artigos 98 e ss, da CPC/2015, que não apresenta condições  
financeiras de arcar com o ônus processual deste feito, sem que haja prejuízo próprio  
ou sua família. Declaração esta que faz sob as penas da Lei e sob sua inteira  
responsabilidade.

Recife, 18 de Abril de 2020

Gina Lolo Brígida Brito da Silva





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

07 R - 49



*Gianna da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.222.956 DATA DE EXPEDIENTE 06/08/2015

NOME << GINA LOLOBRIGIDA BRITO DA SILVA >>

FILIAÇÃO << JOÃO BATISTA DE BRITO >>  
<< MARIA DO CARMO DA SILVA >>

NATURALIDADE RIBEIRÃO - PE DATA DE NASCIMENTO 22/12/1963

DOC ORIGEM << CC.926 L.B14 F.191 CART.RIBEIRÃO-PE 20.07.1989 >>

CPF 795.131.314-91

Assinatura do Diretor

Lei Nº 7.116 DE 29/08/83

415023983011091856.6571998 F-67 18.580 - 4332

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição

795.131.314-91

Nome  
GINA LOLOBRIGIDA BRITO DA SILVA

Nascimento  
22/12/1963

Scanned by CamScanner







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 042ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPOJUCA - DP42ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0132001715**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/10/2019** às **13:43**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **22/9/2019** às **14:30**

Fato ocorrido no endereço: **PE. 60. ENG. SÃO PAULO, IPOJUCA PE. - IPOJUCA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE IPOJUCA, 01 - Bairro: CENTRO - IPOJUCA/PERNAMBUCO /BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

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

DESCONHECIDO. (AUTOR / AGENTE)  
GINA LOLOBRIGIDA BRITO DA SILVA (NOTICIANTE)  
MARIVALDO JOSÉ DA SILVA (VÍTIMA)

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

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO.**  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIVALDO JOSÉ DA SILVA**

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

**MARIVALDO JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **ANTONIA MARIA DA SILVA**  
Pai: **JOSÉ OTAVIO DA SILVA** Data de Nascimento: **4/11/1955** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residencial: **PRAIA DE AVER O MAR RUA PROJETADA S/N, SERINHAEM PE. - SIRINHAEM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SIRINHAEM, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL, SERINHAEM PE.**

**DESCONHECIDO. (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **DESCONHECIDA** Pai: **DESCONHECIDO** Data de Nascimento: **3/3/1990** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residencial: **DESCONHECIDO, DESCONHECIDO - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE IPOJUCA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL, DESCONHECIDO**

**GINA LOLOBRIGIDA BRITO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DO CARMO DA SILVA** Pai: **JOÃO BATISTA DE BRITO** Data de Nascimento: **22/12/1963** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residencial: **PRAIA DE AVER O MAR RUA PROJETADA S/N, SERINHAEM - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SIRINHAEM, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL, SERINHAEM**

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

01/10/2019 13:29

Scanned by CamScanner





**VEICULO KOMBY COR BRANCA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO.**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO.**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VEICULO KOMBY COR BRANCA**

**SIENA COR BAGE ANO 2012 PLACA PEO 2206 RIBEIRÃO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **GINA LOLOBRIGIDA BRITO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIVALDO JOSÉ DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **SIENA COR BEGE ANO 2012 PLACA PEO 2206 RIBEIRÃO**

### Complemento / Observação

**ALEGA O QUEIXOSO, QUE ESTAVA INDO COM SENTIDO, A CIDADE DE SERINHAEM, NAIS IMEDIAÇÕES DO ENG. SÃO PAULO, NA PE. 60 EM IPOJUCA, UMA COMBY BRANCA DE PLACA NÃO IDENTIFICADA CONDUZIDA POR UM ELEMENTO EXTRANHO QUE NÃO FOI IDENTIFICADO, PASSOU NA FRENTE, DO SIENA E O MESMO COLIDIU POR TRAS DA COMBY, CAUSANDO DANOS AU VEICULO SIENA, ACIDENTANDO, OS PASSAGEIROS DO MESMO, FORAM SOCORRIDO O SR. MARIVALDO JOSÉ DA SILVA PARA A UPA DE CAMELA, DEPOIS DE IPOJUCA, E HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, E A SRª GINA LOLOBRIGIDA BRITO DA SILVA SOCORRIDA PARA UPA DE CAMELA, DEPOIS HOSPITAL DE SERINHAEM, E HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS POLICIAIS.**

