

PROCURAÇÃO

Outorgante(s): **EVERALDO FRANCISCO DE LIMA**, brasileiro, casado, Motorista, portador do CPF de nº 213.838.498-54, CTPS 93992/00084/PE, RG 5.463.265 SSP/PE, residente na Rua Antônio Alves da Cunha, 19 C, Ponte dos Carvalhos, Cabo/PE.

Outorgado(s): SEBASTIÃO ALVES DE MATOS, brasileiro, advogado, portador do CPF de nº 003.556.314-15, inscrito na OAB/PE sob o nº 4952, SUZANE SILVA MATOS, brasileira, advogada, portadora do CPF de nº 007.819.934-40, inscrita na OAB/PE sob o nº 19.128 – D e CARLOS ALBERTO BARBOSA LINS II, brasileiro, advogado, portador do CPF de nº 007.371.324-42, inscrito na OAB/PE sob o nº 40.988 - D, estabelecidos na Avenida 04 de Outubro, nº 15, Piedade, Jaboatão/PE.

Pelo presente instrumento particular de procuração passado nesta cidade de Jaboatão dos Guararapes, Estado de Pernambuco, o outorgante acima qualificado firmando esta do seu próprio punho, constitui e nomeia os outorgados supra mencionados como seus bastantes advogados, a quem concede todos os amplos poderes da cláusula AD-JUDICIA ET EXTRA para defender seus interesses junto a Ação Trabalhista em face da Transportes e Serviços Astro LTDA - ME intentada junto a 2ª Vara do Trabalho do Recife, sob o nº 0000117-31.2019.5.06.0002.

CONTRATO DE HONORARIOS

Pelo presente contrato de prestação de serviços entre parte, Contratados (s)/Outorgado (s) e Contratante/Outorgante acima qualificado, este se compromete a efetuar em favor dos contratados o pagamento do percentual de 30% sobre o total do crédito reconhecido judicialmente nos autos, ou ainda, por razão de realização de acordo judicial/extrajudicial, tudo conforme arts. 22 e seguintes da Lei 8906/94 e Tabela de Honorários da OAB.

Recife/PE, 07 de maio de 2019.

EVERALDO FRANCISCO DE LIMA



DECLARAÇÃO

Declaro, nos termos dos arts. 98 e 99 do NCPC, não possuir condições financeiras de, sem prejuízo do sustento próprio ou de minha família, pagar as custas judiciais, emolumentos ou quaisquer outras taxas processuais.

Jaboatão/PE, 05 de dezembro de 2018.

Everaldo Francisco de Lima
EVERALDO FRANCISCO DE LIMA



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/11/2017 20:00

Nome Paciente:	EVERALDO FRANCISCO DE LIMA
Cód. Paciente:	99741
Data de Nascimento:	04/05/1982
Sexo:	Masculino
Idade:	35
Senha:	0057
Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento:	405102
SAME:	

Período: 17/11/2017 20:35 - 17/11/2017 20:36

ALCINEIDE MENEZES GAIÃO - COREN: 256038 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PCT VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR EM PUNHO D, SEM QUEIXAS DOR ABD E TORAX, NEGA DOENÇAS CRONICAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSA.

Observação: ENCAMINHADO DO SAMU DO CABO

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: CIRURGIA GERAL

30/05/2018 14:00
ENFERMEIRO(A)
ALCINEIDE MENEZES GAIÃO

Acolhido(a) por: ALCINEIDE MENEZES GAIÃO - COREN: 256038 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/11/2017 20:37



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Erivaldo Teodoro de Lima Registro: 99747 Nº Atendimento: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não

Clínica: Ortopedia Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: "Queda de braço"

História da Doença Atual: paciente p. trauma de queda

de braço com trauma em pulso, a

Interrogatório Sintomatológica: dor local



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 33772 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 99741 EVERALDO FRANCISCO DE LIMA Atendimento : 405114
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 214 LEITO 01 Idade : 35 Anos
Dt. Início : 18/11/2017 12:00 Dt. Fim : 18/11/2017 12:13
Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408020431 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 39 BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

Equipe Médica

CIRURGIAO 16548 MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
ANESTESISTA 21920 MAIRA FALCAO PONCELL

Descrição

Descrição Cirúrgica :

FRATURA RADIO DISTAL DIREITO
CIRURGIA PROPOSTA: REDUÇÃO FECHADA + FIOS DE K
CIRURGIAO: MARCELO MACHADO
ANESTESISTA: MAIRA PONCELL

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
 2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
 3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
 4. REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA + VISUALIZAÇÃO SOB RADIOSCOPIA
 5. FIXAÇÃO DA FRATURA COM 02 FIOS DE KIRSHNER 2,0 CRUZADOS + 01 NA ARUD
 6. CURATIVO
- TALA AXILOPALMAR MSD
RX DE CONTROLE

Solange
Faturamento
22 NOV. 2017

chados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr Marcelo Machado
Ortopedia / Traumatologia
DR(A) : MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
CRM : 16548





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

13/11/18

62F

Paciente

Everaldo Francisco de Lima

Sexo

M

Cor

PEL

Idade

35

Risco

1

CRM

Nome do Anestesiista

MAIRA

Nome do Cirurgião

YAN GELI

Medicação Pré-anestésica

- x -

99741

Urgência

☒ NÃO

☐ SIM

Cirurgia

Ho cirurgia de fadeco do olho direito

Horário

21:50

O₂

N₂O

Drogas Usadas

Quantidade

1) Clorpromazina

2g

2) Lidocaina

3mg

3) Ketanumil

100mg

4) Celestima

10mg

5) Propofol

100mg

6) Diprônio

2g

A) Lidoc 5%

40mg

Técnica Anestésica

BBB via intravenosa
muc e cateter de
anestesia de
novo + Adas

12 nov 2017

Monitorização

☒ Cardioscópio

☒ Oxímetro

☒ PNI

☐ Sonda Vesical

☐ Capnógrafo

☐ Estet. Pré-Cordial

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volêmica IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

☐ Destino

☒ SRPA

☐ Apart/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Observações:

DRA. MAIRA PONCELL
Médica Anestesiologista
CPF: 051.879.214-52
CRM: 21920

Assinatura do Anestesiista



Assinado eletronicamente por: SUZANE SILVA MATOS - 11/12/2019 18:17:00

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121118170016900000053839172>

Número do documento: 19121118170016900000053839172

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 405114

Usuário do Atendimento: JAIDE TENS

Data e Hora do Atendimento: 17/11/2017 20:10

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: EVERALDO FRANCISCO DE LIMA

Prontuário: 99741

Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS DE LIMA

Nome do Pai: REGINALDO RUFINO DE LIMA

Data do Nascimento: 04/05/1982

Idade: 35 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 5463265

SSP PE Data Emissão:

CPF: 21383849854

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: MOTORISTA

Endereço: RUA ANTONIO ALVES DA CUNHA 19

PONTE DOS CARVALHOS

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

PE

CEP: 54580205

Fone:

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 01

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, 17/11/2017

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Melhorado

Diagnóstico: Fratura do radius distal

Procedimento: Osteossintese

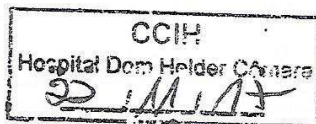
Alta em: 19/11/17

Hora: 9:48

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.:

Francisco Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 23424HDH-Hospital Dom Helder Câmara
Moanna Kalliny
Arquivista
SAME/Patramento

22 NOV. 2017





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 405102

Senha da Classificação:

0057

Data e Hora: 17/11/2017 20:03

Paciente: 99741 Everaldo Francisco de Lima Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 04/05/1982 Idade: 35 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS DE LIMA Nome do Pai: REGINALDO RUFINO DE LIMA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CAI CRM: 13783
Endereço: RUA ANTONIO ALVES DA CUNHA C 19 Bairro: PONTE DOS CARVALHOS
Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE Usuário Atendimento: JACICLEIDE BROS
RG (Identidade): 5463265 SSP PE Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 21383849854 Fone:
Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Vítima de acidente motociclistico
Nega vomito e desmaio
Refere dor em punho direito

Exame Físico

A - Vias aéreas livres com colar
B - MV em AHR Sat O2: 99%
C - Hemodinamicamente estável FC: 66bpm
D - ECG: 15 min
E - Edema em punho D

Hipótese Diagnóstica

Trauma de punho D

Conduta Terapêutica

Rx
Avaliação de ortopedia

Prescrição Médica

Sf 0,9% 1000ml IV
Profenid 100mg + 100mg IV

cin. Geral

Rx Torax: 2m Alteração

col: Alto da cin. Geral / Ao ORTOPEDIA

Dr. Xisto Luna
Urologia
CRM 10535

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:



perda rutina de guarda de
modo contínuo em pulso (S)

do oxen: edma - local

FCO: (S) 515. nos de 70g

HA: tendura de rodio
CS: tendura de rodio (S)

AB: 324236

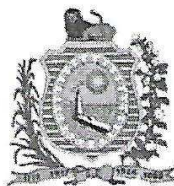
Dr. Maximir Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 125917

03/10/2019

10x1 Banco

10/11/19





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 041ª CIRCUNSCRIÇÃO - PONTE DOS CARVALHOS -
DP41ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0131000026**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/01/2018** às **13:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **17/11/2017** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PONTEZINHA, 1** - Bairro: **PONTEZINHA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROX. A COMPESA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EVERALDO FRANCISCO DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

