

EUDES BRITO
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

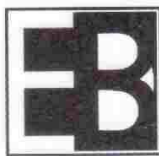
Por este instrumento particular **MARCOS GRACIANO DA SILVA** brasileiro, solteiro, maior, agricultor, capaz, nascido em 12/12/1993, natural de Cabreúva/SP, filho de Paulo Graciano da Silva e de Judite Teixeira da Silva, residente e domiciliada no Sítio Chã de Lima, nº 50, Zona Rural, Machados/PE, CEP- 55740-000, portador do RG nº 9.105.327- SDS/PE data de expedição 22/09/2010 e CPF nº 109.031.804-99; nomeia e constitui seu bastante procurador o Bel. **EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB sob nº 15.907, com escritório profissional na Rua Rafael Virgulino de Aguiar, nº 07, 1º andar, Centro, Orobó/PE, portador do RG 3.624.307-SSP/PE e CPF/RF nº 687.511.924-20, para o fim de representá-los em juízo, em qualquer instância ou tribunal em que forem autores, réus, ou assistentes, podendo interpor recursos, contestar, representar em audiência como preposto, requerer todas as medidas que forem necessárias, preparatórias, preventivas ou incidentes, variar de ações e intentar outras de novo, usando dos poderes conferidos pela cláusula “ad judícia” e “et extra”, mais os de desistir, transigir, contestar, agravar, apelar, impugnar, protestar e levantar protestos, firmar compromissos, inclusive o de inventariante, assinar plano de partilha, requerer pagamento de quinhão hereditário, optar, em procedimentos de inventário pelo rito do arrolamento, acompanhando o feito em todas as suas fases processuais; fazer composições e requerer perante entidades públicas, particulares ou associativas o que for preciso para o fiel desempenho das obrigações decorrentes deste mandato, podendo substabelecê-los, com ou sem reserva de poderes. Orobó/PE, 24 de abril de 2018

AUTORIZAÇÃO: O outorgante, por motivo deste instrumento, AUTORIZA em favor dos outorgados, a retenção de 20% (vinte por cento) do pagamento relativo ao valor total da condenação ou do acordo a que fizer jus, a título de pagamento dos honorários advocatícios, na ação que moverá contra a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT. Orobó/PE, 24 de abril de 2018.

Outorgante -

MARCOS GRACIANO DA SILVA





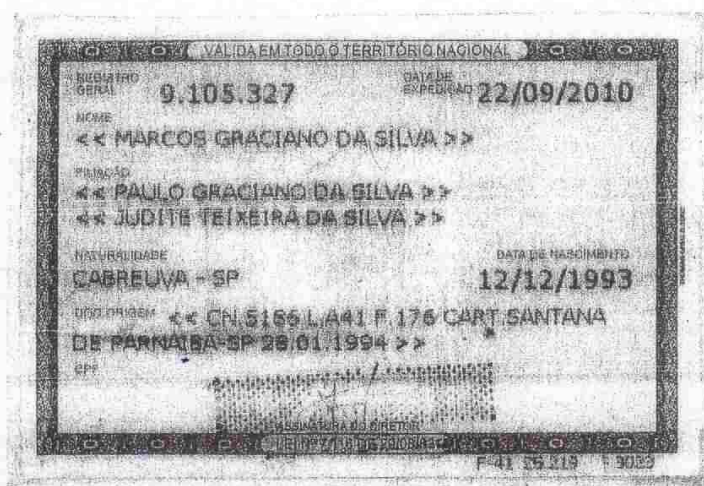
EUDES BRITO
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu **MARCOS GRACIANO DA SILVA** brasileiro, solteiro, maior, agricultor, capaz, nascido em 12/12/1993, natural de Cabreúva/SP, filho de Paulo Graciano da Silva e de Judite Teixeira da Silva, residente e domiciliada no Sítio Chã de Lima, nº 50, Zona Rural, Machados/PE, CEP- 55740-000, portador do RG nº 9.105.327- SDS/PE data de expedição 22/09/2010 e CPF nº 109.031.804-99, declaro para os devidos fins de direito e na melhor forma da lei que sou POBRE não dispondo de condições financeiras para arcar com as despesas do processo em defesa de nossos direitos sem que para tanto, não haja sérios prejuízos para nossa própria sobrevivência na forma da lei graciosa 1060/50 e de consonância com os princípios constitucionais esculpidos na Carta Magna de 1988. Declaração esta que presto a bem da verdade e de próprio punho. Orobó/PE, 24 de abril de 2018.