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

**MARIVALDO JOSÉ DA SILVA**  
(VITIMA)

*Marivaldo José da Silva*

**GINA LOLOBRIGIDA BRITO DA SILVA**  
(NOTICIANTE)

*Gina Lolobrigida Brito da Silva*

B.O. registrado por: **NESTOR JOSÉ CAVALCANTI** - Matrícula

 <b>Polícia Civil de Pernambuco</b> 42ª Circunscrição Policial IPOJUCA	
Recebido em	20
137.003-0	
Funcionário	Culpa



DESTAQUE AQUI

<b>FATURA PAGA</b>	<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>
--------------------	------------------------------





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Guina Lotabrigida Brito da Silva,

RG nº 4.222.956, data de expedição 06/08/2018

Órgão \_\_\_\_\_, CPF nº 495.131.314-97,

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua São João Batista</u>
Número	<u>144</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Fernandópolis</u>
Cidade	<u>Piribonópolis</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55520-000</u>
Tel. de contato	<u>81-9-8904-7358</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: \_\_\_\_\_

Guina Lotabrigida Brito da Silva  
Assinatura do Declarante





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

Nº 014486808866

DETRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 382896408 R.N.T.R.C. 2019 EXERCÍCIO

NOME

GINA LOLOBRIGIDA BRITO DA SILVA

RIBEIRÃO-PE

CPF / CNPJ PLACA

795.131.314-91 PRO2206

PLACA ANT. / UF CHASSI

\*\*\*\*\* / PE BAP372111C6021018

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL

PAS / AUTOMÓVEL ALCO / GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.

I/FIAT SIENA BL. FLEX 2011 2012

CAP / POT / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE

5P/86CV/1400CL PARTIC BEGE

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA

IPVA 2019 QUITADO 1ª VENC. / COTAS

FAIXA I.P.V.A. 1ª PARCELAMENTO / COTAS 2ª

1ª PARCELAMENTO / COTAS 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

12.00 SEGURO 03R16210104/01/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL DATA

RIBEIRÃO-PE 19/01/19

Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 10/06/2020 22:41:06

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014486808866 BILHETE DE SEGURO DPVAT

GINA LOLOBRIGIDA BRITO DA SILVA 55520-000

CASA RIBEIRÃO-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2019 19/01/19

VIA 1 795.131.314-91

RENAVAM PLACA

382896408 PRO2206

ANO FAB. CAT. IABE. MARCA / MODELO

2011 01 I/FIAT SIENA BL. FLEX

Nº CHASSI

BAP372111C6021018

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

5.40 0.50 6.00

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGUELO SEGURO (R\$)

4.15 0.06 16.21

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

X COTA ÚNICA PARCELADO 04/01/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESAFIO B. GARDE O BILHETE DPVAT  
BIB. PRO B. DE PORTE OBRIGATORIO





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e defala): 0800 022 12 06 | Central de Ovidoria: 0800 021 91 35

Eu, \_\_\_\_\_,

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

Órgão \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_,

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço

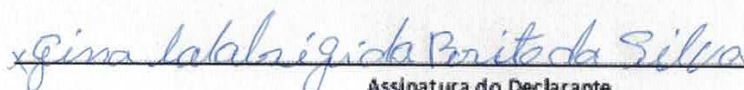
em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito

segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	
Número	
Apto/Complemento	
Bairro	
Cidade	
Estado	
CEP	
Tel. de contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: \_\_\_\_\_



Assinatura do Declarante







Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





**FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO EMERGENCIA**

DATA: 29.09.19 CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_  
HORA DE ENTRADA: 07:36 HORA DE SAÍDA: \_\_\_\_\_ REGISTRO: 421080

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME: Gina Volobnigida Brito da Silva  
ENDEREÇO: R. Prolongada - Aven. O - Mar  
DATA DE NASCIMENTO: 22.12.63 CIDADE: Sirinhaém U.F.: PE  
FILIAÇÃO: \_\_\_\_\_ IDADE: 55 a SEXO: ☐ M ☒ F  
PAI: \_\_\_\_\_  
MÃE: Maria do Carmo da Silva  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

**TRIAGEM / QUEIXA PRINCIPAL**

PA: 160x90 (0810) PESO: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_  
T: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA CLÍNICA**

Paciente com dor e equimose em mama esquerda. H. 2 dias após acidente automobilístico. Reg. de dor 1/10. História de hipertensão.