EVERALDO FRANCISCO DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS DE LIMA** Pai: **REGINALDO RUFINO DE LIMA** Data de Nascimento: **4/5/1982** Naturalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Telefones Celulares:
- **986323602**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE PONTE DOS CARVALHOS (BAIRRO), 19, RUA ANTONIO ALVES DA CUNHA - CEP: 55000-000 - Bairro: PONTE DOS CARVALHOS - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROX. A ASSOCIAÇÃO DOS MORADORES**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EVERALDO FRANCISCO DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EVERALDO FRANCISCO DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA PFM 2823**



Complemento / Observação

INFORMA QUE NAQUELA DATA, POR VOLTA DAS 18:15 HORAS, PROX. A COMPESA EM PONTEZINHA, O QUAL PILOTAVA A MOTO JÁ DESCRITA, QUE UM VEÍCULO MODELO SIENA QUE VINHA EM SUA FRENTE FREOU BRUSCAMENTE, ONDE O MESMO NÃO TEVE CONDIÇÕES DE EVITAR

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

**EVERALDO FRANCISCO DE LIMA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **IVANILDO LUIZ BARBOSA** - Matrícula: **3848884**



NOME:	EVERALDO FRANCISCO PEREIRA, 36 anos
-------	-------------------------------------

LAUDO MÉDICO

PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PARA FRATURA DE
PUNHO DIREITO (NOV/2017), SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE
OSTEOSSÍNTESE, EM FISIOTERAPIA MOTORA.

APRESENTA-SE COM LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO +
PRONOSSUPINAÇÃO, ALÉM DE PERDA DE FORÇA GLOBAL DO MEMBRO SUPERIOR
DIREITO.

EM PROGRAMAÇÃO DE MANUTENÇÃO DA REABILITAÇÃO COM FISIOTERAPIA.

SEM CONDIÇÕES DE EXERCER ATIVIDADES LABORATIVAS NO MOMENTO.

CID 10: S525/ M256

Dr. Luis Felipe Lessa
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM 12776 / SBCM - RCD 1433

Recife, 21 de março de 2019





Assinado eletronicamente por: SUZANE SILVA MATOS - 11/12/2019 18:17:00

<https://pje.tje.pe.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121118170080700000053839198>

Número do documento: 19121118170080700000053839198



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo: Francisco Felipe Junior
CRM: UF: PE Nº 23424
Endereço: Hosp. Dom. Reider Câmara,
Rodovia BR 101 Sul-Km 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE
Endereço: 132-2009

19/11/2017

Paciente: EVERALDO FRANCISCO DE LIMA

Endereço:

Endereço:

1) Cefaleia 500 MG - 25 COMPRIMIDOS

2) Dipirona 01g - 01 caixa

Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

3) Paco (paracetamol 500mg e codeína 30mg) - 01 caixa

Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Ident.:
End.:
Org. Emissor:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:
Ident.:
End.:
Org. Emissor:



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo: Francisco Felipe Junior
CRM: UF: PE Nº 23424
Endereço: Hosp. Dom. Reider Câmara,
Rodovia BR 101 Sul-Km 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE
Endereço: 132-2009

19/11/2017

Paciente: EVERALDO FRANCISCO DE LIMA

Endereço:

Endereço:

1) Cefaleia 500 MG - 25 COMPRIMIDOS

2) Dipirona 01g - 01 caixa

Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

3) Paco (paracetamol 500mg e codeína 30mg) - 01 caixa

Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Ident.:
End.:
Org. Emissor:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:
Ident.:
End.:
Org. Emissor:

Assinado eletronicamente por: SUZANE SILVA MATOS - 11/12/2019 18:17:00

FRATURA DO FÊMUR
Lado

FRATURA EXT.
D. 5. 7. 9. 6
05508
21.6.102

ANEXO 1

0302 3633 em 18/11/17
SUZANE SILVA MATOS
IMPLANTACAO
CA - 5525

Francisco L. Silveira Cavalcanti
Ortopedia - Traumatologia
CRM-4568

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - interior): 0300 313 9094

www.hapvida.com.br



EVERALDO FRANCISCO DE LIMA

LAUDO MEDICO

PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PARA POS OPERATORIO DE FRATURA DE PUNHO DIREITO COM FIOS K.

APRESENTA-SE COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DE EXTENSÃO, FLEXÃO E PRONOSUPINAÇÃO, ALÉM DE FORÇA DA MÃO E PUNHO EM RECUPERAÇÃO FISIOTERAPICA.

A CRITÉRIO DA PERÍCIA PREVIDENCIÁRIA AVALIAR CAPACIDADE FUNCIONAL.

CID 10 (a pedido) – S520 / M256

Dr. Luis Filipe Jesus
CRM 170.170-1
Médico (a) Perito





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 19010689584

Número do Benefício: 6211443734

Espécie: 91

Número do Requerimento: 184461081

Ao Sr. (a): EVERALDO FRANCISCO DE LIMA

Endereço: R ANTONIO ALVES DA CUNHA, 19 C CASA, PONTE DOS CARVALHOS

CEP: 54580205

Município: CABO DE SANTO AGOSTINHO

UF: PE

Assunto: Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade.

Decisão: Indeferimento do Pedido

Motivo: Não Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71 e 77 e § 2º do Art. 78 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; § 6º do Art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade, apresentada no dia 13/03/2019, informamos que não foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício.

O pagamento do seu benefício foi mantido até o dia 29/03/2019.

Desta decisão poderá interpor Recurso, no prazo de 30 dias do recebimento desta comunicação, à Junta de Recurso do Conselho de Recursos do Seguro Social - JR/CRSS, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

Data, 29 de Março de 2019

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: RECIFE ENCRUZILHADA

Endereço: AV MARIO MELO, 343 343, SANTO AMARO

CEP: 50040010

Município: RECIFE

UF: PE

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





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA
SOLICITAÇÃO DE EXAME DE DIAGNÓSTICO
POR IMAGEM E MÉTODOS GRÁFICOS



NOME: Eduardo Francisco de Lima DADE: _____

REGISTRO: _____ SETOR SOLICITANTE: _____ DATA: 01/12/17

89741

☒ AMBULATÓRIO ☐ HOSPITAL ENF: _____ LEITO: _____

☐ EMERGÊNCIA ☐ URGÊNCIA ☐ ROTINA ☐ CONTROLE

EXAME: Raio x punho direito AP e perfil

MOTIVO: controle

Vinicius Z. Couto
MÉDICO
CRM 25693-PE

REQUISITANTE/CARIMBO: _____

LAUDO:

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente Nome Completo: _____ CRM: _____ UF: _____ Nº _____ Endereço Completo e Telefone: _____ Cidade: _____ UF: _____	1ª Via - Farmácia 2ª Via - Paciente
---	--

Paciente: Ernaldo Francisco de Lima
 Endereço: _____

Prescrição: ① P A C C O os cáps
Tomar os comp., 10, 3x/dia

Identificação do Comprador Nome: _____ Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ End: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	Identificação do Fornecedor Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____
--	---



LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 01/12/17

Nº PRONTUÁRIO: 99742

NOME DO PACIENTE: Ernaldo Francisco de Lima

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Paciente no 15º DPO de fra-
tura de rádio distal direito. Segue com
imobilização e frax n.

CID: Previsão de retirada em 30 dias para
iniciar fisioterapia

OBS.: 552.1

Nº DIAS: _____) AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico
Carimbo

Antônio A. Couto
Médico
CRM 25583-PE



LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 01/12/17

Nº PRONTUÁRIO: 99742

NOME DO PACIENTE: Ernaldo Francisco de Lima

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Paciente no 15º DPO de fra-
tura de rádio distal direito. Segue com
imobilização e frax n.

CID: Previsão de retirada em 30 dias para
iniciar fisioterapia

OBS.: 552.1

Nº DIAS: _____) AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico
Carimbo

André S. Costa
Médico
CRM 25580-PE





SOLICITAÇÃO DE EXAME DE DIAGNÓSTICO
POR IMAGEM E MÉTODOS GRÁFICOS

NOME: Ezequiel Francisco de Almeida IDADE: _____

REGISTRO: _____ SETOR SOLICITANTE: _____ DATA: 01/12/12

89741

☒ AMBULATÓRIO ☐ HOSPITAL ENF: _____ LEITO: _____

☐ EMERGÊNCIA ☐ URGÊNCIA ☐ ROTINA ☐ CONTROLE

EXAME: Raios X punho direito AP e perfil

MOTIVO: controle

Vinicius Z. Costa
MÉDICO
CRM 25593-PE

REQUISITANTE/CARIMBO: _____

LAUDO:

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: EVERALDO FRANCISCO DE LIMA			
REGISTRO: 99741	IDADE: 35	DATA ADMISSÃO: 17/11/2017	DATA ALTA: 19/11/2017

5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE K

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

1) MANTER MEMBRO ELEVADO NO REPOUSO

2) USAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS

3) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE

4) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS

5) MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ O RETORNO

6) REALIZAR FLEXÃO E EXTENSÃO DOS DEDOS

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Não () Data da Consulta: 01/12/2017
8:00h

ENCARTE

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

Francisco Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 23.157



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.



LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 02/12/17

Nº PRONTUÁRIO: 99792

NOME DO PACIENTE: Ernaldo Francisco de Lima

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Paciente no 15º DPO de fra-
atura de osso do antebraço direito. Segue com
imobilização e fisio.

CID: Procurar de retornado em 30 dias para
iniciar fisioterapia

OBS.: 552.1 /

Nº DIAS: _____) AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico
Carimbo



ASTRO TUR

REQUERIMENTO DE BENEFICIO POR INCAPACIDADE

REQUERENTE

Nome: **EVERALDO FRANCISCO DE LIMA** Data de Nascimento: 04/05/1982

Nome da mãe: Maria das Graças de Lima

Sexo: Masculino

Estado Civil: Casado

PIS.: 19010689584

CTPS: 93992

Série: 00084

Categoria: 01 (empregado)

Admissão: 01/09/2010

Rua Antônio Alves da Cunha, 19 C – Ponte dos Carvalhos – CEP. 54580-205 –
Cabo de Santo Agostinho - PE

Tem outra atividade com vinculação à Previdência Social? Não

Assinatura do Requerente: _____

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

Empresa: Transportes e Serviços Astro Ltda CNPJ. 41.070.889/0001-60
Av. Dr. José Rufino, 151 – Jiquiá – CEP. 50771-600 – Recife – PE.

CID: (não informado)

Último dia de trabalho do segurado: 30/11/2017

Recife, 05 de janeiro de 2018

Transportes e Serviços Astro Ltda-ME

Edmilson Barbosa de Araújo

Edmilson Barbosa de Araújo

CPS 009378-824-10

Av. Dr. José Rufino, 151 Jiquiá Recife PE CEP 50.771-600 Fone /fax: 81 3251-4746 CNPJ nº. 41.070.889/0001-60
Inscrição Municipal 222.254-0



NOME:	EVERALDO FRANCISCO DE LIMA
--------------	----------------------------

LAUDO MÉDICO

PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PARA PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO, EM TRATAMENTO FISIOTERÁPICO PARA REABILITAÇÃO FUNCIONAL DE FORÇA E GANHO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO NO PUNHO.

APRESENTA BOA EVOLUÇÃO COM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA

NECESSITA REABILITAÇÃO COM FISIOTERAPIA PARA RETORNO AS ATIVIDADES LABORATIVAS SEM LIMITAÇÃO.

SEM CONDIÇÕES DE EXERCER ATIVIDADES LABORATIVAS, QUE EXIGEM MOBILIDADE E FORÇA DO REFERIDO MEMBRO NO MOMENTO.

APRESENTA SEQUELA MOTORA LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

CID 10 = S525/ M256 / M255

Recife, 10 de agosto de 2018


Dr. LUIS FILIPE LESSA
CIRURGIA MÃO / ORTÓPEDIA
CRM 18776 / SBO 14238

Dr. Luis Filipe Lessa
Cirurgia da Mão / Ortopedia
CRM 18776 / SBO 14238

Rua do Espinheiro, Nº 222, Espinheiro, Recife-PE,
Fone: (81) 2138-2964



DOC. COMPLEMENTAR



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 3180611424	CPF da vítima: 213.838.498-54	Nome completo da vítima: EVERALDO FRANCISCO DE LIMA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: EVERALDO FRANCISCO DE LIMA		
Profissão: MOTORISTA	Endereço: R. ANTONIO ALVES DA CUNHA	CPF: 213.838.498-54
Bairro: POME DOS CARVALHOS	Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO	Número: 39-C Complemento: CASA
E-mail:	Estado: PE	CEP: 54580-205
		Tel.(DDD): 81-98632-3602

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENTA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0049** CONTA: **3396**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **REUTE, 29 de janeiro de 2019**

Nome: **EVERALDO FRANCISCO DE LIMA**

CPF: **213.838.498-54**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Everaldo Francisco de Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

-----SSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

AVULSO DO TRATADO
Lima

FRATURA EXT.
D. 5. T. 7. C.
0550/8
21.6.10.7

0302 070 154 18/11/17
SUZANE SILVA MATOS
IMOBILIZADA
C. 12. 550/5

Francisco L. Stassuna Cavalcanti
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4568

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - interior): 0300 313 9094

 /hapvida.saude  @hapvidasaude www.hapvida.com.br





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo: Francisco Felfel Júnior
CRM: UF: PE Nº 23424
Endereço: Hosp. Dom Nelder Câmara,
Rodovia BR 101 Sul - Km 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE
Endereço: 132-000

19/11/2017

Paciente: EVERALDO FRANCISCO DE LIMA

Endereço:

Residência:

1) CELAZEPINA 500 MG - 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMP. VO 6/6H DURANTE 07 DIAS

2) Dipirona 01g - 01 caixa

Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

3) Piro (paracetamol 500mg + codeína 30mg) - 01 caixa

Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome.....
Ident.....
End.....
Cidade.....UF.....

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome.....
Ident.....
End.....
Cidade.....UF.....

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo: Francisco Felfel Júnior
CRM: UF: PE Nº 23424
Endereço: Hosp. Dom Nelder Câmara,
Rodovia BR 101 Sul - Km 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE
Endereço: 132-000

19/11/2017

Paciente: EVERALDO FRANCISCO DE LIMA

Endereço:

Residência:

1) CELAZEPINA 500 MG - 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMP. VO 6/6H DURANTE 07 DIAS

2) Dipirona 01g - 01 caixa

Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

3) Piro (paracetamol 500mg + codeína 30mg) - 01 caixa

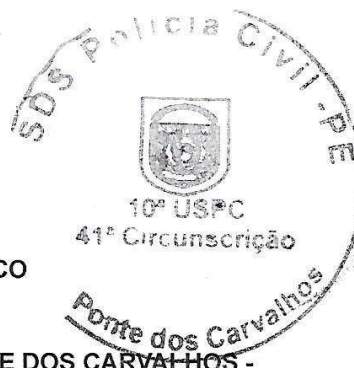
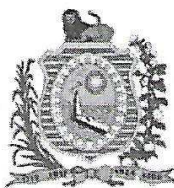
Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome.....
Ident.....
End.....
Cidade.....UF.....

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome.....
Ident.....
End.....
Cidade.....UF.....



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 041ª CIRCUNSCRIÇÃO - PONTE DOS CARVALHOS -
DP41ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0131000026**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/01/2018** às **13:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **17/11/2017** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PONTEZINHA, 1** - Bairro: **PONTEZINHA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROX. A COMPESA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EVERALDO FRANCISCO DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

EVERALDO FRANCISCO DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS DE LIMA** Pai: **REGINALDO RUFINO DE LIMA** Data de Nascimento: **4/5/1982** Naturalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Telefones Celulares:
- **986323602**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE PONTE DOS CARVALHOS (BAIRRO), 19, RUA ANTONIO ALVES DA CUNHA - CEP: 55000-000 - Bairro: PONTE DOS CARVALHOS - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROX. A ASSOCIAÇÃO DOS MORADORES**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EVERALDO FRANCISCO DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EVERALDO FRANCISCO DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA PFM 2823**



Complemento / Observação

INFORMA QUE NAQUELA DATA, POR VOLTA DAS 18;15 HORAS, PROX. A COMPESA EM PONTEZINHA, O QUAL PILOTAVA A MOTO JÁ DESCRITA, QUE UM VEÍCULO MODELO SIENA QUE VINHA EM SUA FRENTE FREOU BRUSCAMENTE, ONDE O MESMO NÃO TEVE CONDIÇÕES DE EVITAR

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

**EVERALDO FRANCISCO DE LIMA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **IVANILDO LUIZ BARBOSA** - Matrícula: **3848884**







LAUDO MÉDICO

PACIENTE **EVERALDO FRANCISCO DE LIMA** APRESENTA-SE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PARA DOR ARTICULAR EM PUNHO DIREITO DECORRENTE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO RADIO DISTAL.

PROGRAMADO PROCESSO DE REABILITAÇÃO COM FISIOTERAPIA, PORÉM NÃO REALIZOU ATÉ O MOMENTO POR FALTA DE LIBERAÇÃO DO TRABALHO (SIC).

APRESENTA-SE COM DOR LOCAL E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO COM PIORA AOS ESFORÇOS FÍSICOS (MOTORISTA DE ÔNIBUS), COM RISCO NO DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES.

SEM CONDIÇÕES DE EXERCER ATIVIDADES LABORATIVAS NO MOMENTO.

CID – 10: M255 / S525

Dr. Luis Filipe Lessa
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM 18776 / SBCM / TEOT 14328

RECIFE, 18/04/2019

DR. LUIS FILIPE LESSA
CRM 18776 / TEOT: 14328





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180611424
Vítima: EVERALDO FRANCISCO DE LIMA
Data do Acidente: 17/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EVERALDO FRANCISCO DE LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13778931





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180611424

Vítima: EVERALDO FRANCISCO DE LIMA

Data do Acidente: 17/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EVERALDO FRANCISCO DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

REG. Nº. 1100124 - UAB - UAB - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180611424

Vítima: EVERALDO FRANCISCO DE LIMA

Data do Acidente: 17/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVERALDO FRANCISCO DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13776002





Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho
Secretaria Municipal de Saúde



DECLARAÇÃO

Consta em nº de ocorrência **S406345** que o SAMU Cabo de Santo Agostinho foi solicitado para prestar atendimento o Sr. **Everaldo Francisco de Lima** CPF: **213.838.498 - 54 - 96** RG: **5463265 SSP PE**, no dia 17 de novembro de 2017, às 19h15, na BR – 101 antiga Pontezinha, próximo a COMPESA, Cabo de Santo Agostinho, vítima de colisão de motocicleta com carro de passeio.