Marcos Graciano da Silva





25/04/2018

::Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1356731048

NOTA FISCAL | 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
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!
PAULO GRACIANO DA SILVA

DATA DE VENCIMENTO
24/04/2018

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

17/04/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

17/04/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

013249355

CONTA CONTRATO
7002997287

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

ENDEREÇO

SI CHA DE LIMA 180 -ZONA RURAL
MACHADOS/MACHADOS RURAL
-55740-000 MACHADOS PE -

TOTAL A PAGAR
R\$ 14,95

PERÍODO CONSUMO

16/03/2018 a 17/04/2018

CONSUMO

30

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**VIA PARA PAGAMENTO**

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7002997287

MÊS/ANO

04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 14,95

VENCIMENTO

24/04/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitura ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838700000001 149500110076 002997287108 132389428331



autoatendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?dest=1&cddivida



1ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE Ocorrência

B.ONº 17E0211000319

Série-A
1ª Parte

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| Transcrição de registro (Fato) | Unidade Operacional 21º BPM | Circunscrição ESCADA | Data ou Registro 15 / 05 / 2017 | Hora do Registro 08:00 | Nº da Folha / Total de Folhas 01/02 | |
| | Descrição a Natureza Acidente de Trânsito com Vítima não fatal | | | Aviso de Ocorrências do CIODS Nº - | | |
| | Data (dd/mm/aa) 15 / 05 / 2017 | Hora (hh:mm) 06:30 | <input checked="" type="checkbox"/> Auditoria Conhecida <input type="checkbox"/> Auditoria desconhecida | <input checked="" type="checkbox"/> Consumado <input type="checkbox"/> Tentado | <input checked="" type="checkbox"/> Culposo <input type="checkbox"/> Doloso | <input type="checkbox"/> Flagrante <input type="checkbox"/> Ato Infracional |
| | Circunscrição do Fato ESCADA | | Local Principal da Ocorrência VIA PÚBLICA | | | |
| Dados do Evolvido | Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RODOVIA PE 45 | | | | | Número - |
| | Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA | | Bairro ZONA RURAL | | | CEP 55500-000 |
| | Município ESCADA | UF PE | Ponto de Referência | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPULTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input checked="" type="checkbox"/> Sim Não | | | | | |
| | Nome / Razão Social MARCOS GRACIANO DA SILVA | | | | | |
| | Pai PAULO GRACIANO DA SILVA | | | | | |
| | Mãe JUDITE TEIXEIRA DA SILVA | | | | | |
| | Apelido / Nome Fantasia | | Sexo XM F | Estado Civil (7) | 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a) | |
| | Data de Nascimento 12 / 12 / 1993 | Idade aparente [] | 1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos) | | 4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos) | |