EXAME FÍSICO: \_\_\_\_\_

EXAMES SOLICITADOS: \_\_\_\_\_

H.D.: \_\_\_\_\_

**CONSULTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Dipirona - 1/1M 0805  
Dipirona - 1/1M 0805  
Marcha Antônio Pinho  
COREN-PE 024.75016  
Dr. José Carlos P. Silva  
CRM-PE 11.380

MÉDICO(A): \_\_\_\_\_



PREScrição de Enfermagem:

08.30h - Ed. 1 - *Dr. José T. F. Junior* / *Ortopedia*  
*Unidade 5778250*

*Dr. José T. F. Junior*  
*CRN-SP 123456*

EVOLUÇÃO / OBSERVAÇÃO

MEDICAMENTOS E MATERIAIS UTILIZADOS

DESTINO DO PACIENTE: INTERNADO ( ) ÓBITO ( ) ALTA ( ) HORARIO: \_\_\_\_\_

TRANSFERIDO PARA: \_\_\_\_\_

ASS. MÉDICO(A) \_\_\_\_\_

ASS. ENFERMEIRO (A) \_\_\_\_\_

ASS. TEC. DE F. ENFERMAGEM \_\_\_\_\_

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_ Nº DE IDENTIDADE/CPF: \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

Scanned by CamScanner





Leite: 5778250

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: Sina Loleuqda Brito da Silva 55a  
Data de Nascimento: 22/12/63 Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: Sirinhaém Telefone: \_\_\_\_\_

Unidade de Origem: Hospital  
Destino/Especialidade: ADH / Ortopedia

Hipótese Diagnóstica (HD):

Resumo do Caso: Lesão com dor e supinação na manobra (E) abdômen há 2 dias após acidente automobilístico. Dor de dorso e vômito.

Exames Realizados (Data e Resultado):

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO SOLICITANTE

Data: 24/09/19.

Dr. José Maria B. Junior  
CRM: 25.000-9  
Médico Solicitante  
Assinatura, Carimbo e CRM

AGENDAMENTO PARA:

Especialidade: \_\_\_\_\_  
Data da Consulta:   /  /   Senha: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

CONTRA-REFERENCIA (Preenchimento EXCLUSIVO do HMMOMGL)

- ( ) Identificação Incompleta/Não Preenchida
- ( ) Sem Hipótese Diagnóstica
- ( ) Sem Identificação do Solicitante
- ( ) Sem Assinatura e/ou Carimbo do Médico
- ( ) Letra Illegível

- ( ) Ficha com encaminhamento de profissional não
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Conduta: ☐ Retorno à unidade de origem ☐ Alta Médica ☐ Tratamento Interno

Médico Responsável:

Assinatura, Carimbo e CRM



Tipo do documento:	Número do documento:	Emissão:
TERMO DE CONSENTIMENTO	TER-001	17/04/2019
Título:		Versão número:
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		001
Responsável pela elaboração:	Responsável pela aprovação:	Revisão:
Bruna Melo	Dr. André Sansão	00

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARA PROCEDIMENTOS EM GERAL -

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de declaração do paciente e/ou responsável, de recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência clínica, medicamento ou procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Dom Helder Câmara.

☐ Paciente

☐ Responsável

Autorizo o Drº(a) \_\_\_\_\_, credenciado(a) pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- ☐ Tratamento: \_\_\_\_\_
- ☐ Assistência clínica: \_\_\_\_\_ ou
- ☐ Procedimento: \_\_\_\_\_
- ☐ Exame: \_\_\_\_\_

a que será submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Drº(a) \_\_\_\_\_, CRM: \_\_\_\_\_ e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento/Assistência Clínica/Procedimento ou Realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☒ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Elizângela M. S. Silva RG: \_\_\_\_\_

Data de nasc.: 04/03/80 Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Cabo de Santo Agostinho, 21 de Setembro de 20 19.

Elizângela Maria S. Silva  
Assinatura do paciente/representante legal

### Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, \_\_\_\_\_, CRM: \_\_\_\_\_, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

Assinatura / Carimbo do médico

Rodovia BR 101 Sul - KM 28, Cabo de Santo Agostinho - PE; CEP 54510-000  
Fone: 3183-0000



# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 24/09/2019 09:47

Nome Paciente: GINA LOLOBRIGIDA BRITO DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 22/12/1963  
Sexo: Feminino  
Idade: 55 anos  
Senha: 0021  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 24/09/2019 10:00 - 24/09/2019 10:03

JULIANA BION OLIVEIRA - COREN: 445775 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**  
Cor: **VERDE**

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADA DO MUNICIPIO DE SIRINHAEM COM SENHA 5778250 PARA AVALIACAO DA ORTOPEDIA. RELATA ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HA 02 DIAS COM DOR EM MAMA ESQUERDA E ABDOME. CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, DEAMBULA.