O mesmo foi atendido no local e posteriormente removido para o Hospital Dom Helder Câmara.

Cabo de Santo Agostinho, 18 de dezembro de 2017.

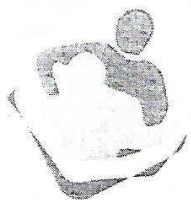
Atenciosamente,


Wênia Santos
Técnica em RH
SAMU CABO
Mat. 41693

Fábio Marinho
Coord ADM Geral SAMU 192 Cabo
Mat 43.080

Endereço: Av. Josefa Ana Conceição Itapuama – Cabo de Santo Agostinho
Fone: 3524 – 6099 E-MAILS: samucabo192@yahoo.com.br





Corpo
em Terapia

RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA

Recife, 14 de março de 2018

Nome do paciente: EVERALDO FRANCISCO DE LIMA

Diagnostico: POS OPERATORIO DE FRATURA EMPUNHO DIR.

- (X) Dor Durante manipulação e esforço.
(+) Tensão muscular Flex. Extensores
() Redução de ADM Dorsiflexão e flexão passiva
(X) Fraqueza muscular grau III
() Instabilidade _____

Modalidade de tratamento fisioterapêutico:

- () Eletroterapia
(X) Termoterapia
() Propriocepção
(X) Exercícios
(X) Fortalecimento/ Alongamento/ Treino de Marcha

Evolução:

- () Satisfatória
(X) Lenta _____

Conduta:

- (X) Manter Fisioterapia 20 Sessões (60+15)
() Alta

Sugestão:

- () Fisioterapia em piscina aquecida _____
() Acupuntura _____
() Pilates _____
() RPG _____

OBS -

Paciente apresenta melhora do quadro clínico, porém ainda com pontos limitados por dor. É dor flexão e extensão da mão. Presença de dor durante as atividades funcionais.

CIR - Centro Integrado de Reabilitação
CNPJ: 09.034.897/0001-49

RITA DE KASSIA GOMES DE BRITO

Fisioterapeuta

CREFITO: 172586 - F

Corpo em Terapia

Rua Henrique Dias, 133 - Boa Vista
Fone (81) 3423-4637



Assinado eletronicamente por: SUZANE SILVA MATOS - 11/12/2019 18:17:03

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121118170303400000053854023>

Número do documento: 19121118170303400000053854023



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

EXAME COMPLEMENTAR Nº 31913 / 2018

REFERENTE AO LAUDO Nº 1 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 041A. CIRCUNSCRICAO - PONTE DOS CARVALHOS
Ofício nº. 273 / 2018 Data 21 / 8 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 041A. CIRCUNSCRICAO - PONTE DOS CARVALHOS

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 07:45 do dia 21 de Agosto de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procederam o exame de **EVERALDO FRANCISCO DE LIMA** filho(a) de **REGINALDO RUFINO DE LIMA** e de **MARIA DAS GRAÇAS DE LIMA** de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **Casado (a)**, aparentando a idade de **36 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 5463265**, profissão **MOTORISTA**, vestes **NÃO INFORMADO**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Retorna para exame complementar ao Laudo nº 13944/2018, assinado pela médica perita Tawanna Xavier (CRM22616), que diz: "acidente motociclístico no dia 17/11/2018 (...) Limitação do movimento de extensão, flexão e pronossupinação, além de força da mão e punho em recuperação fisioterápica. (...) Afirma que está fazendo fisioterapia motora". Retorna para exame complementar, munido de Laudo Médico datado de 10 de agosto de 2018, assinado pelo médico Luis Filipe Lessa (CRM18776), que diz: "Paciente em acompanhamento ambulatorial para pós operatório de fratura de radio distal direito, em tratamento fisioterápico para reabilitação funcional de força e ganho de amplitude de movimento do punho. Apresenta boa evolução com consolidação da fratura. Necessita reabilitação com fisioterapia para retorno as atividades laborativas sem limitação. Sem condições de exercer atividades laborativas que exigem mobilidade e força do referido membro no momento. Apresenta sequela motora leve do membro superior direito".

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Limitação do movimento de extensão, flexão e pronossupinação do punho direito.

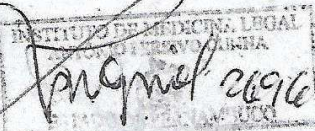
QUESITOS:

1º) Da ofensa à integridade corporal ou à saúde do periciando resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida; incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias; aceleração de parto? (especificar)

SIM . Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30(trinta) dias.

2º) Da ofensa resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

NÃO.



Página

CARTÓRIO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DO 3º DISTRITO - PONTE DOS CARVALHOS
Avenida Doméstica Ferreira de Melo, 88 F. Galeria Yuuma - Ponte dos Carvalhos - Cabo de Santo Agostinho - PE - CEP: 54580-225 - Email: cartorio@pcrj.pe.gov.br - Fone: (81) 3522-1426
AUTENTICADO
Autentico a presente cópia reprográfica conforme a original a mim apresentada, do que dou fé.
Cabo de Santo Agostinho, 10 de dezembro de 2018.
Maurício Cavalcanti de Sá (Carteiro Oficial)
UAI-PE encaminha com o selo 0077479. RND10201802.0033



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

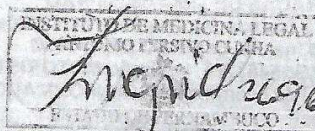
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

3º) Do ponto de vista Médico-legal, o periciando está restabelecido?
Sim

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^a. SARAH CAMPOS VALENÇA - CRM 18715.

Sarah Valença
Médica Legista - CRM 18715
Mat. 396.549-5

Sarah P. Valença
Perito responsável 21 AGO 2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Seção de Perícia
De acordo com a Legislação em vigor, foi extraída esta cópia
autenticada com valor de original por solicitação
de Guilherme Francisco
de 12/03/18
18/09/18
Funcionário - Luiz Carlos

CARTÓRIO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DO 3º DISTRITO - PONTE DOS CARVALHOS
Av. Prefeito Diomedes Ferreira de Melo, 89 F. Galeria Yruama - Ponte dos Carvalhos
Cabo de Santo Agostinho - PE - Cep: 54580-225 - Email: cartorioacs@hotmail.com - Fone: (27) 3522-1426

AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia reprográfica conforme a original a mim apresentada, do
que dou fé.
Cabo de Santo Agostinho, 10 de dezembro de 2018. Em test. Amáury Capistrano
Válido somente com o selo 0077479.HBM10201802.01832
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
41ª CIRCUNSCRIÇÃO POLICIAL-PONTE DOS CARVALHOS

Cabo, 04 de janeiro de 2018.

Ofício n.º 002 /2018.SC-
BO : 18E0131000026

Senhor Diretor,

Pelo presente, solicito de V.Sa, providências no sentido de ser procedido o competente **EXAME TRAUMATOLÓGICO**, na pessoa abaixo qualificada:

EVERALDO FRANCISCO DE LIMA, brasileiro, natural do Cabo de Santo Agostinho-PE, nascido em 04/05/1982, filho de Reginaldo Rufino de Lima e de Maria das Graças de Lima, RG. Nº5.463.265 SSP PE, residente na Rua Antonio Alves da Cunha, 19, Ponte dos Carvalhos, Cabo-PE.

O Competente Laudo Pericial deverá ser encaminhado para esta Delegacia (41ª CIRC – Ponte dos Carvalhos).

Atenciosamente,


Bel. Adelson dos Santos Barbosa
Delegado de Polícia.

ILMO. SR.
DR. DIRETOR DO INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO
CUNHA/PE.

Rua Vicente Yanez Pinzon, 36, Ponte dos Carvalhos, Cabo-PE





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Nome: Enivaldo Thomaz de Jesus Leito da SRPA 04
data: 28/11/14 Hora: 12:25 Registro: 99791
Leito de origem: 403-2

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: 110 Urus, Encl. Modia Distal
Tipo de anestesia: Bloqueio + Sedação
Equipe: Dr. Muelha Machado Anestesista: Maria Conel

3. Admissão

Estado geral: () Bom () Regular () Torporoso () Grave°
Respiração: () Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não () Sim Onde: MS
Acesso Venoso Central: () Não () Sim Onde: _____
Drenos: () não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 142x96 mmHg FR: _____ p/min FC: 70 p/min SaPO2: 99,12
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>12:40</u>	<u>12:55</u>	<u>13:25</u>	<u>13:55</u>	<u>14:25</u>	<u>15:25</u>
FR	<u>242/96</u>	<u>138/96</u>	<u>138x70</u>	<u>108x71</u>	<u>107x74</u>	
FC	<u>70</u>	<u>77</u>	<u>66</u>	<u>63</u>	<u>54</u>	
SaPO2	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>99%</u>	<u>100%</u>	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: 28/11/14 Horário: 16h Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: Marcos Ponce



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 405114

Usuário do Atendimento: JAIDE TENS

Data e Hora do Atendimento: 17/11/2017 20:10

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: EVERALDO FRANCISCO DE LIMA