| | Escolaridade [7] | | 1. 1º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 7. Não Informado 2. 1º Grau Incompleto 5. Superior Completo 3. 2º Grau Completo 6. Superior Incompleto | | | |
| x RG <input type="checkbox"/> CNH 9.105.327 | | Órgão Expedidor SDS | UF PE | CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual? | Órgão Expedidor SRF | |
| Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO CHÁ DE LIMA | | | | | Número 50 | |
| Bairro ZONA RURAL | | | | | CEP 55740-000 | |
| Município MACHADOS | | | | | UF PE | |
| Telefone / Contato (DDD-Número) | | | | | | |
| Altura Aparente [] | | 1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,5m 6. Acima de 1,80m | | Peso [] | 1. Até 20kg 4. 61-80kg 2. 21-40kg 5. 81-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg | |
| Cor da Pele [] | | 1. Parda 3. Negra 2. Branca 4. Amarela | | Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | |
| Cabelo - Tipo / Cor (Descrever) | | Profissão NÃO INFORMADO | | Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever) | | |
| Tipo de Tatuagem / Local (Descrever) | | Defeito Físico (Descrever) | | Dentes (Descrever) | | |
| Dados do Evolvido | <input type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPULTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input checked="" type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input checked="" type="checkbox"/> Sim X Não | | | | | |
| | Nome / Razão Social JOSE BATISTA DA SILVA | | | | | |
| | Pai LUIZ BATISTA DA SILVA | | | | | |
| | Mãe SEVERINA MARIA DE ALMEIDA SILVA | | | | | |
| | Apelido / Nome Fantasia | | Sexo XM F | Estado Civil [2] | 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a) | |
| | Data de Nascimento 11/07/1968 | Idade aparente [] | 1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos) | | 4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos) | |
| | Escolaridade [7] | | 1. 1º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 7. Não Informado 2. 1º Grau Incompleto 5. Superior Completo 3. 2º Grau Completo 6. Superior Incompleto | | | |
| | x RG <input type="checkbox"/> CNH NÃO PORTAVA | | Órgão Expedidor SSP | UF PE | CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual? | Órgão Expedidor NÃO PORTAVA |
| | Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO FREXEIRAS | | | | | Número S/N |
| | Bairro ZONA RURAL | | | | | CEP 55500-000 |
| Município ESCADA | | | | | UF PE | |
| Telefone / Contato (DDD-Número) | | | | | | |
| Altura Aparente [] | | 1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,5m 6. Acima de 1,80m | | Peso [4] | 1. Até 20kg 4. 61-80 kg 2. 21-40kg 5. 81-100 kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100 kg | |
| Cor da Pele [] | | 1. Parda 3. Negra 2. Branca 4. Amarela | | Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | |
| Cabelo - Tipo / Cor (Descrever) | | PROFISSÃO AGRICULTOR | | Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever) | | |
| Tipo de Tatuagem / Local (Descrever) | | Defeito Físico (Descrever) | | Dentes (Descrever) | | |



1ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

B.O Nº 17E0211000319

1ª Folha
2ª


| | | | | | |
|--------------------------------|--|-------------------------|---|--|---|
| Fato | Unidade Operacional 21º BPM | Circunscrição ESCADA | Data ou Registro 15 / 05 / 2017 | Hora do Registro 08:00 | Nº da Folha / Total de Folhas 02/02 |
| | Forma de Aproximação? | | Forma de Ação da Abordagem? | | |
| | Local de Entrada? | | Forma de Entrada? | | |
| | Alterações no Local? | | Forma de Evasão? | | |
| Modus Operandi | Crimes Sexuais? | | Estelionato? | | |
| | Envolvido | Tipo de Objeto | Marca / Modelo | Número de Série | |
| | Quantidade | Valor | Moeda | Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| | Qual o motivo do registro do objeto? | | | | |
| Objeto Envolvido | Envolvido | Tipo de Objeto | Marca / Modelo | Número de Série | |
| | Quantidade | Valor | Moeda | Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| | Qual o motivo do registro do objeto? | | | | |
| | Envolvido | Tipo de Objeto | Marca / Modelo | Número de Série | |
| Dados do Veículo | Envolvido | Marca / Modelo | Cor | Ano | Renavam |
| | UF | Chassi | Placa | Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| | Qual o motivo do registro do veículo | | | | |
| | Envolvido | Marca / Modelo | Cor | Ano | Renavam |
| Complementar | UF | Chassi | Placa | Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| | Qual o motivo do registro do veículo | | | | |
| | Envolvido no Acidente de Trânsito | | | | |
| | Após tomar conhecimento de um acidente de trânsito na rodovia PE 45, a viatura deste Batalhão PM, deslocou-se ao local constatou a veracidade do fato, onde a vítima Marcos Graciano da Silva estava pilotando a Moto/Honda de placa PGF5488-PE, de propriedade do senhor Antonio Cavalcanti Correia de Araújo, quando perdeu o controle e colidiu de frente com um veículo de marca/cor/categoria não anotada, pois o condutor do veículo, após o acidente fugiu sem ser identificado. A vítima feriu-se gravemente e foi socorrido para o Hospital de Vitória de Santo Antão e devido a gravidade dos ferimentos foi removido para outra Unidade de Saúde. | | | | |
| Responsáveis | Exames Periciados: S. Solicitado R. Realizado | | | | |
| | Tipo de Exame | | Tipo de Exame | | Tipo de Exame |
| | Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R | | Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R | | Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R |
| | <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Recebedor | | Matrícula | | Viatura |
| Responsável pelo Preenchimento | | Interessado(a): | | Preenchimento pela Validação | |
| Matrícula Nº | | Ass.: | | Matrícula Nº | |
| Nome: | | Ass.: | | Ass.: | |
| Nome: | | Nome: | | Nome: | |



LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. MARCOS GRACIANO DA SILVA, foi vítima de acidente de trânsito no dia 15/05/2017 sofrendo FRATURA COMINUTIVA GRAVE DO RÁDIO DISTAL DIREITO com LESÃO LIGAMENTAR, submetido a tratamento cirúrgico (redução cirúrgica e fixação interna e externa). Atualmente evolui com grave limitação da flexão e extensão do punho esquerdo, distrofia simpático reflexa, osteoartrose pós traumática do punho direito com osteomielite crônica do Rádio distal. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 13/12/2017

**ROBERTO DE CASTRO COSTA****CRM: 11.730**

CENTRO DE DIAGNÓSTICO

COL

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX

- MAMOGRAFIA DIGITAL

- DENSITOMETRIA ÓSSEA

- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA

- ESPECIALIDADES MÉDICAS

- FISIOTERAPIA

- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

PACIENTE: MARCOS GRACIANO DA SILVA

EXAME: RAIOS X PUNHO D PA/P

DATA: 11/08/2017

SOLICITANTE: DR. ROBERTO DE CASTRO COSTA

CONVÊNIO: PART.

LAUDO RADIOLÓGICO

RAIOS X PUNHO D PA/P

- Fratura com desalinhamento anterior da extremidade distal do rádio.
- Fratura com destacamento ósseo em processo estilóide da ulna.
- Desmineralização difusa das estruturas ósseas visualizadas, sobretudo pequenos ossículos do carpo.
- Redução difusa dos espaços articulares, tanto rádio-carpal quanto entre as estruturas do carpo.
- Densificação/edema de partes moles.

DR. RODRIGO MOREIRA
CRM 15690

Rua Antônio Fernandes Salsa, 314 - José Fernandes Salsa - Limoeiro/PE
Fones: (81) 3628.6133 / 3628.4468 / 3628.0877 / 98151.9272
E-mail: col.fraturas@yahoo.com.br



Nome: MARCOS GRACIANO DA SILVA**Dt. Nasc.:** 12/12/93 - 23 ano (s)**Mãe:** JUDITE TEIXEIRA DA SILVA**Nº registro:** 691196**Sexo:** Masculino**Fone:****Endereço:** SÍTIO CHA DELIMA, nº , Z/R. MACHADOS - PE**Data/hora:** 15/05/2017 - 10:30**Sector:** Leito:**Nº pág.:** 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO

PA: X Temperatura: HGT:
Altura Peso:

