

MALHEIROS

ADVOGADOS

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
E-mail: renatomalheiros@outlook.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Adriano Bezerra da Silva
Brasileiro Solteiro
Desempregado, portador(a) do RG nº 5.473.770
/PE, inscrito(a) no CPF sob o nº 008.313.794-96
residente e domiciliado(a) à Rua P. profeta do I Novo Coutinho
SA, Centro, Sirinhaém - PE
CEP: 5580-000.

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.

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, _____ de _____ de _____.

Adriano B. Bezerra 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

Scanned by CamScanner



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Brasileiro Adriano Bezerra da Silva
Solteiro, Desempregado
portador(a) do RG nº 5.473.776, inscrito(a)
no CPF sob o nº 008.213.194-96, residente e domiciliado(a) à
Rua R. Prof. Adria e Mano Antero
nº 5A, Centro, Sirinhaém-PE,
CEP: 55580-000, 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, 11 de Junho de 2018.

Adriano Bezerra da Silva



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

5.413.776

DATA DE
EXPEDIÇÃO

12/01/2006

NOME << ADRIANO BEZERRA DA SILVA >>

FILIAÇÃO << JORGE BEZERRA DA SILVA >>

<< MARIA LUZINETE DA SILVA >>

NATURALIDADE

SIRINHAÉM - PE

DATA DE NASCIMENTO

20/10/1978

DOC ORIGEM

<< C. N. 9852 L9-A F.107V CART. 1º DISTRITO-SIRINHAÉM-PE

30.11.2005 >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Scanned by CamScanner



BRASIL 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

07R62



POLEGAR DIREITO



Abriano B. Zuzuma da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Scanned by CamScanner





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome *Adriano Bezerra da Silva*

ADRIANO BEZERRA DA SILVA

Nº de Inscrição

008313194-96

Data do Nascimento

20/10/78



Scanned by CamScanner



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedado a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura

Adriano Bezerra da Silva

ADRIANO BEZERRA DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 16/08/97

S
E
R
P
R
O



Atestado Médico

Paciente: ADRIANO BEZERRA DA SILVA

Atesto para os devidos fins que o(a) paciente acima nominado(a) foi atendido(a) neste serviço no dia 27/01/2018.

Necessitando de 15 (QUINZE) dias de afastamento de suas atividades laborais e/ou escolares.

Cabo de Santo Agostinho, 27 de janeiro de 2018.

A Resolução nº 1.658/2002 do Conselho Federal de Medicina, em seu artigo 5º, estabelece:

*Os médicos somente podem fornecer atestados com diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único. No caso da solicitação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado.*

Portanto, o médico não está obrigado a colocar o diagnóstico ou CID-10 no atestado médico, salvo pelas razões supracitadas

Dr. Márcio Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 18569





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 073ª CIRCUNSCRIÇÃO - SIRINHAÉM - DP73ªCIRC
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0163000066**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/02/2018** às **11:58**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **27/1/2018** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 01, OTEIRO DO LIVRAMENTO - SIRINHAÉM - PE -
Bairro: CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSENILDO JOSE VICENTE DOS SANTOS (AUTOR \ AGENTE)
ADRIANO BEZERRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSENILDO JOSE VICENTE DOS SANTOS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ADRIANO BEZERRA DA SILVA



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

ADRIANO BEZERRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUZINETE DA SILVA Pai: JORGE BEZERRA DA SILVA Data de Nascimento: 20/10/1978 Naturalidade: SIRINHAEM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5413776/SDS/PE (RG). 00831319496 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUTONOMO(A)
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 01, RUA DA BICA - PROXIMO A COXEIRA DE CARLINHO DO BOI - SIRINHAEM -PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSENILDO JOSE VICENTE DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 01, SANTO AMARO DE SIRINHAÉM -PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSENILDO JOSE VICENTE DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSENILDO JOSE VICENTE DOS SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KGT0476 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 147254418 Chassi: 9C23C41209R061029
Ano Fabricação/Modelo: 2009/2009 Combustível: GASOLINA

5/2/2018 11:48

Scanned by CamScanner



MOTO1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ADRIANO BEZERRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a):

ADRIANO BEZERRA DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: Não

Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCX8860** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **113294546** Chassi: **9C2KC2210JR008536**

Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

INFORMA O SR, ADRIANO BEZERRA DA SILVA, QUE ESTAVA COM SUA MOTO PLACA PCX8860, NA LADEIRA QUE DA ACESSO AO BAIRRO DO OTEIRO DO LIVRAMENTO QUANDO EM DADO MOMENTO UMA MOTO DE PLACA KGT 0476 DESGOVERNADA PILOTADA POR JOSENILDO JOSE VICENTE DOS SANTOS, BATEU EM SUA MOTO GAINDO E A MOTO DO SR, JOSENILDO ASIDENTOU O SR, ADRIANO ANPUTANDO UM DEDO DA MÃO ESQUERDA DA CVTIMA SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL OLIMPIO MACHADO SENDO REMOVIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA PARA AMPUTAÇÃO DO REFERIDO DEDO.