Prontuário: 99741

Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS DE LIMA

Nome do Pai: REGINALDO RUFINO DE LIMA

Data do Nascimento: 04/05/1982

Idade: 35 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 5463265

SSP PE Data Emissão:

CPF: 21383849854

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: MOTORISTA

Endereço: RUA ANTONIO ALVES DA CUNHA 19

PONTE DOS CARVALHOS

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

PE

CEP: 54580205

Fone:

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 01

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, 17/11/2017

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Melhorado

Diagnóstico: Fratura do radius distal

Procedimento: Osteossintese com placa e parafusos

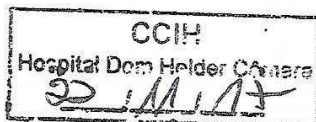
Alta em: 19/11/17

Hora: 9:48

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.:

Francisco Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 23424HDH-Hospital Dom Helder Câmara
Moanna Kalliny
Arquivista
SAME/Faturamento

22 NOV. 2017





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 405102

Senha da Classificação:

0057

Data e Hora: 17/11/2017 20:03

Paciente: 99741 Everaldo Francisco de Lima Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 04/05/1982 Idade: 35 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS DE LIMA Nome do Pai: REGINALDO RUFINO DE LIMA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CAI CRM: 13783
Endereço: RUA ANTONIO ALVES DA CUNHA C 19 Bairro: PONTE DOS CARVALHOS
Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE Usuário Atendimento: JACICLEIDE BOS
RG (Identidade): 5463265 SSP PE Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 21383849854 Fone:
Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Vítima de acidente motociclistico
Nega vomito e desmaio
Refere dor em punho direito

Exame Físico

A - Vias aéreas livres com colar
B - MV@ em ARI Sat O2: 99%
C - Hemodinamicamente estável FC: 66bpm
D - ECG: 15 min
E - Edema em punho D

Hipótese Diagnóstica

Trauma de punho D

Conduta Terapêutica

Rx
Avaliação de ortopedia

Prescrição Médica

Sf 0,9% 1000ml IV
Profenid 100mg + 100mg IV

cin. Geral

Rx Torax: 2m Alteração

col: Alto da cin. Geral / Ao ORTOPEDIA

Dr. Xisto Luna
Urologia
CRM 10535

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:





Corpo
em Terapia

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

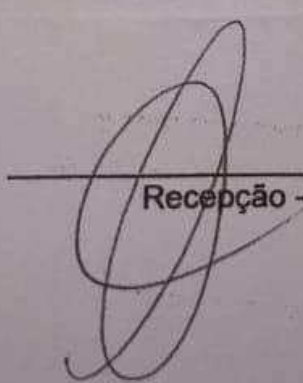
Recife, 06 de Maio de 2019.

Declaro para os devidos fins que

SUZANE SILVA MATOS
estive neste serviço para realizar Sessão Individual.

Horário do atendimento: 07:30 às 08:45.

(CIR - 09034897000/149).


Recepção - CIR





Corpo
em Terapia

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

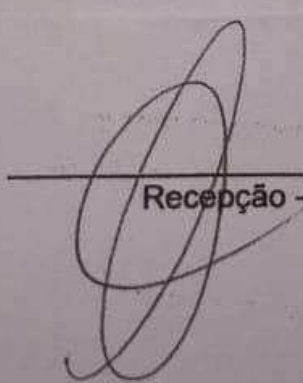
Recife, 06 de Maio de 2019.

Declaro para os devidos fins que

Suzane Silva Matos
estive neste serviço para realizar Sessão Individual.

Horário do atendimento: 07:30 às 08:45.

(CIR - 09034897000/149).


Recepção - CIR





RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA

Recife, 06 de maio de 2019.

O paciente Everaldo Francisco de Lima, com diagnóstico de Fratura Rádio Distal de punho direito, está realizando tratamento de fisioterapia nesta unidade. O tratamento proposto obedece a seguinte conduta:

- Alongamentos de Mm. Flexo-extensores de punhos;
- Exercícios para ganho de ADM;
- Exercícios para aumento de força muscular;
- Mobilização articular de punho direito;
- US, 1 MHz pulsátil, punho direito.

O paciente possui evolução lenta, ainda com limitação de ADM de punho em flexo-extensão e prono-supinação, além de força muscular Grau IV. O mesmo realiza fisioterapia nesta unidade desde Janeiro de 2018, e deve permanecer no tratamento, sem previsão de alta. A frequência da fisioterapia é de três vezes na semana, no turno da manhã, nos dias de segundas, quartas e sextas-feiras.

Nossa equipe se coloca a disposição para quaisquer esclarecimentos acerca do quadro clínico e reabilitação do paciente.


Rita de Kássia Gomes de Brito
Fisioterapeuta
CREFITO: 172586 -F

Corpo em Terapia
Rua Henrique Dias, 133 - Boa Vista
Fone (81) 3423-4637





RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA

Recife, 06 de maio de 2019.

O paciente Everaldo Francisco de Lima, com diagnóstico de Fratura Rádio Distal de punho direito, está realizando tratamento de fisioterapia nesta unidade. O tratamento proposto obedece a seguinte conduta:

- Alongamentos de Mm. Flexo-extensores de punhos;
- Exercícios para ganho de ADM;
- Exercícios para aumento de força muscular;
- Mobilização articular de punho direito;
- US, 1 MHz pulsátil, punho direito.

O paciente possui evolução lenta, ainda com limitação de ADM de punho em flexo-extensão e prono-supinação, além de força muscular Grau IV. O mesmo realiza fisioterapia nesta unidade desde Janeiro de 2018, e deve permanecer no tratamento, sem previsão de alta. A frequência da fisioterapia é de três vezes na semana, no turno da manhã, nos dias de segundas, quartas e sextas-feiras.

Nossa equipe se coloca a disposição para quaisquer esclarecimentos acerca do quadro clínico e reabilitação do paciente.

CIR - Centro Integrado de Reabilitação
CNPJ: 09.041.567/0001-10

07-1000/2017-PROT. 7-1000
OPÇÕES DE TRATAMENTO - 010

Rita de Kássia Gomes de Brito
Fisioterapeuta
CREFITO: 172586 -F

Corpo em Terapia
Rua Henrique Dias, 133 – Boa Vista
Fone (81) 3423-4637





Corpo
em Terapia

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Recife, 15 de maio de 2019.

Declaro para os devidos fins que

R. Orlando F. M. M. de Lima
esteve neste serviço para realizar

Sessão Individual

Horário do atendimento: 07:40 às 09:00

(CIR - 09034897000/149).


Recepção - CIR





Corpo
em Terapia

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

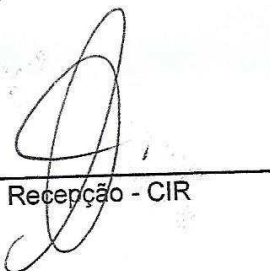
Recife, 13 de maio de 2019.

Declaro para os devidos fins que

R. Arnaldo Francisco de Lima
esteve neste serviço para realizar

SMS Frustrativa
Horário do atendimento: D 8:00 às 09:10.

(CIR - 09034897000/149).


Recepção - CIR





Corpo
em Terapia

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Recife, 03 de Março de 2019.

Declaro para os devidos fins que

A. CRIVELLO F. M. de Lima
esteve neste serviço para realizar

Sua Função
Horário do atendimento: 07:40 às 08:50.

(CIR - 09034397000/149).


Recepção - CIR





Corpo
em Terapia

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Recife, 10 de MAIO de 2019.

Declaro para os devidos fins que

EVERALDO FRANCISCO DE LIMA

esteve neste serviço para realizar

PSICOTERAPIA

Horário do atendimento: 07:40 às 08:40

(CIR - CNPJ- 09034897000/149).


Recepção - CIR



NOME: EVERALDO FRANCISCO DE LIMA

LAUDO MÉDICO

PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PARA PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO, EM TRATAMENTO FISIOTERÁPICO PARA REABILITAÇÃO FUNCIONAL DE FORÇA E GANHO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO NO PUNHO.

APRESENTA BOA EVOLUÇÃO COM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA.

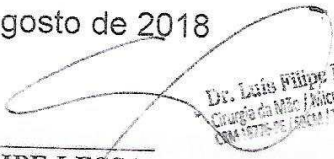
NECESSITA REABILITAÇÃO COM FISIOTERAPIA PARA RETORNO AS ATIVIDADES LABORATIVAS SEM LIMITAÇÃO.

SEM CONDIÇÕES DE EXERCER ATIVIDADES LABORATIVAS, QUE EXIGEM MOBILIDADE E FORÇA DO REFERIDO MEMBRO NO MOMENTO.

APRESENTA SEQUELA MOTORA LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

CID 10 = S525 / M256 / M255

Recife, 10 de agosto de 2018


Dr. LUIS FILIPE LESSA
CIRURGIA MÃO / ORTOPEDIA
CRM 18776 / SBOT 14238

Dr. Luis Filipe Lessa
Cirurgião de Mão / Microcirurgia
CRM 18776-PE / SBOT 14238

Rua do Espinheiro, Nº 222, Espinheiro, Recife-PE,
Fone: (81) 2138-2964



PROCURAÇÃO

Outorgante(s): **EVERALDO FRANCISCO DE LIMA**, brasileiro, casado, Motorista, portador do CPF de no 213.838.498-54, CTPS 93992/00084/PE, RG 5.463.265 SSP/PE, residente na Rua Afonso Pena, 160, Timbi, Camaragibe/PE, CEP 54768-060.