ANAMNESE DO MÉDICO

queda de moto e trauma em punho d
egh estável, nega desmaio, nega vômitos, ecg T5
apresenta fratura luxação punho d (realizado anestesia local + redução da luxação)
encaminhado para cirurgia

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S52 - FRATURA DO ANTEBRAÇO | NOTA

CONDUTA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Local:**Motivo:****Senha:**

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 08/06/2017 19:58

Atendimento: 251395 Entrada: 08/06/2017 Hora: 18:57
RODRIGUES
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA
Responsavel:
Médico: TARCISIO LYRA DE BRITO

Recepcionista: FABIANA DE OLIVEIRA
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 709000859471312

Paciente: 1606428 MARCOS GRACIANO DA SILVA
Nascimento: 12/12/1993 (23 Anos e 5 Meses)
Endereco: SITIO CHA DE LIMA
Bairro: ZONA RURAL C.E.P.: 55740-000
Cidade: MACHADO
Pai: PAULO GRACIANO DA SILVA
Mãe: JUDITE TEIXEIRA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 10903180499
Identidade: 9105327 - SDS - PE
Telefone: / 986662606
G.Instrução:
Ocupação: ESTUDANTE
Naturalidade: CABREUVA SP

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 08/06/2017 - 20:06

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO CRM 10591)

Queixa do paciente: OPERADO HA 4 SEMANAS COM FIXADOR EXETRNO E FIOS DE KIRSCHNER

Exame físico: FERIDA OK, RX CONTROLE OK, NEGA QUEIXAS, LIMITAÇÃO DE ADM DEDOS MÃO DIR

Hipótese diagnóstica: FRATURA COMINUTIVA DO RADIO DISTAL DIR

Prescrição/Conduta:

| | Horario/Checkagem |
|-------------------------------------|-------------------|
| 01 - ORIENTAÇÃO+RETORNO COM 15 DIAS | |
| 02 - | |
| 03 - | |
| 04 - | |

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital Memorial Armino Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N-Moreno-PE

Em: 18/05/2017 - 08:04

AValiação (Dr. ANA LAURA AURELIANO CRM 21758)

RESUMO DE ALTA

Página 1 de 3



Emissão: 17/05/2017 18:47

Enfermaria: ENFERMARIA 05
 Permanência: 1 Dia(s). 22 horas
 Matrícula:
 Identidade:
 C.N.S.: 709000859471312

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 10903180499
Identidade: 9105327 - SDS - PE
Telefone: / 986662606
G.Instrução:
Ocupação: ESTUDANTE
Naturalidade: CABREUVA SP

Em: 15/05/2017 21:06

PACIENTE ENCAMINHADO DO HOSPITAL PARA CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS APÓS ACIDENTE DE TRÂNSITO HOJE. NENHA DESMAIO,
VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS
ALERGIA -

DOR + EDEMA E DERMATITIS E EM DORNO

FRATURA DE RADIO DISTAL

CD: IRIA REALIZAR REDUÇÃO INCRUENTA ANTES DE INTERNAMENTO, MAS APOS CONVERSAR COM ENFERMAGEM FOI OPTADO POR COLOCAR PACIENTE COMO PRIORIDADE PARA CIRURGIA PARA AMANHÃ INTERNAMENTO

| Horario/Checagem | | |
|------------------|--|--|
| 01 - | | |
| 02 - | | |
| 03 - | | |
| 04 - | | |

Reavallaci3n:



HOSPITAL DE ORIGEM: HOF
DATA DA ADMISSÃO: 15/05/2017
DATA DA ALTA: 18/05/17

HD: FRATURA DE RÁDIO DISTAL

Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas álgicas.

Ao exame:

EGB, consciente, orientado, eupneico, BPP, edema (+2/+4);
FO sem sinais flogísticos.

CD:1) Alta Hospitalar + Orientações.