Observação: HAS+/ DM-/ DESCONHECE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.  
FC=87BPM.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES  
- DOR LEVE (1-3/10)  
- EVENTO (TRAUMA) HA MAIS DE 6 H

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - PAD: 60.00 MMHG  
- PAS: 120.00 MMHG  
- SAT02: 97.00 %

Juliana Bion Oliveira  
Coren: 445775-5NF

24/09/2019 10:05 - JULIANA BION OLIVEIRA - mudança de especialidade

Mudança de Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: JULIANA BION OLIVEIRA - COREN: 445775 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/09/2019 10:05

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned by CamScanner



Paciente EGR, consciente e orientado  
segue de Alta hospitalar.

Renato Cesar Malheiros Cavalcanti  
RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI  
443697 - ENF

Scanned by CamScanner







# HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 524120

Data e Hora: 24/09/2019 10:09

Senha da Classificação:

0021

Paciente: 120565 GINA LOLOBRIGIDA BRITO DA SILVA Sexo: FEMININO  
Data do Nascimento: 22/12/1963 Idade: 55 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG  
Nome da Mãe: MARIA DO CARMO DA SILVA Nome do Pai: JOAO BATISTA DE BRITO  
Estado Civil: CASADO Nome do Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS CRM: 14418  
Endereço: RUA PROJETADA AVEOMAR -- Bairro: POVOADO DE SANTO AMAR  
Cidade/UF: SIRINHAEM PE Usuário Atendimento: THAYANECCS  
RG (Identidade): 4222956 SDS PE Data de Emissão: 06/08/2015  
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 79513131491 Fone: 991395377  
Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal: *Atrofia de quadrante autossomalisado,  
nao dorada ou dorada.  
Relato de acidente.*

Exame Físico: *Exame físico, membros superiores, membros inferiores,  
conhecido, quadrante.  
130 pulsos, separados, abaixo de um.*

Hipótese Diagnóstico: *Relatório*

Conduta Terapêutica: *Rx de trauma + TC de abdome e torax*

Prescrição Médica: *DE 99% 100ml  
Cetorolone 100mg  
VIT A  
W 1800 Natosha  
0000000000*

*Emmanuel Ribeiro*  
Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: LEITO DO PACIENTE:

*Pronto ortopédia.*







SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA  
FICHA DE ATENDIMENTO

ATIVO

Nº REGISTRO <b>44.829</b>	DATA E HORA DO NASCIMENTO <b>25/12/63</b>	EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL
PACIENTE: <b>Gina Olobrista</b>	NASCIMENTO: <b>65 anos</b>	IDADE: <b>65</b> SEXO: <b>(F)</b> COR:
ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:	NACIONALIDADE: <b>B</b>
Nº DE IDENTIDADE	PAI FILIAÇÃO	MÃE
ENDEREÇO: <b>R. Ave o mar</b>	COMPLEMENTO: <b>(Sinhora)</b>	
BAIRRO: <b>Damiana</b>	CIDADE: <b>S. Paulo</b>	UF: <b>PE</b> TELEFONE:
ORIENTAÇÃO:		
PROCEDÊNCIA:		
MEIO DE TRANSPORTE:		

CONSULTA DE ENFERMAGEM

DATA: <b>22-09-19</b>	HORA: <b>14:00</b>	ENFERMEIRO:	COREN:
SITUAÇÃO QUEIXA:			

ANTECEDENTES: ☐ DIABETES ☐ HIPERTENSÃO ☐ CARDIOPATIAS ☐ DOENÇA NEUROLÓGICA ☐ TABAGISMO  
☐ ALCOOLISMO/DROGAS ☐ PNEUMOPATIAS ☐ HEPATOPATIAS ☐ DOENÇA MENTAL OUTROS:

MEDICAÇÃO EM USO: **AI**

PA: <b>120x40</b> mmHg	RHS: bpm	FC: bpm	FR: lpm	T: °C
ECG: ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	DEFICIÊNCIA MOTORA	PUPILAS
ESCORE	ESCORE	ESCORE	MSD <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> VIE <input type="checkbox"/>	ISOCÓCICAS <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICA <input type="checkbox"/>
DOR: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SUDORESE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PALIDEZ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

EXAME FÍSICO: **pct ci 9 po + leve estase após recente automedicação -**  
**lego tcc, perda de consciência - referido por LO terox e DBO.**  
**pcto pulm. crepantes, 0200ml IS - DBO. Foco + JARZ**  
**A - Vias aéreas normais**  
**B - Reflexos Gm - 0200ml**  
**C - SI 1400 mmHg - 0200ml**

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:

**1- SFC 157 100 ml + clamp traqueal (C)**  
**2- RX série traqueal**  
**3- Furosemida 0200ml (C)**  
**monitor Gm chervosa**