Outorgado(s): SEBASTIÃO ALVES DE MATOS, brasileiro, advogado, portador do CPF de n. 003.556.314-15, inscrito na OAB/PE sob o n. 4952, SUZANE SILVA MATOS, brasileira, advogada, portadora do CPF de n. 007.819.934-40, inscrita na OAB/PE sob o n. 19.128 – D e CARLOS ALBERTO BARBOSA LINS II, brasileiro, advogado, portador do CPF de n. 007.371.324-42, inscrito na OAB/PE sob o n. 40.988 - D, estabelecidos na Avenida 04 de Outubro, nº 15, Piedade, Jaboatão/PE.

Pelo presente instrumento particular de procuração passado nesta cidade de Jaboatão dos Guararapes, Estado de Pernambuco, o outorgante acima qualificado firmando esta do seu próprio punho, constitui e nomeia os outorgados supra mencionados como seus bastantes advogados, a quem concede todos os amplos poderes da cláusula AD-JUDICIA ET EXTRA para defender seus interesses junto a Ação Trabalhista em face da Transportes e Serviços Astro LTDA - ME intentada junto a 2ª Vara do Trabalho do Recife, sob o n. 0000117-31.2019.5.06.0002.

CONTRATO DE HONORARIOS

Pelo presente contrato de prestação de serviços entre parte, Contratados (s)/Outorgado (s) e Contratante/Outorgante acima qualificado, este se compromete a efetuar em favor dos contratados o pagamento do percentual de 30% sobre o total do credito reconhecido judicialmente nos autos, ou ainda, por razão de realização de acordo judicial/extrajudicial, tudo conforme arts. 22 e seguintes da Lei 8906/94 e Tabela de Honorários da OAB.

Recife/PE, 07 de maio de 2019.

EVERALDO FRANCISCO DE LIMA



NOME:	EVERALDO FRANCISCO PEREIRA, 36 anos
-------	-------------------------------------

LAUDO MÉDICO

PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PARA FRATURA DE
PUNHO DIREITO (NOV/2017), SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE
OSTEOSÍNTESE, EM FISIOTERAPIA MOTORA.

APRESENTA-SE COM LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO +
PRONOSSUPINAÇÃO, ALÉM DE PERDA DE FORÇA GLOBAL DO MEMBRO SUPERIOR
DIREITO.

EM PROGRAMAÇÃO DE MANUTENÇÃO DA REABILITAÇÃO COM FISIOTERAPIA.

SEM CONDIÇÕES DE EXERCER ATIVIDADES LABORATIVAS NO MOMENTO.

CID 10: S525/ M256

Dr. Luis Felipe Les
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM 18776 / SBCM-TEOT 140

Recife, 21 de março de 2019



NOME:	EVERALDO FRANCISCO PEREIRA, 36 anos
-------	-------------------------------------

LAUDO MÉDICO

PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PARA FRATURA DE PUNHO DIREITO (NOV/2017), SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE, EM FISIOTERAPIA MOTORA.

APRESENTA-SE COM LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO + PRONOSSUPINAÇÃO, ALÉM DE PERDA DE FORÇA GLOBAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

EM PROGRAMAÇÃO DE MANUTENÇÃO DA REABILITAÇÃO COM FISIOTERAPIA.

SEM CONDIÇÕES DE EXERCER ATIVIDADES LABORATIVAS NO MOMENTO.

CID 10: S525/ M256

Dr. Luis Felipe Leal
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM 18776 / SBCM - TEOT 1421

Recife, 21 de março de 2019



1 - Região Atua **AM - 369233** 3 - Nº Guia Principal **59664839** 4 - Data da Autorização **5** 5 - Sanha **6** 6 - Data de Validade da Sanha **7** 7 - Data de Emissão da Guia

8 - Número da Carteira **846000046005** 9 - Plano **NOSSO PLANO XII - 700370998** 10 - Validade da Carteira **11** 11 - Nome **FERNANDO FRANCISCO DE LIMA** 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

13 - Cópia na Operadora CNPJ/CPF **14** 14 - Nome do Contratado **15** 15 - Código CNES **16** 16 - Nome do Profissional Solicitante **LUIS FILIPE SILVA LESSA FERREIRA** 17 - Conselho Profissional **CRM** 18 - Número no Conselho **18776** 19 - UF **PE** 20 - Código CBO S

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS 21 - Data/Hora da Solicitação **01/10/2019 17:33** 22 - Perfil de Solicitação **E E - Eletro U - Urgência/Emergência** 23 - CID 10 **24** 24 - Indicação Clínica **GANHO DE ADM** 25 - Indicação Clínica **GANHO DE ADM** 26 - Tipo **26** 26 - Código do Procedimento **27** 27 - Descrição **ALTERAÇÕES DE ORDEM REUMÁTICAS AFETANDO MAIS DE UM MEMBRO** 28 - Alterações de Ordem Reumáticas Afetando Mais de um Membro **29** 29 - Alterações de Ordem Reumáticas Afetando Mais de um Membro **30** 30 - Alterações de Ordem Reumáticas Afetando Mais de um Membro

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE 30 - Código na Operadora CNPJ/CPF **31** 31 - Nome do Contratado **32** 32 - T. Leg **33** 33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento **36** 36 - Município **37** 37 - UF **38** 38 - Cód. INCE **39** 39 - CEF **40** 40 - Código CNES **41** 41 - Nome do Profissional Executante/Contratante **42** 42 - Conselho Profissional **43** 43 - Número no Conselho **44** 44 - UF **45** 45 - Código CBO S **46** 46 - Grau de Participação

DADOS DO ATENDIMENTO 46 - Tipo de Atendimento **02** 02 - Pequena Cirurgia **03** 03 - Terapias **04** 04 - Consulta **05** 05 - Exame **06** 06 - Atendimento Domiciliar **07** 07 - SADT Internado **08** 08 - Quiroterapia **09** 09 - Fisioterapia **10** 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva **47** 47 - Indicação da Atividade **48** 48 - Tipo de Saída **49** 49 - Retorno SADT **50** 50 - Referência **51** 51 - Tipo de Saída **52** 52 - Retorno SADT **53** 53 - Referência

49 - Tipo de Doença **50** 50 - Tempo de Doença **51** 51 - Tipo de Doença **52** 52 - Tempo de Doença **53** 53 - Tipo de Doença **54** 54 - Tempo de Doença **55** 55 - Tipo de Doença **56** 56 - Tempo de Doença **57** 57 - Tipo de Doença **58** 58 - Tempo de Doença **59** 59 - Tipo de Doença **60** 60 - Tempo de Doença **61** 61 - Tipo de Doença **62** 62 - Tempo de Doença **63** 63 - Tipo de Doença **64** 64 - Tempo de Doença **65** 65 - Tipo de Doença **66** 66 - Tempo de Doença **67** 67 - Tipo de Doença **68** 68 - Tempo de Doença **69** 69 - Tipo de Doença **70** 70 - Tipo de Doença **71** 71 - Tipo de Doença **72** 72 - Tipo de Doença **73** 73 - Tipo de Doença **74** 74 - Tipo de Doença **75** 75 - Tipo de Doença **76** 76 - Tipo de Doença **77** 77 - Tipo de Doença **78** 78 - Tipo de Doença **79** 79 - Tipo de Doença **80** 80 - Tipo de Doença **81** 81 - Tipo de Doença **82** 82 - Tipo de Doença **83** 83 - Tipo de Doença **84** 84 - Tipo de Doença **85** 85 - Tipo de Doença **86** 86 - Tipo de Doença **87** 87 - Tipo de Doença **88** 88 - Tipo de Doença **89** 89 - Tipo de Doença **90** 90 - Tipo de Doença **91** 91 - Tipo de Doença **92** 92 - Tipo de Doença **93** 93 - Tipo de Doença **94** 94 - Tipo de Doença **95** 95 - Tipo de Doença **96** 96 - Tipo de Doença **97** 97 - Tipo de Doença **98** 98 - Tipo de Doença **99** 99 - Tipo de Doença **100** 100 - Tipo de Doença

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS 51 - Data **52** 52 - Hora Inicial **53** 53 - Hora Final **54** 54 - Tab **55** 55 - Código do Procedimento **56** 56 - Qtd **57** 57 - Via **58** 58 - Tec **59** 59 - %Red **60** 60 - %Anest **61** 61 - Valor Unitário - R\$ **62** 62 - Valor Total - R\$ **63** 63 - Data Assinatura de Procedimentos em Sala **64** 64 - Observação **65** 65 - Total Procedimentos - R\$ **66** 66 - Total Taxas e Análises - R\$ **67** 67 - Total Materiais - R\$ **68** 68 - Total Medicamentos - R\$ **69** 69 - Total Dólares - R\$ **70** 70 - Total Gases Medicinas - R\$ **71** 71 - Total Geral da Guia - R\$ **72** 72 - Data e Assinatura do Solicitante **73** 73 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização **74** 74 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável **75** 75 - Data e Assinatura do Prestador Executante