Em: 16/05/2017 - 09:07

AVALIAÇÃO (Dr. ANA LAURA AURELIANO CRM 21758)
1 DIH - FRATURA DE RADIO DISTAL

HOSP DE ORIGEM: HOF

PCT SEM QUEIXAS NO MOMENTO.
EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, BPP.

CD: 1) AG CIR ELETIVA

Em: 15/05/2017 - 21:06

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17755)

Queixa do paciente:

**PACIENTE ENCAMINHADO DO HOF COM FRATURA DE RADIO DISTAL APOS ACIDENTE DE MOTO HOJE. NEGA DESMAIO,
VOMITOS OU OUTRAS QUEIXAS
ALERGIA -**

Exame físico:

DOR + EDEMA E DEFORMIDADE EM PUNHO

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE RADIO DISTAL

Prescrição/Conduta: RX COM FRATURA BASTANTE DESVIADA

**CD: IRIA REALIZAR REDUÇÃO INCRUENTA ANTES DE INTERNAMENTO, MAS APOS CONVERSAR COM ENFERMAGEM FOI
OPTADO POR COLOCAR PACIENTE COMO PRIORIDADE PARA CIRURGIA PARA AMANHÃ
INTERNAMENTO**

| | Horario/Checagem |
|------|------------------|
| 01 - | |
| 02 - | |
| 03 - | |

Página 2 de 3





Nome: MARCOS GRACIANO DA SILVA

Dt. Nasc.: 12/12/93 - 23 ano (s)

Mãe: JUDITE TEIXEIRA DA SILVA

Nº registro: 691196

Sexo: Masculino

Fone:

Endereço: SÍTIO CHA DELIMA, nº , Z/R. MACHADOS - PE

Data/hora: 15/05/2017 - 09:06

Setor: Leito:

Nº pág.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

Acidente de Transito - S

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

{ - }

PCT TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE ACIDENTE DE TRASINTO (COLISÃO CARROX MOTO) COM HISTÓRIA DE LACERO EM REGIÃO FRONTAL + DOR EM PUNHO D

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

queda de moto e trauma punho d

ferida corte contusa couro cabeludo de 3 cm no couro cabeludo

egb estável eupneico

nega dor abdominal nega dor cervical nega desmaio e nega vômitos

edema punho d

fratura de r5adio distal

realizado anestesia local + redução da luxação

ao otavio de freitas

senha 5168773

rx

EXAME FÍSICO:

Pa: 130 X 70 mmHg Temp: °C HGT: mg/dL

Peso: Kg Altura: m SP O₂: 99 %

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S52 - FRATURA DO ANTEBRAÇO | NOTA

RESULTADOS DE EXAMES:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:





Nome: MARCOS GRACIANO DA SILVA (1606428)

Admissão: 249105

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 02

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: <<S525>>FRATURA COMINUTIVA ARTICULAR DE RADIO DISTAL DIR+LESÃO LIGAMENTAR DE PUNHO

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 15/05/2017, sendo submetido a tratamento ortopédico em 17/05/2017.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA RADIO DISTAL ESQ+RECONST.LIGAMENTAR DE PUNHO

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS;
- 4 - RETORNAR DIA 08/6/17 AS 18 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO.
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 17/05/2017 as 11:14

Dr. Tarcísio Lyra
Traumatologia Ortopedia
CRM 10591

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM: 10591



Data de aquis. 11/08/2017
Hora de aquis. 10:21:02
Índice da exp. 2725

MARCOS GRACIANO DA SILVA
Sex. Masc.
Data de nascimento 12/12/1993
ID 23340

Data de aquis. 11/08/2017
Hora de aquis. 10:14:01
Índice da exp. 2939

MARCOS GRACIANO DA SILVA
Sex. Masc.
Data de nascimento 12/12/1993
ID 23340

PUNHO
Lateral

Estim. 0.45 W 3549 E 2243

Estim. 0.45



SINISTRO 3180054307 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARCOS GRACIANO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO MARCOS GRACIANO DA SILVA