Dr. Igor de Abreu  
Medicina / CRM 10.111  
22 SET. 2019

**LA 18:40 PA=120x40 / AP 18: 80x50**





\* TRAGA ESTE CARTÃO SEMPRE QUE VIER AO HOSPITAL  
\* COMPARECER COM 01(UMA) HORA DE ANTECEDÊNCIA

\* CONTATO: 3202-3800

931258			1013607
CÓDIGO SAME	NOME SOCIAL DO PACIENTE GINA LOLOBRIGIDA BRITO DA SILVA NOME DO PACIENTE		CÓDIGO PACIENTE
FEMININO	22/12/1963		
SEXO	DATA DE NASCIMENTO		
LT WELLINGTON TORRES	N.56	QD A	BAIRRO DE FATIMA
ENDEREÇO	COMPLEMENTO		BAIRRO
SAO MIGUEL DOS CAMPOS	AL	700300986694330	
CIDADE	UF	CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE	
MARIA DO CARMO DA SILVA			
MÃE			

DATAS DE CONSULTAS

ESPECIALIDADE	DATA	HORA	MEDICO	RESPONSÁVEL





**SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA**  
São Miguel dos Campos - AL  
Compromisso com a saúde e a vida

## **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO MIGUEL DOS CAMPOS**

**CNPJ:** 12.737.680/0001-00  
Praça Dr. José Inácio, 43 - Centro - São Miguel dos Campos - Alagoas  
**Fone:** 3271-9400 / 3271-9401

### **ATESTADO MÉDICO**

Atesto que o segurado, Sr. (a) **GINA LOLOBRIGIDA BRITO DA SILVA**, portador do RG **4222956** e CPF **795.131.314-91**, encontra-se internada nesta unidade hospitalar para tratamento médico por motivo de doença.

**CID:** K80 - Colelitíase

K82.3 - Fístula da Vesícula Biliar

Z54 - Convalescença após cirurgia

Fabiana Sophia Gonzalez da Nobrega  
CRM 4589-AL 13889-SE  
Cirurgia Geral

**FABIANA SOPHIA GONZALEZ DA NOBREGA - 4589**

**S. MIGUEL DOS CAMPOS, 15 de Janeiro de 2020**

Digitalizado com CamScanner





Data: 24/09/2019

Hora: 19:18:39

SAME:

Pedido: 386384

Atendimento: 524120

Idade: 55a 9m 3d

Paciente: 120565 GINA LOLOBRIGIDA BRITO DA SILVA

Sexo: Feminino

Médico Solicitante: CRM - 14418 MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS

Data da Solicitação: 24/09/2019

Hora: 12:24:41

Dt. Realiz.....: 24/09/2019

Convênio: SUS/SIA AMB/URG

Origem da Solicitação: PM SIRINHAEM

Unidade Internação:

Enfermaria:

Leito:

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORAX – SEM CONTRASTE**

**TÉCNICA:** Os cortes tomográficos computadorizados do tórax foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

**Achados:**

- Não há evidência de derrame pleural.
- As estruturas vasculares mediastinais têm calibre e disposição habituais.
- Não visualizamos linfonodomegalias ou outras lesões ocupando espaços nos compartimentos mediastinais.
- Traquéia, carina e brônquios principais de calibre e contornos normais.
- Hilos pulmonares anatômicos.
- Presença de nódulo no segmento apicoposterior do lobo superior esquerdo, medindo 0,9 cm e atenuação de partes moles (inespecífico). Restante do parênquima pulmonar com transparência e desenho vaso-brônquico preservados.

Dr(a): Bruno Brandão Pernambuco

CRM: 18107







GOVERNO MUNICIPAL  
**SIRINHAÉM**  
O TRABALHO CONTINUA

HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL  
OLÍMPIO MACHADO GOUVEIA LINS

Secretaria Municipal de Saúde

## ENCAMINHAMENTO

Sirinhaém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ao: Olímpio Goulart

Médico Plantonista: \_\_\_\_\_

do Hospital: \_\_\_\_\_

Prezado Senhor:

Estamos encaminhando o(a) paciente: Giulio Colaborador

que apresenta o provável diagnóstico: hipertensão em curso  
cardíaca

necessitando tratamento especializado na clínica: Res. Ortopedia  
deste Hospital.