76 - Data e Assinatura do Solicitante **77** 77 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização **78** 78 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável **79** 79 - Data e Assinatura do Prestador Executante **80** 80 - Data e Assinatura do Solicitante **81** 81 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização **82** 82 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável **83** 83 - Data e Assinatura do Prestador Executante **84** 84 - Data e Assinatura do Solicitante **85** 85 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização **86** 86 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável **87** 87 - Data e Assinatura do Prestador Executante **88** 88 - Data e Assinatura do Solicitante **89** 89 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização **90** 90 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável **91** 91 - Data e Assinatura do Prestador Executante **92** 92 - Data e Assinatura do Solicitante **93** 93 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização **94** 94 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável **95** 95 - Data e Assinatura do Prestador Executante **96** 96 - Data e Assinatura do Solicitante **97** 97 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização **98** 98 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável **99** 99 - Data e Assinatura do Prestador Executante **100** 100 - Data e Assinatura do Solicitante

1 - Remetente: **ANEX 368293** 3 - Nº Guia Principal: **60495893** 4 - Data da Autorização: 5 - Cópia: 6 - Data de Validade da Sentença: 7 - Data de Emissão da Guia

DADOS DO BENEFICIÁRIO: 8 - Número Carteira: **841800045005** 9 - Plano: **NOSSO PLANO X II - 700370996** 10 - Valores da Carteira: 11 - Nome: **FELIPE FRANCISCO DE LIMA** 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE: 13 - Categoria Operadora CNPJ/COF: 14 - Nome do Contratado: 15 - Código CIES: 16 - Nome Profissional Solicitante: **LUIS FILIPE SILVA LESSA FERREIRA** 17 - Conselho Profissional: **CRM** 18 - Número no Conselho: **18776** 19 - UF: **PE** 20 - Código CEO S