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

Adriano Bezerra da Silva
ADRIANO BEZERRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARIO JULIO DO REGO FILHO** - Matrícula: **1345758**

Mário Júlio
COMISSÁRIO DE POLÍCIA
MAT. 134.757-8





CNPJ 09.769.035/0001-64
 INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FULTEIRO DO CARMO - IMH. - 5/H - CENTRO SIRM
 BHIAEN PE 55580-000

DADOS DO CLIENTE
 ADRIANE BEZERRA DA SILVA MATRÍCULA: 24027937 Nov/2017
 R PROJ: TADA 1 NOVO QUITEIRO, N. 5/H - LATERAL HAO INFORMADO SIRM
 BHIAEN PE 55580-000
 INSCRIÇÃO: 12 820 170 0001.200 GRUPO: 3 DIB AUTOMÁTICO: 024027937

SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS		
LIGADO	LIGADO	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL
HIDRÔMETRO	DATA LEIT ANTERIOR	DATA LEIT ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)	
A131038069	25/10/2017	25/11/2017	MÉDIA M3 / H MÉDIA	

AGUA:
 LEIT ANT: 299 CONSUMO: 5 ESGOTO:
 LEIT ATU: RECORRENCIA TAXA II LEIT ANT: VOLUME: 5
 LEIT FAT: 309 LEIT ATU:
 LEIT FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERENCIA	CONSUMO	PARA METROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT.	ANALISES	ATENDE
			M3	REALIZ.	A. LIGI
10/2017	03	/03	0	20	20
09/2017	05	/05	0	20	20
08/2017	05	/05	0	20	20
07/2017	05	/05	0	20	20
06/2017	05	/05	0	20	20
05/2017	05	/05	0	20	20
MEDIA:	05	/05	0	20	20

Qualidade de Agua: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
 RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA AGUA
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
 ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	5 M3	8,40
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	5 M3	0,00
MULTA P/IMPONTUALIDADE 10/2017		0,16
JUROS DE MORA 07/2017 08/2017		0,25

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL	VALOR DO IMPORTE
PIS	8,40	1,65	0,14
COFINS	8,40	7,62	0,64

VENCIMENTO: 05/12/2017 TOTAL A PAGAR: 8,81

MENSAGEM:
 EM 31/10/2017, REGISTRAMOS QUE V.SA.
 ESTAVA EM DEBITO COM A COMPESA CASO
 JA O TENHA PAGO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

VIA DO CLIENTE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013712146042
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCICIO
1	1132945469	*****	2017

NOME
ADRIANO BEZERRA DA SILVA

SIRINHAEM-PE

CPF/CNPJ	PLACA
008.313.194-96	PCX8860

PLACA ANT/UF	CHASSI
*****	9C2KC2210JR008536

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 160 TITAN	2017	2018

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/162CL	PARTIC	AZUL

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC./COTAS
IPVA 2017 QUITADO	1ª *****	2ª *****
FAPÁ/PIVA	PARCELAMENTO/COTAS	3ª *****
A 1	*****	

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

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

LOCAL

SIRINHAEM-PE

DATA

25/10/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

PE Nº 013712146042 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ADRIANO BEZERRA DA SILVA

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

SIRINHAEM-PE	EXERCICIO	DATA EMISSÃO
	2017	25/10/17

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
1	008.313.194-96	PCX8860

RENAVAM	MARCA / MODELO
1132945469	HONDA/CG 160 TITAN

ANO FAB	CAT. TARIF	Nº CHASSI
2017	09	9C2KC2210JR008536

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/01/2018 12:30

Nome Paciente: ADRIANO BEZERRA DA SILVA
Cód. Paciente: 102015
Data de Nascimento: 20/10/1978
Sexo: Masculino
Idade: 39
Senha: 0023
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 417059
SAME:



Período: 27/01/2018 13:14 - 27/01/2018 13:14

ILANA DE SOUZA FLORENCIO - COREN: 377337 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Cor:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PCTE VITIMA DE COLISÃO MOTO, APRESENTA LESÃO EM 2 DQE, NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

criminator(es):

- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES
- DOR LEVE (1-3/10)
- SEM PERDA DA FUNÇÃO

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ILANA DE SOUZA FLORENCIO - COREN: 377337 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/01/2018 13:14

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned by CamScanner



FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

DATA: 27/01/17 CARTÃO SUS: _____
HORA DE ENTRADA: _____ HORA DE SAÍDA: _____ REGISTRO: 330814

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Adriano Bezerra da Silva
ENDEREÇO: Outeiro
DATA DE NASCIMENTO: 20/10/78 CIDADE: Sirinháem UF: PE
FILIAÇÃO: _____ IDADE: 38 SEXO: M F
PAI: _____
MÃE: Maria Luzinete da Silva
RESPONSÁVEL: _____

TRIAGEM / QUEIXA PRINCIPAL

PA: _____ PESO: _____ FC: _____
T: _____ HGT: _____ FR: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

fe 5x200ms (i: 0,1) que
alívio de 2000

EXAME FÍSICO: _____
sk
= 7ms
6: 0,15

EXAMES SOLICITADOS: _____ SOM: 12,12,5,25
SOM: 5,350
H.D: 1 fe 5x200ms 267

CONSULTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

① cefepime (15) (15 + 15)
② lepar com ten

Airlan Alves

SOUZA LEÃO (81) 465.3870



ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: Adriano Bessa do Vin

Data de Nascimento: 1/1/

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Jade: Sirinhaém

Unidade de Origem: Sirinhaém

Destino/Especialidade: Tratamento ortopédico

Hipótese Diagnóstica (HD): Fratura exposta do hi. OMS

Sexo: Masculino Feminino

Telefone: _____

Resumo do Caso: Paciente sofreu queda de 20 metros de altura em 25/04/18, apresentando lesão no hi. OMS

Exames Realizados (Data e Resultado):
RX em arco
PSMO: osteólise + alça

IDENTIFICAÇÃO DO MEDICO SOLICITANTE

Data: 27/04/18

Airlan Aves
Traumatologia - Ortopedia
CRM - PE: 22412
Assinatura, Carimbo e CRM

AGENDAMENTO PARA:

Especialidade: Tratamento ortopédico - hi. OMS

Data da Consulta: 27/04/18

Senha: 5350267

Horário: 10.00

CONTRA-REFERENCIA (Preenchimento EXCLUSIVO do HMMOMGL)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Identificação Incompleta/Não Preenchida
<input type="checkbox"/> Sem Hipótese Diagnóstica
<input type="checkbox"/> Sem Identificação do Solicitante
<input type="checkbox"/> Sem Assinatura e/ou Carimbo do Médico
<input type="checkbox"/> Letra Illegível | <input type="checkbox"/> Ficha com encaminhamento de profissional não
<input type="checkbox"/> Outros: _____

_____ |
|--|---|

Conduta: Retorno à unidade de origem Alta Médica Tratamento Interno

Médico Responsável: _____

Assinatura, Carimbo e CRM





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 417065
Usuário do Atendimento: SANDRACA

Data e Hora do Atendimento: 27/01/2018 12:45
Convênio: SUS - INTERNACAO

18
PAGINAS

Nome do Paciente: ADRIANO BEZERRA DA SILVA Prontuário: 102015
Nome da Mãe: MARIA LUZINETE DA SILVA Nome do Pai: JORGE BEZERRA DA SILVA
Data do Nascimento: 20/10/1978 Idade: 39 anos Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO RG: 5413776 SDS PE Data Emissão:
CPF: Certidão de Nascimento: Data Emissão:
Naturalidade: Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO
Carteira Nacional SUS: 898003450110154 Ocupação Habitual: OUTROS
Endereço: RUA DO OITEIRO POVOADO DE SANTO AMARO
Cidade: SIRINHAEM PE CEP: 55580000 Fone: 92332444

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM SIRINHAEM
Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA Leito: LEITO 7

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 27/01/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Indicações de Alta: Medicamentos
Diagnóstico: Fratura de tíbia e fíbula
Procedimento: Redução e fixação da fratura
Alta em: 27/01/18 Hora: 12:45
Médico e C.R.M.: Dr. Márcio Mendes de Oliveira
Responsável pela retirada do paciente - Dr. Márcio Mendes de Oliveira
Assinatura e R.G.: _____
*Dr. Márcio Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 18889*

15:00 HGT (262)

Solange Lyra
Faturamento / SAME
em: _____
31 JAN. 2018

01.02.18
HDH-Hospital Dom Helder Câmara
Márcio F. Gadoy
Arquivista
SAME/Faturamento



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO

IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 433381 Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
 Data e Hora: 03/05/2018 08:35