Sem mais para o momento, subscrevemos-nos

Atenciosamente,

Renato Cesar Malheiros Cavalcanti  
CRM 13883  
R.S. 204324235155001  
malheirosrenato@gmail.com

Carimbo e Assinatura Médico

Digitalizado com CamScanner





## RECEITUÁRIO

Nome Social do Paciente:

Nome do Paciente: GINA LOLOBRIGIDA BRITO DA SILVA

Endereço: LT WELLINGTON TORRES

Número: 56

Complemento:

Cidade: SAO MIGUEL DOS CAMPOS

Estado: AL

Prescrição:

VIA ORAL:

1) LOSARTANA 50 MG -----

TOMAR 01 COMP VO DE 12/12H

2) HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG-----

TOMAR 01 COMP VO APÓS CAFÉ DA MANHÃ

☒ 3) RUSOVAS 20 MG-----

TOMAR 01 COMP VO APÓS JANTAR - 3 MESES

*[Handwritten Signature]*  
Dra. Simur Lages Maia  
Cardiologista/Ecografista  
CRM/AL-4338 - RQE-2362 / 4217

Maceió - AL, 01/11/2019

SIMUR MENDES L.M. FERREIRA - CRM: Nº.4338

Carimbo e Assinatura do Médico

CNPJ: 24.464.109/0002-29

Av. Lourival Melo Mota, S/N - Tabuleiro do Martins

CEP: 57072-900 Maceió-AL

Digitalizado com CamScanner





Sta Casa Misericórdia de S Miguel Campos  
**Relatório Médico de Alta**



**SANTA CASA**  
**DE MISERICÓRDIA**  
São Miguel dos Campos - AL  
Compromisso com a saúde e a vida

**Nome:** GINA LOLOBRIGIDA BRITO DA SILVA

**Reg.:** 295712

**Pront.:** 235400

**Sexo:** Feminino

**Dt. Nasc.:** 22/12/1963

**Idade:** 56

**Conv.:** SUS

**Admissão:** 11/01/2020 10:14

**Alta:** 22/01/2020 09:58

Apresentação inicial (Queixas, sintomas ou diagnósticos que trouxeram o paciente para o hospital, achados do exame físico e exames complementares que justificaram a admissão hospitalar):

COLELITIASE

Resumo da evolução durante internamento (ações diagnósticas e terapêuticas, evolução clínica do paciente, complicações, estado clínico no momento da alta)

SUBMETIDA A COLECISTECTOMIA COM DUODENORRAFIA POR FÍSTULA COLECISTODUODENAL. BOA EVOLUÇÃO, ACEITANDO DIETA ORAL

**Diagnóstico:**

Principal K80.0 Calculose da vesícula biliar com colecistite aguda | Qualquer afecção relacionada em K80.2 com colecistite aguda

**Internação:**

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
CLINICA CIRURGICA	11/01/2020 10:14	22/01/2020 09:58	11 dia(s)

**Orientação:**

RETORNO PARA REVISAO EM 25/01/2020

**Condição de Alta:** Curado

**Tipo de Alta:** Médica

**Médico Responsável:** Dr. FABIANA SOPHIA GONZALEZ DA NOBREGA

**CRM:** 4589

Fabiana Sophia Gonzalez da Nobrega  
CRM 4589-AL / 3889-SE  
Cirurgia Geral







SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA  
São Miguel dos Campos - AL  
Compromisso com a saúde e a vida

**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO MIGUEL DOS CAMPOS**  
CNPJ: 12.737.680/0001-00  
Praça Dr. José Inácio, 43 - Centro - São Miguel dos Campos - Alagoas  
Fone: 3271-9400 / 3271-9401

**RECEITA MÉDICA**

**GINA LOLOBRIGIDA BRITO DA SILVA**

**1) CEFALEXINA 500MG \_\_\_\_\_ 1 CX**

Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas por 6 dias.

**2) MELOCOX 15 MG \_\_\_\_\_ 1 CX**

Tomar 1 comprimido ao dia por 3 dias, se dor.

**RETORNO PARA REVISÃO EM 25/01/2020**

*Fabiana Sophia Gonzalez da Nobrega*  
CRM 4589-AL / 3009-04  
Cirurgia Geral

**FABIANA SOPHIA GONZALEZ DA NOBREGA - 4589**

**S. MIGUEL DOS CAMPOS, 22 de Janeiro de 2020**

Digitalizado com CamScanner







# Ultrassonografia

## Dr. Adriano Gomes

Pedido: 62942  
Sexo do paciente: FEMININO  
Data do exame: 28/09/2019

Paciente: GINA LOLOBRIGIDA BRITO DA SILVA  
Idade: 55 anos, 9 meses e 5 dias.  
Médico(a) solicitante: Solicitação Médica

### USG DO ABDOME TOTAL

Exame realizado em modo bidimensional em um aparelho de ultrassom de última geração com transdutor convexo multifrequencial, EVIDENCIOU:

**O FÍGADO** com VOLUME CONSERVADO e CONTORNOS REGULARES.

A VASCULARIZAÇÃO de aspecto CONSERVADO sem sinais de dilatação de vasos intra-hepáticos. A TEXTURA DO PARÊNQUIMA HEPÁTICO HIPERECÔICA difusamente, formando leve atenuação posterior do feixe sônico e dificultando a perfeita avaliação dos detalhes do tecido hepático.