CPF/CNPJ: 10903180499

Posição em 25-04-2018 07:25:29

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|-------------|
| 13/04/2018 | R\$ 337,50 | R\$ 0,00 | R\$ 337,50 |



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Carta nº: 12689670

A/C: MARCOS GRACIANO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180054307
Vitima: MARCOS GRACIANO DA SILVA
Data do Acidente: 15/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARCOS GRACIANO DA SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 001

Agência: 000002039-7

Conta: 000010015439-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|--------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 337,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =

R\$ 337,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00451/00452 - carta_15R - INVALIDEZ



| Danos Corporais Previstos na Lei | Total (100%) | Intenso (70%) | Média (50%) | Leve (25%) | Residual (10%) |
|---|---------------|---------------|--------------|--------------|----------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior | | | | | |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral | | | | | |
| Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica | R\$ 13.500,00 | R\$ 10.125,00 | R\$ 6.750,00 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.350,00 |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos | R\$ 9.450,00 | R\$ 7.087,50 | R\$ 4.725,00 | R\$ 2.362,50 | R\$ 945,00 |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés | | | | | |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho | R\$ 6.750,00 | R\$ 5.062,50 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.687,50 | R\$ 675,00 |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar | | | | | |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo | R\$ 3.375,00 | R\$ 2.531,25 | R\$ 1.687,50 | R\$ 843,75 | R\$ 337,50 |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | R\$ 1.350,00 | R\$ 1.012,50 | R\$ 675,00 | R\$ 337,50 | R\$ 135,00 |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço | | | | | |

18

Endereço: Rua Celso Aguiar, 4779, 22º andar, Emap. Ismar Newton, Ilha do Leite, 50.070-160 - Recife - PE, Brasil. Fone: (51) 3447.7999 Fax: (51) 3447.7999
 Endereço: Rua Av. João Machado, 553 s/s 308 a 316, Ed. Plaza Center, Centro, 58.013-520, João Pessoa - PB, Brasil. Fone: (33) 3441.1035 / 3243.1075
 Endereço: Av. Francisco Neves, 1632 s/s 206/207, Torre Norte, Edif. Salvador Trade Center, Cam. das Árvores, 41.820-020, Salvador - BA, Brasil. Fone: (71) 3479.9999



Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral**Contribuinte,**

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

| | | | |
|--|---|---|---------------------------------------|
|  | | REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | |
| CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA | | | |
| NÚMERO DE INSCRIÇÃO 09.248.608/0001-04 MATRIZ | COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL | | DATA DE ABERTURA 10/12/2007 |
| NOME EMPRESARIAL SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA | | | |
| TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) ***** | | | |
| CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 65.12-0-00 - Sociedade seguradora de seguros não vida | | | |
| CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 65.11-1-01 - Sociedade seguradora de seguros vida | | | |
| CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 205-4 - Sociedade Anônima Fechada | | | |
| LOGRADOURO R SENADOR DANTAS | NÚMERO 74 | COMPLEMENTO 5,6,9,14 E 15 ANDA RES | |
| CEP 20.031-205 | BAIRRO/DISTRITO CENTRO | MUNICÍPIO RIO DE JANEIRO | UF RJ |
| ENDEREÇO ELETRÔNICO CITACAO.INTIMACAO@SEGURADORALIDER.COM.BR | | TELEFONE (21) 3861-4600 | |
| ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) ***** | | | |
| SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA | | DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 10/12/2007 | |
| MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL | | | |
| SITUAÇÃO ESPECIAL ***** | | DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL ***** | |

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia **06/09/2017** às **15:28:06** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

[Consulta QSA / Capital Social](#)[Voltar](#)

Preparar Página
para Impressão

A RFB agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).
[Atualize sua página](#)

