

Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MANOEL FRANCISCO LINS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180464213**

Vítima: **MANOEL FRANCISCO LINS DA SILVA**

Data do Acidente: **07/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180464213**.

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 13444066

Pag. 01127/01128 - carta_01 - INVALIDEZ

00010564



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1107888980

NOME
MANOEL FRANCISCO LINS DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
9025011 SDS PE

CPF
112.793.374-43

DATA NASCIMENTO
31/08/1992

FILIAÇÃO
JOSE FRANCISCO DA
SILVA FILHO
LUCIANA LINS SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06166957553

VALIDADEZ
07/01/2019

1ª HABILITAÇÃO
25/09/2014

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Assinatura do Portador

LOCAL
CARGO - PE

DATA EMISSÃO
16/11/2015

Assinatura do Emissor

45237615541
PE06988853

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1107888980





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL DE FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SEVERINA PEREIRA DA SILVA

CPF: 331.506.484-91
CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL SÉRIE EMISSÃO

APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE Nº DA INSTALAÇÃO

09/05/2018 001184123 2028893

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA BELA VISTA 312

JARDIM FRAGOSO/OLINDA
OLINDA PE
53060-525

CONTA CONTRATO MÊS/ANO

01980437015 05/2018

DATA DE FÉTIMO DE LEITURA

16/05/2018 08/06/2018

TOTAL 43,35

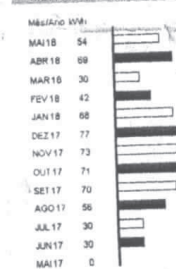
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)	54,0000000	0,72287599	39,02
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,23
Contribuição Iluminação Pública			3,44
Multa por atraso-NF 008140549 - 08/03/18			0,30
Juros por atraso-NF 008140549 - 08/03/18			0,22
Atualização IGPM-NF 008140549 - 08/03/18			0,14
TOTAL DA FATURA			43,35

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
X55198	CAT	09/04/2018	27.832,00	08/05/2018 27.886,00	30	1,00000		54,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	36,25	25,00
PIS	39,25	1,12
COFINS	39,25	6,32

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	10,83	27,59%
Transmissão	1,08	2,70%
Distribuição (Celpe)	8,95	22,80%
Perdas de Energia	2,69	6,85%
Encargos Setoriais	3,37	8,50%
Tributos	12,32	31,39%
Total	39,25	100%

Consumo Ativo(KWh) 0,48648886

RESERVAÇÃO FISCAL

02E2 5F48 7073 812C 147C EBB0 3486 E229

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 28/04, tarifa com reajuste médio de 6,47% para Baixa Tensão e 9,90% para Alta Tensão-REH 2 388/18. Na data da leitura, a tarifa em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quanto há violação da continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagos em atraso por parte do cliente, juros 1% a.m. (Lei 10.438/02) e atualização monetária no preço, mais lançamento do ICMS conforme Art. 2, XLV, a, 2, do RICMS-PE. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrada a multa de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

Vencido	De resgate	Valor	Vencido	De resgate	Valor
17/11/18	05/12/18	31,71			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 481/2010), tarifas, preços e serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES

CONJUNTO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIG	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00
SMIC	0,00	0,00	0,00	0,00

Limite DIOPR: 0,00 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 13,92

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	MÍNIMO MÁXIMO
	202 231

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

1980437015 05/2018 16/05/2018 43,35

8382000000-2 43350011001-0 98043701510-1 14351238363-4



Assinado eletronicamente por: JOSE PEREIRA JUNIOR - 25/01/2019 18:22:00

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012518220074400000039844491>

Número do documento: 19012518220074400000039844491

NIT: 16386309309

Número do Benefício: 6234007728

Espécie: 31

Número do Requerimento: 188979898

Ao Sr. (a): MANOEL FRANCISCO LINS DA SILVA

Endereço: MARIA HILDA DA SILVA 84, CHARNEQUINHA

CEP: 54505505

Município: CABO DE SANTO AGOSTINHO

UF: PE

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 04/06/2018, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 08/07/2018.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (08/07/2018), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação.