**A VESÍCULA BILIAR** em sua APRESENTAÇÃO TOPOGRÁFICA NORMAL, com PAREDES DISCRETAMENTE ESPESSADAS, possuindo luz de tamanho usual e CONTEÚDO MISTO.

PRESENÇA EM SEU INTERIOR DE IMAGENS FORTEMENTE ECOGÊNICAS, FORMADORAS DE SOMBRA POSTERIOR, QUE OBEDECEM A AÇÃO DA GRAVIDADE.

**A VEIA PORTA** com PAREDES de ECOGENICIDADE PRESERVADA e DIÂMETRO NORMAL.

**O COLÉDOCO** com CALIBRE NORMAL para a idade estudada, sem sinais de obstrução.

**O PÂNCREAS** com CONTORNOS REGULARES e ecogenidade compatível com a idade e TEXTURA CONSERVADA. O DUCTO DE VIRSUNG sem sinais de dilatação.

**O BAÇO** com VOLUME DENTRO DOS LIMITES NORMAIS e TEXTURA CONSERVADA.

**O RIM DIREITO** em sua TOPOGRAFIA HABITUAL, apresentando CONTORNOS REGULARES e a VOLUMETRIA DENTRO DOS PARAMETROS DA NORMALIDADE.

O PARENQUIMA RENAL HOMOGÊNEO e o SISTEMA COLETOR CONSERVADO.

**O RIM ESQUERDO** em sua TOPOGRAFIA HABITUAL, apresentando CONTORNOS REGULARES e a VOLUMETRIA DENTRO DOS PARAMETROS DA NORMALIDADE.

O PARENQUIMA RENAL HOMOGÊNEO e o SISTEMA COLETOR CONSERVADO.

PRESENÇA EM SEU INTERIOR, EM TOPOGRAFIA DE TERÇO MÉDIO, DE IMAGEM ANECÓICA, CIRCUNVALADA COM PAREDES REGULARES E FINAS MEDINDO 4,5 cm NO SEU MAIOR DIÂMETRO.

**A ARTÉRIA AORTA** de aspecto preservado, luz com diâmetro fisiológico em toda sua extensão abdominal.

**A VEIA CAVA** com aspecto normal.

**A BEXIGA** de paredes regulares e espessura preservada, apresentando boa repleção para o exame.

**OS ÓRGÃOS PÉLVICOS** sem alterações importantes visualizadas por esta via, EXCETO PELA NÃO VISUALIZAÇÃO DO ÚTERO (STATUS PÓS CIRURGICO).