Paciente: 102015 ADRIANO BEZERRA DA SILVA Sexo: MASCULINO
 Data do Nascimento: 20/10/1978 Idade: 39 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
 Nome da Mãe: MARIA LUZINETE DA SILVA Nome do Pai: JORGE BEZERRA DA SILVA
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CAI CRM: 13783
 Endereço: RUA DO OITEIRO Bairro: POVOADO DE SANTO AMARCO
 Cidade/UF: SERRA NEGRA PE Usuário Atendimento: LAISMSR
 RG (Identidade): 5413776 SDS PE Data de Emissão:
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 92332444
 CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL
paciente com fratura fechada de 9º costela 4 meses atrás por causa de trauma

EXAME FISICO *CP. VALTA*
 Temperatura: ()
 Pressão Arterial: ()
 Peso: ()
 Altura: ()
 Outros: _____

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: *VALTA* Hora do Retorno: _____
 Médico do Retorno: _____
 Anotações:

Dr. Luciano L. Cunha JR.
 Médico

 Carimbo/Médico

ES. Ao final da consulta encaminhar essa ficha para o atendimento (recepção). Caso a solicitação de retorno seja preenchida setor ambulatório de egresso) fará o agendamento tipo 2 (Retorno).

03/05/18 *1* *(09)*





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

9640



Atendimento: 417059

Data e Hora: 27/01/2018 12:34

Senha da Classificação:

0023

Paciente: 102015 ADRIANO BEZERRA DA SILVA

Data do Nascimento: 20/10/1978 Idade: 39 anos

Sexo: MASCULINO

Nome da Mãe: MARIA LUZINETE DA SILVA

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Pai: JORGE BEZERRA DA SILVA

Endereço: RUA DO OITEIRO

Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO

CRM: 14861

Cidade/UF: SIRINHAEM PE

Bairro: POVOADO DE SANTO AMARCO

G (Identidade): 5413776

Usuário Atendimento: LAZARONI

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

SDS PE

Data de Emissão:

Fone: 92332444

Cartão SUS: 898003450110154

Data de Emissão CRN:

HDH - Hospital Dom Helder Câmara

29 JAN 2018

M- M+ HAST

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente de moto há 3 dias, apresentando ferimentos de natureza aberta e lacerada em 4º CDV.

Exame Físico

- PA em 4º CDV
- Nervos - Úmida, Comprimido
- B.O., Comum, Comum

Diagnóstico

Amputação traumática de 4º CDV

Conduta Terapêutica

intensas

Prescrição Médica

opletin 1g + 14850
VAT
Ao Blebs

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____



LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 15/08/18

Nº PRONTUÁRIO: 102015

NOME DO PACIENTE: Adriano Bezerra da

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Silva

Amputação membro
dir. 4º QD

CID: S68.1

OBS.: duas semanas de licença
paciente em acompanhamento
ambulatorial

Nº DIAS: seguinte defeito

AFASTAMENTO DO TRABALHO

Drº Mavinier Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 18569

Assinatura do Médico
Carimbo



LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 3/5/18

Nº PRONTUÁRIO: 102015

NOME DO PACIENTE: Adriano Bezerra de S. L.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Compunção traumática focal do 4º CVB. Regresso regularizado de C6/7. Aparelho regular definitivo.

CID: 568.1

OBS.:

Nº DIAS: _____ () AFASTAMENTO DO TRABALHO

Dr. Luciano L. C. ...
Ortopedia e Traumatologia
CRM nº 25.608

Assinatura do Médico
Carimbo



CPF - 008.313.194-96

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ADRIANO BEZERRA DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180146756**
Vitima: **ADRIANO BEZERRA DA SILVA**
Data do Acidente: **27/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180146756**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias**, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12605603

Pag. 01143/01144 - carta_01 - INVALIDEZ



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Adriano Bezerra da Silva,
RG nº 5413776, data de expedição 22/01/2006, Órgão SSSIPE,
CPF nº 008.313.194-96, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. projetada / Novo outeiro</u>
Número	<u>5N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Sirinhaém</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55580-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: Adriano Bezerra da Silva



JUNTADA DE PETIÇÃO REQUERENDO INCLUSÃO CNPJ DAS DEMANDADAS (ANEXO)



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE RECIFE – PE.

PROCESSO Nº: 0029111-65.2018.8.17.2001

Seção A

ADRIANO BEZERRA DA SILVA, já devidamente qualificado 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.

Nestes Termos,

Pede deferimento.

Recife, 19 de junho de 2018.

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