A partir de 08/07/2018 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento de Solicitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Informamos, ainda, que foi afastada a aplicação do nexo epidemiológico entre o agravo e a profissiografia, conforme parágrafo 6º do artigo 337 do Decreto 3.048, de 06/05/1999. O benefício foi concedido em espécie não-acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar Recurso por parte de V.Sa. à Junta de Recursos da Previdência Social, pelo prazo de 30 (trinta) dias.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data, 8 de Junho de 2018

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência

OLINDA

Endereço: R PROFESSOR JOSE CANDIDO

CEP: 53030020

Município: OLINDA

UF: PE PESSOA, N 734, BAIRRO NOVO

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente,

Assinatura do Requerente / Representante Legal





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência OLINDA
CEP: 53030020 Município: OLINDA

Endereço: R PROFESSOR JOSE CANDIDO
UF: PE PESSOA, N 734 , BAIRRO NOVO

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente,

Assinatura do Requerente / Representante Legal





RECEITUÁRIO

Ondração 1055
Ondração que Moel
Froano bin da Silva
per subatido a tratamento
cirúrgico de fratura exposta
5º pododactilo E em 08/05/18.
RX de fratura consolidada,
ento do apto para retorno a
normal atividade.

110 592

14/06/18

Dr. Marcondes Meireles Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM-12435 - Mat. 243587-0

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



Declaração de Pobreza para fins judiciais

MANOEL FRANCISCO LINS DA SILVA, brasileiro, solteiro, funileiro industrial, inscrito no CPF: 112.793.374-43, residente na Rua bela vista, nº 312, bairro: jardim fragoso, Olinda-PE, CEP: 53.060-525, desejando obter os benefícios da "*Justiça Gratuita*", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficiente para custear qualquer demanda, sem prejuízo dos seus sustentos próprios e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, e art 98 CPC 2015 faz *jus* aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Recife, 21 de setembro de 2018.

Manoel Francisco Lins da Silva

MANOEL FRANCISCO LINS DA SILVA



24 HORAS - OLINDA

Fluxograma da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 07/05/2018 23:05

Nome Paciente: MANOEL FRANCISCO LINS DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 31/08/1992
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0446
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 07/05/2018 23:05 - 07/05/2018 23:05

ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa/Principal: TRAZIDO PELO CB, ESCORIAÇÕES + DOR EM PÉ ESQ

Observação: ALERGIA-

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/05/2018 23:05

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()	SENHA 5421217
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: _____ Pac: 343780 - MANOEL FRANCISCO LINS DA SILVA	Idade: 25 A
Sexo: M () F () Profissão: _____ Mse: LUCIANA LINS SILVA	Fone: _____
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____
Cidade: _____	
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()	
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()	
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S() N()	
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()	
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()	
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____	
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()	
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()	
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura	
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____	
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____	
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento	
CAUSAS CLÍNICAS	
História Clínica Atual: <i>opq + fígado aumentado opq 5-10x</i>	
Hipótese Diagnóstica: <i>hepatite crônica, H-50/400</i>	
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x	
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()	
Sibilos Expiratórios: S() N() BAN*: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/Estridor: S() N()	
Distúrbio Fala/Choro: S() N()	
Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N()	
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()	
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()	
Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()	
Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()	
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30 FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100	



Atendimento: 1291961
Data e Hora: 07/05/2018 23:12

Senha da Classificação

0446

Paciente: 343780 MANOEL FRANCISCO LINS DA SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social :
Data do Nascimento: 31/08/1992 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: LUCIANA LINS SILVA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA BELA VISTA 1 Bairro: FRAGOSO
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53060525 Usuário Atendimento: ALEXSANDRACA
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 82057022
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

gostaria de saber se não tem nada de mais, não tem mais dor no pé direito, não tem mais dor no pé esquerdo.

Exame Físico

Ex - 01 hora.
Ex - 01 hora.

Hipótese Diagnóstica

lesão de tendão do pé direito

Conduta Terapêutica

07/05/2018

Prescrição Médica

Cumprido
Procedimento - 1º
Tratamento - 1º

FARMACIA DE

Destino: ☒ Encaminhado ao Ambulatório ☐ Residência
Transferido: _____
Para: _____

Senha: 542171

Carimbo Médico

UPA OLINDA
Dr. Danton Martins Filho
Trauma / Ortopedia
CRM 5555



1291961



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.....: 08/05/2018
Hora.....: 11:05

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 49464
Paciente : 114770
Convênio Atend. : 1
Leito : 705
Dt. Início : 08/05/2018 10:02
Cid Pré-Operatório : S626
Cid Pós-Operatório :
Sala : 0004 SALA 04
MANOEL FRANCISCO LINS DA SILVA
SUS - INTERNACAO
VERD2-29
Dt. Fim : 08/05/2018 10:28
FRATURA DE OUTROS DEDOS
Atendimento : 427504
Carteira :
Idade : 25 Anos 8 Dias 11 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0408050470 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 42 LOCAL

Equipe Médica

CIRURGIAO 18099 FILIPE MACIEL BELFORT CAMPOS

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE 5ºPDE
CIRURGIA: LIMPEZA CIRURGICA + IMOBILIZAÇÃO DE 5ºPDE
CIRURGIÃO: DR ADAUTO TELINO
1º AUXÍLIO: DR HUDYSON ROCHA
ANESTESIA: LOCAL