#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

ESTEATOSE HEPÁTICA GRAU II

COLELITÍASE

CISTO RENAL À ESQUERDA

STATUS PÓS-HISTERECTOMIA

OBS: EXAME LIMITADO DEVIDO A ATENUAÇÃO ACÚSTICA DO SUBCUTÂNEO DA PACIENTE

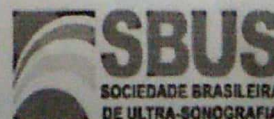
Dr. Adriano Gomes

CRM-PE 15.473

Título em Ultrassonografia geral

pela CBR, SBUS e FISUSAL

ADRIANO GOMES - CRM. 15473



Data da impressão: 28 de setembro de 2019

Digitalizado com CamScanner





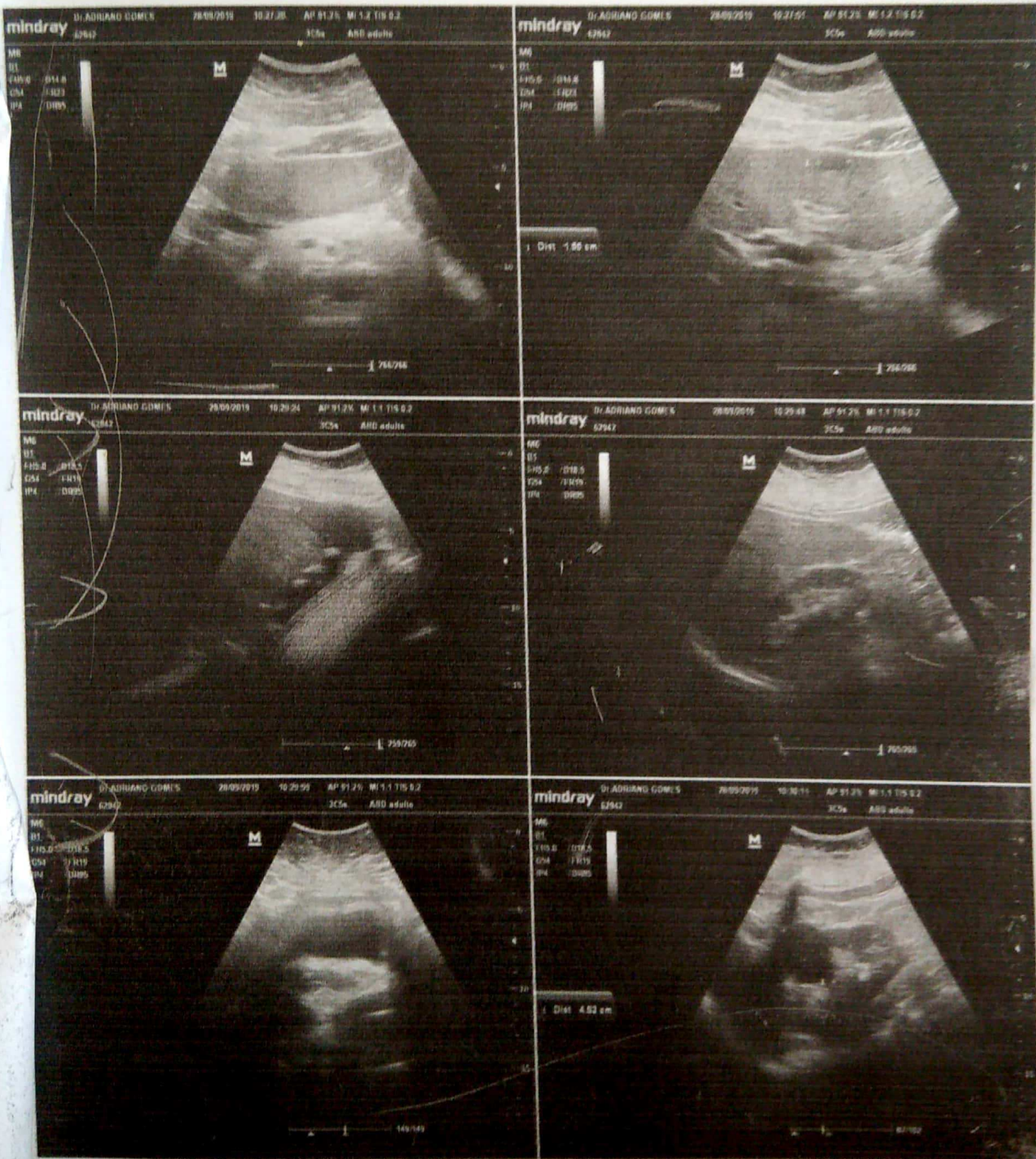


# Ultrassonografia

## Dr. Adriano Gomes

Nome do paciente: GINA LOLOBRIGIDA BRITO DA SILVA  
Médico solicitante: Solicitação Médica

Número do pedido: 62942  
Data do exame: 28/09/2019



Digitalizado com CamScanner







# Ultrassonografia

## Dr. Adriano Gomes

Nome do paciente: GINA LOLOBRIGIDA BRITO DA SILVA

Número do pedido: 62942

Médico solicitante: Solicitação Médica

Data do exame: 28/09/2019



Digitalizado com CamScanner





JUNTADA DE PETIÇÃO REQUERENDO INCLUSÃO CNPJ DAS DEMANDADAS (ANEXO)



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 07ª VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE RECIFE – PE.

PROCESSO Nº: 0026571-73.2020.8.17.2001

**Seção B**

**GINA LOLOBRIGIDA BRITO DA SILVA**, já devidamente qualificada nos autos da ação em epígrafe, movida contra **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, já devidamente qualificadas nos autos da ação em epígrafe, vem requerer a Vossa Excelência a retificação das partes Demandadas, para que sejam incluídos os seus CNPJ, quais sejam: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A: 09.248.608/0001-04 e TOKIO MARINE SEGURADORA S/A, CNPJ 60.831.344/0001-74.**

Recife, 10 de junho de 2020.

**RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI**  
**OAB-PE 31915**

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade  
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 - Fone: (81) 3204.4039  
E-mail: renatomalheiros@outlook.com