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. RETIRADA DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. LIMPEZA COM SF 0,9%;
6. CURATIVO;
7. IMOBILIZAÇÃO DE 5º PDE COM ESPARADRAPAGEM DE 4º E 5º QDE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Hudyson Oliveira Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26.720

DR(A) : FILIPE MACIEL BELFORT CAMPOS
CRM : 18099

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 427504

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

Usuário: DARLIANESL

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **MANOEL FRANCISCO LINS DA SILVA**
Idade: 25a 8m 7d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: Escolaridade: Telefone: CEP 53060455
R.G.: C.P.F.: , 312 - FRAGOSO - OLINDA - PE
Endereço: RUA BELA VISTA-LL
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
Convênio: SUS - INTERNACAO
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-29
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 09 / 05 / 2018 Hora da Alta: 00 : 00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: 256, LOTE, consciente, orientado, eufórico, normocárdico
Diagnóstico Principal.....: Fratura exposta de 5º PDE
Diagnóstico Secundário01.:
Diagnóstico Secundário02.:
Procedimento.....: Limpeza cirurgica + Imobilização do membro e dor
Dr. Hudyson Oliveira Rocha
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE26.720
Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em 08 de 05 de 18

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

2 - CNES

6431569

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

4 - CNES

6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente

MANOEL FRANCISCO LINS DA SILVA

6 - Nº Prontuário

114770

7 - Número Nacional do SUS

00654331194

8 - Data de Nascimento

31/08/1992

9 - Sexo

☒ Masculino

☐ Feminino

10 - Raça/Cor

01 - Branca

10.1 - Etnia

0000 - Não Se Aplica

12 - Telefone de Contato

8198205702

11 - Nome da Mãe

LUCIANA LINS SILVA

13 - Nome Responsável

LUCIELE

15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)

RUA BELA VISTA-LL, 312 - FRAGOSO

16 - Município

OLINDA

17 - IBGE

260960

18 - UF

PE

19 - CEP

53060455

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

2 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos

ENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO HA 05 HORAS COM FRATURA EXPOSTA DE 5ºPDE

Condições que justificam a internação
NECESSITA DE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
EX. FÍSICO + ANAMNESE + RX

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA EXPOSTA DE 5ºPDE

24 - CID 10 Principal

S626

25 - CID 10 Secundário

W199

26 - CID 10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS PODODACTILOS

28 - Código do Procedimento

0408050470

29 - Especialidade

CIRÚRGICA

30 - Caráter de Atendimento

2

31 - Documento

☒ (X) CNS ☐ () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

980016278437531

Nome do Profissional Solicitante/Assistente

SORMANE DE CARVALHO BRITTO

34 - Data da Solicitação

08/05/2018

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

37 - () Acidente de Trânsito

38 - () Acid. Trabalho Típico

38 - () Acid. Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência

☐ () Empregado

☐ () Empregador

☐ () Autônomo

☐ () Desempregado

☐ () Aposentado

☐ () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor

E260000001

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

48 - Documento

☐ () CNS ☐ () CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)

Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 16863 - TEOT 12551

Código do Laudo: 427501



Assinado eletronicamente por: JOSE PEREIRA JUNIOR - 25/01/2019 18:22:02

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012518220192400000039844778

Número do documento: 19012518220192400000039844778



RECEITUÁRIO

Manoel Francisco L. de E. L.
Paciente em W exportada 5º posto
do Hb C. Segue em tratamento
e ainda em processo de
condicionamento. Edite
fortemente por mais 2 dias
cod: 592 11255

24
05
2018

Dr. Juliano Machado
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13.275.724-7

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: MANOEL FRANCISCO LINS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180464213

Vítima: MANOEL FRANCISCO LINS DA SILVA

Data do Acidente: 07/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180464213**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **07/05/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00573/00574 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13467608



Atendimento: 427504

Dt Atendimento: 08/05/2018 - 03:57

Dt Alta: 09/05/2018 - 19:00

Paciente: 114770 MANOEL FRANCISCO LINS DA SILVA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 705 VERD2-29

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: WESLEYFS

CID: S626

FRATURA DE OUTROS DEDOS

rocedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

WESLEY FERREIRA DA SILVA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (S)

MANOEL FRANCISCO LINS DA SILVA, brasileiro, solteiro, funileiro industrial, inscrito no CPF: 112.793.374-43, residente na Rua bela vista, nº 312, bairro: jardim fragoso, Olinda-PE, CEP: 53.060-525

OUTORGADO(S):

JOSÉ PEREIRA JÚNIOR, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-PE 42280, e-mail: jpjunior596@gmail.com, telefone: (81) 3449-4524/ (81) 99758-4680, com endereço na Avenida Gov. Agamenon Magalhães nº3411 sala 02 e 04, Centro Empresarial Tacaruna, Torreão, Recife-PE, onde deverá receber citações e notificações, aos quais conferem os seguintes,

PODERES:

Da Cláusula Ad Judicia Et Extra, para o foro em geral em todas as Instâncias, Juízos ou Tribunais e os Poderes Especiais para em nome dos (a) outorgantes, ajuizar ações diversas e defende-los das contrárias, recorrer, transigir, desistir, renunciar, concordar e discordar, fazer acordos, assinar e da quitação, receber notificações e intimações, acompanhar processos em qualquer juízo, relativamente ao mesmo, receber créditos e pagar débitos, prestando contas obrigatoriamente, firmar compromissos em juízo ou fora dele, enfim, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento do presente mandato, podendo ainda substabelecer em outrem todos os poderes aqui conferidos com ou sem reservas de poderes.

Recife, 21 de setembro de 2018.

Manoel Francisco Lins da Silva

Contratante


Advogado/ contratado.





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: OLINDA

REMARCAÇÃO DE EXAME PERICIAL
REQUERIMENTO Nº 188979898

Prezado (a) Sr(a)

MANOEL FRANCISCO LINS DA SILVA

(Nome do segurado)

Informamos que foi remarcado seu exame pericial para a data, hora e local a seguir discriminados:

Data: 08/06/2018

Hora: 10:40

Endereço:

R PROFESSOR JOSE CANDIDO PESSOA, N 734

BAIRRO NOVO

OLINDA - PE

Compareça ao exame pericial agendado, levando RG (Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Considerando que já houve solicitação de remarcação, informamos que o não comparecimento na data acima agendada ensejará no indeferimento do requerimento ou cessação do benefício.

Olinda, 05 de junho de 2018

Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em ____/____/____

Assinatura do Requerente/Rep. Legal



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: MANOEL FRANCISCO LINS DA SILVA REG: 114770

IDADE: 25 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 8/5/2018 DATA DA ALTA 09/05/2018

DIAGNÓSTICO: fratura exposta de 5º PDE

TRATAMENTO REALIZADO:

Limpeza cirúrgica + imobilização

ORIENTAÇÃO:

Analgesia + Antibiótico terapia

Retorno ao ambulatório com 15 dias

Sem carga em pé esquerdo

Curativo / Manter imobilização

PROGRAMA APÓS ALTA:

Retorno ao ambulatório com 15 dias

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM () NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: __/__/__

Dr. Hudson Oliveira Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26.720

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

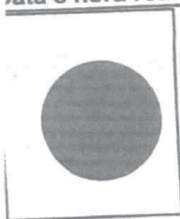


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 08/05/2018 02:32



Nome Paciente: MANOEL FRANCISCO LINS DA SILVA
Cód. Paciente: 114770
Data de Nascimento: 31/08/1992
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0007
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 427501
SAME: 101900



Período: 08/05/2018 03:01 - 08/05/2018 03:04

CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PAC. ENCAMINHADO PELA UPA DE OLINDA, COM SENHA: 5421713, CONSC, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, VITIMA DE QUEDA DE MOTO, NEGA VOMITOS E DESMAIOS, NO MOMENTO SENTINDO FORTES DORES NO MIE SIC.

Observação:

NEGA ALERGIA, DM, HAS.

Programa sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 4
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 68.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADO

Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não (X)

CLEDILSON JOSE DA HORA
Enfermeiro
COREN-PE 376167

Acolhido(a) por: CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/05/2018 03:04

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Assinado eletronicamente por: JOSE PEREIRA JUNIOR - 25/01/2019 18:22:02

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012518220270800000039844848>

Número do documento: 19012518220270800000039844848

Num. 40432520 - Pág. 1



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 427501

Senha da Classificação:

0007

Data e Hora: 08/05/2018 02:35

Paciente: 114770 MANOEL FRANCISCO LINS DA SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 31/08/1992 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: LUCIANA LINS SILVA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: RUA BELA VISTA-LL 312 Bairro: FRAGOSO
Cidade/UF: OLINDA PE Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Doença de pele com lesões extensas e prurido intenso.
Doença de pele com lesões extensas e prurido intenso.

Exame Físico

Lesões extensas e prurido intenso.

Hipótese Diagnóstica

Doença de pele com lesões extensas e prurido intenso.

Prescrição Médica

1. Interveniente

Assinatura e Carimbo

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____