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS: 21 - Data da Solicitação: **18/04/2019** 22 - Categoria da Solicitação: **E** 23 - CID: **10** 24 - Indicação Clínica: **DOER EM PUNHO DIREITO APÓS FRATURA DE PUNHO** 25 - 1.º Exa: 26 - Código do Procedimento: **25050028** 27 - Descrição: **ALTERAÇÕES DE ORDEM REUMÁTICAS AFETANDO MAIS DE UM MEMBRO** 28 - 2.º Exa: **25050028** 29 - 3.º Exa: **25050028** 30 - 4.º Exa: **25050028** 31 - 5.º Exa: **25050028** 32 - 6.º Exa: **25050028** 33 - 7.º Exa: **25050028** 34 - 8.º Exa: **25050028** 35 - 9.º Exa: **25050028** 36 - 10.º Exa: **25050028** 37 - 11.º Exa: **25050028** 38 - 12.º Exa: **25050028** 39 - 13.º Exa: **25050028** 40 - 14.º Exa: **25050028** 41 - 15.º Exa: **25050028** 42 - 16.º Exa: **25050028** 43 - 17.º Exa: **25050028** 44 - 18.º Exa: **25050028** 45 - 19.º Exa: **25050028** 46 - 20.º Exa: **25050028** 47 - 21.º Exa: **25050028** 48 - 22.º Exa: **25050028** 49 - 23.º Exa: **25050028** 50 - 24.º Exa: **25050028** 51 - 25.º Exa: **25050028** 52 - 26.º Exa: **25050028** 53 - 27.º Exa: **25050028** 54 - 28.º Exa: **25050028** 55 - 29.º Exa: **25050028** 56 - 30.º Exa: **25050028** 57 - 31.º Exa: **25050028** 58 - 32.º Exa: **25050028** 59 - 33.º Exa: **25050028** 60 - 34.º Exa: **25050028** 61 - 35.º Exa: **25050028** 62 - 36.º Exa: **25050028** 63 - 37.º Exa: **25050028** 64 - 38.º Exa: **25050028** 65 - 39.º Exa: **25050028** 66 - 40.º Exa: **25050028** 67 - 41.º Exa: **25050028** 68 - 42.º Exa: **25050028** 69 - 43.º Exa: **25050028** 70 - 44.º Exa: **25050028** 71 - 45.º Exa: **25050028** 72 - 46.º Exa: **25050028** 73 - 47.º Exa: **25050028** 74 - 48.º Exa: **25050028** 75 - 49.º Exa: **25050028** 76 - 50.º Exa: **25050028** 77 - 51.º Exa: **25050028** 78 - 52.º Exa: **25050028** 79 - 53.º Exa: **25050028** 80 - 54.º Exa: **25050028** 81 - 55.º Exa: **25050028** 82 - 56.º Exa: **25050028** 83 - 57.º Exa: **25050028** 84 - 58.º Exa: **25050028** 85 - 59.º Exa: **25050028** 86 - 60.º Exa: **25050028** 87 - 61.º Exa: **25050028** 88 - 62.º Exa: **25050028** 89 - 63.º Exa: **25050028** 90 - 64.º Exa: **25050028** 91 - 65.º Exa: **25050028** 92 - 66.º Exa: **25050028** 93 - 67.º Exa: **25050028** 94 - 68.º Exa: **25050028** 95 - 69.º Exa: **25050028** 96 - 70.º Exa: **25050028** 97 - 71.º Exa: **25050028** 98 - 72.º Exa: **25050028** 99 - 73.º Exa: **25050028** 100 - 74.º Exa: **25050028** 101 - 75.º Exa: **25050028** 102 - 76.º Exa: **25050028** 103 - 77.º Exa: **25050028** 104 - 78.º Exa: **25050028** 105 - 79.º Exa: **25050028** 106 - 80.º Exa: **25050028** 107 - 81.º Exa: **25050028** 108 - 82.º Exa: **25050028** 109 - 83.º Exa: **25050028** 110 - 84.º Exa: **25050028** 111 - 85.º Exa: **25050028** 112 - 86.º Exa: **25050028** 113 - 87.º Exa: **25050028** 114 - 88.º Exa: **25050028** 115 - 89.º Exa: **25050028** 116 - 90.º Exa: **25050028** 117 - 91.º Exa: **25050028** 118 - 92.º Exa: **25050028** 119 - 93.º Exa: **25050028** 120 - 94.º Exa: **25050028** 121 - 95.º Exa: **25050028** 122 - 96.º Exa: **25050028** 123 - 97.º Exa: **25050028** 124 - 98.º Exa: **25050028** 125 - 99.º Exa: **25050028** 126 - 100.º Exa: **25050028** 127 - 101.º Exa: **25050028** 128 - 102.º Exa: **25050028** 129 - 103.º Exa: **25050028** 130 - 104.º Exa: **25050028** 131 - 105.º Exa: **25050028** 132 - 106.º Exa: **25050028** 133 - 107.º Exa: **25050028** 134 - 108.º Exa: **25050028** 135 - 109.º Exa: **25050028** 136 - 110.º Exa: **25050028** 137 - 111.º Exa: **25050028** 138 - 112.º Exa: **25050028** 139 - 113.º Exa: **25050028** 140 - 114.º Exa: **25050028** 141 - 115.º Exa: **25050028** 142 - 116.º Exa: **25050028** 143 - 117.º Exa: **25050028** 144 - 118.º Exa: **25050028** 145 - 119.º Exa: **25050028** 146 - 120.º Exa: **25050028** 147 - 121.º Exa: **25050028** 148 - 122.º Exa: **25050028** 149 - 123.º Exa: **25050028** 150 - 124.º Exa: **25050028** 151 - 125.º Exa: **25050028** 152 - 126.º Exa: **25050028** 153 - 127.º Exa: **25050028** 154 - 128.º Exa: **25050028** 155 - 129.º Exa: **25050028** 156 - 130.º Exa: **25050028** 157 - 131.º Exa: **25050028** 158 - 132.º Exa: **25050028** 159 - 133.º Exa: **25050028** 160 - 134.º Exa: **25050028** 161 - 135.º Exa: **25050028** 162 - 136.º Exa: **25050028** 163 - 137.º Exa: **25050028** 164 - 138.º Exa: **25050028** 165 - 139.º Exa: **25050028** 166 - 140.º Exa: **25050028** 167 - 141.º Exa: **25050028** 168 - 142.º Exa: **25050028** 169 - 143.º Exa: **25050028** 170 - 144.º Exa: **25050028** 171 - 145.º Exa: **25050028** 172 - 146.º Exa: **25050028** 173 - 147.º Exa: **25050028** 174 - 148.º Exa: **25050028** 175 - 149.º Exa: **25050028** 176 - 150.º Exa: **25050028** 177 - 151.º Exa: **25050028** 178 - 152.º Exa: **25050028** 179 - 153.º Exa: **25050028** 180 - 154.º Exa: **25050028** 181 - 155.º Exa: **25050028** 182 - 156.º Exa: **25050028** 183 - 157.º Exa: **25050028** 184 - 158.º Exa: **25050028** 185 - 159.º Exa: **25050028** 186 - 160.º Exa: **25050028** 187 - 161.º Exa: **25050028** 188 - 162.º Exa: **25050028** 189 - 163.º Exa: **25050028** 190 - 164.º Exa: **25050028** 191 - 165.º Exa: **25050028** 192 - 166.º Exa: **25050028** 193 - 167.º Exa: **25050028** 194 - 168.º Exa: **25050028** 195 - 169.º Exa: **25050028** 196 - 170.º Exa: **25050028** 197 - 171.º Exa: **25050028** 198 - 172.º Exa: **25050028** 199 - 173.º Exa: **25050028** 200 - 174.º Exa: **25050028** 201 - 175.º Exa: **25050028** 202 - 176.º Exa: **25050028** 203 - 177.º Exa: **25050028** 204 - 178.º Exa: **25050028** 205 - 179.º Exa: **25050028** 206 - 180.º Exa: **25050028** 207 - 181.º Exa: **25050028** 208 - 182.º Exa: **25050028** 209 - 183.º Exa: **25050028** 210 - 184.º Exa: **25050028** 211 - 185.º Exa: **25050028** 212 - 186.º Exa: **25050028** 213 - 187.º Exa: **25050028** 214 - 188.º Exa: **25050028** 215 - 189.º Exa: **25050028** 216 - 190.º Exa: **25050028** 217 - 191.º Exa: **25050028** 218 - 192.º Exa: **25050028** 219 - 193.º Exa: **25050028** 220 - 194.º Exa: **25050028** 221 - 195.º Exa: **25050028** 222 - 196.º Exa: **25050028** 223 - 197.º Exa: **25050028** 224 - 198.º Exa: **25050028** 225 - 199.º Exa: **25050028** 226 - 200.º Exa: **25050028** 227 - 201.º Exa: **25050028** 228 - 202.º Exa: **25050028** 229 - 203.º Exa: **25050028** 230 - 204.º Exa: **25050028** 231 - 205.º Exa: **25050028** 232 - 206.º Exa: **25050028** 233 - 207.º Exa: **25050028** 234 - 208.º Exa: **25050028** 235 - 209.º Exa: **25050028** 236 - 210.º Exa: **25050028** 237 - 211.º Exa: **25050028** 238 - 212.º Exa: **25050028** 239 - 213.º Exa: **25050028** 240 - 214.º Exa: **25050028** 241 - 215.º Exa: **25050028** 242 - 216.º Exa: **25050028** 243 - 217.º Exa: **25050028** 244 - 218.º Exa: **25050028** 245 - 219.º Exa: **25050028** 246 - 220.º Exa: **25050028** 247 - 221.º Exa: **25050028** 248 - 222.º Exa: **25050028** 249 - 223.º Exa: **25050028** 250 - 224.º Exa: **25050028** 251 - 225.º Exa: **25050028** 252 - 226.º Exa: **25050028** 253 - 227.º Exa: **25050028** 254 - 228.º Exa: **25050028** 255 - 229.º Exa: **25050028** 256 - 230.º Exa: **25050028** 257 - 231.º Exa: **25050028** 258 - 232.º Exa: **25050028** 259 - 233.º Exa: **25050028** 260 - 234.º Exa: **25050028** 261 - 235.º Exa: **25050028** 262 - 236.º Exa: **25050028** 263 - 237.º Exa: **25050028** 264 - 238.º Exa: **25050028** 265 - 239.º Exa: **25050028** 266 - 240.º Exa: **25050028** 267 - 241.º Exa: **25050028** 268 - 242.º Exa: **25050028** 269 - 243.º Exa: **25050028** 270 - 244.º Exa: **25050028** 271 - 245.º Exa: **25050028** 272 - 246.º Exa: **25050028** 273 - 247.º Exa: **25050028** 274 - 248.º Exa: **25050028** 275 - 249.º Exa: **25050028** 276 - 250.º Exa: **25050028** 277 - 251.º Exa: **25050028** 278 - 252.º Exa: **25050028** 279 - 253.º Exa: **25050028** 280 - 254.º Exa: **25050028** 281 - 255.º Exa: **25050028** 282 - 256.º Exa: **25050028** 283 - 257.º Exa: **25050028** 284 - 258.º Exa: **25050028** 285 - 259.º Exa: **25050028** 286 - 260.º Exa: **25050028** 287 - 261.º Exa: **25050028** 288 - 262.º Exa: **25050028** 289 - 263.º Exa: **25050028** 290 - 264.º Exa: **25050028** 291 - 265.º Exa: **25050028** 292 - 266.º Exa: **25050028** 293 - 267.º Exa: **25050028** 294 - 268.º Exa: **25050028** 295 - 269.º Exa: **25050028** 296 - 270.º Exa: **25050028** 297 - 271.º Exa: **25050028** 298 - 272.º Exa: **25050028** 299 - 273.º Exa: **25050028** 300 - 274.º Exa: **25050028** 301 - 275.º Exa: **25050028** 302 - 276.º Exa: **25050028** 303 - 277.º Exa: **25050028** 304 - 278.º Exa: **25050028** 305 - 279.º Exa: **25050028** 306 - 280.º Exa: **25050028** 307 - 281.º Exa: **25050028** 308 - 282.º Exa: **25050028** 309 - 283.º Exa: **25050028** 310 - 284.º Exa: **25050028** 311 - 285.º Exa: **25050028** 312 - 286.º Exa: **25050028** 313 - 287.º Exa: **25050028** 314 - 288.º Exa: **25050028** 315 - 289.º Exa: **25050028** 316 - 290.º Exa: **25050028** 317 - 291.º Exa: **25050028** 318 - 292.º Exa: **25050028** 319 - 293.º Exa: **25050028** 320 - 294.º Exa: **25050028** 321 - 295.º Exa: **25050028** 322 - 296.º Exa: **25050028** 323 - 297.º Exa: **25050028** 324 - 298.º Exa: **25050028** 325 - 299.º Exa: **25050028** 326 - 300.º Exa: **25050028** 327 - 301.º Exa: **25050028** 328 - 302.º Exa: **25050028** 329 - 303.º Exa: **25050028** 330 - 304.º Exa: **25050028** 331 - 305.º Exa: **25050028** 332 - 306.º Exa: **25050028** 333 - 307.º Exa: **25050028** 334 - 308.º Exa: **25050028** 335 - 309.º Exa: **25050028** 336 - 310.º Exa: **25050028** 337 - 311.º Exa: **25050028** 338 - 312.º Exa: **25050028** 339 - 313.º Exa: **25050028** 340 - 314.º Exa: **25050028** 341 - 315.º Exa: **25050028** 342 - 316.º Exa: **25050028** 343 - 317.º Exa: **25050028** 344 - 318.º Exa: **25050028** 345 - 319.º Exa: **25050028** 346 - 320.º Exa: **25050028** 347 - 321.º Exa: **25050028** 348 - 322.º Exa: **25050028** 349 - 323.º Exa: **25050028** 350 - 324.º Exa: **25050028** 351 - 325.º Exa: **25050028** 352 - 326.º Exa: **25050028** 353 - 327.º Exa: **25050028** 354 - 328.º Exa: **25050028** 355 - 329.º Exa: **25050028** 356 - 330.º Exa: **25050028** 357 - 331.º Exa: **25050028** 358 - 332.º Exa: **25050028** 359 - 333.º Exa: **25050028** 360 - 334.º Exa: **25050028** 361 - 335.º Exa: **25050028** 362 - 336.º Exa: **25050028** 363 - 337.º Exa: **25050028** 364 - 338.º Exa: **25050028** 365 - 339.º Exa: **25050028** 366 - 340.º Exa: **25050028** 367 - 341.º Exa: **25050028** 368 - 342.º Exa: **25050028** 369 - 343.º Exa: **25050028** 370 - 344.º Exa: **25050028** 371 - 345.º Exa: **25050028** 372 - 346.º Exa: **25050028** 373 - 347.º Exa: **25050028** 374 - 348.º Exa: **25050028** 375 - 349.º Exa: **25050028** 376 - 350.º Exa: **25050028** 377 - 351.º Exa: **25050028** 378 - 352.º Exa: **25050028** 379 - 353.º Exa: **25050028** 380 - 354.º Exa: **25050028** 381 - 355.º Exa: **25050028** 382 - 356.º Exa: **25050028** 383 - 357.º Exa: **25050028** 384 - 358.º Exa: **25050028** 385 - 359.º Exa: **25050028** 386 - 360.º Exa: **25050028** 387 - 361.º Exa: **25050028** 388 - 362.º Exa: **25050028** 389 - 363.º Exa: **25050028** 390 - 364.º Exa: **25050028** 391 - 365.º Exa: **25050028** 392 - 366.º Exa: **25050028** 393 - 367.º Exa: **25050028** 394 - 368.º Exa: **25050028** 395 - 369.º Exa: **25050028** 396 - 370.º Exa: **25050028** 397 - 371.º Exa: **25050028** 398 - 372.º Exa: **25050028** 399 - 373.º Exa: **25050028** 400 - 374.º Exa: **25050028** 401 - 375.º Exa: **25050028** 402 - 376.º Exa: **25050028** 403 - 377.º Exa: **25050028** 404 - 378.º Exa: **25050028** 405 - 379.º Exa: **25050028** 406 - 380.º Exa: **25050028** 407 - 381.º Exa: **25050028** 408 - 382.º Exa: **25050028** 409 - 383.º Exa: **25050028** 410 - 384.º Exa: **25050028** 411 - 385.º Exa: **25050028** 412 - 386.º Exa: **25050028** 413 - 387.º Exa: **25050028** 414 - 388.º Exa: **25050028** 415 - 389.º Exa: **25050028** 416 - 390.º Exa: **25050028** 417 - 391.º Exa: **25050028** 418 - 392.º Exa: **25050028** 419 - 393.º Exa: **25050028** 420 - 394.º Exa: **25050028** 421 - 395.º Exa: **25050028** 422 - 396.º Exa: **25050028** 423 - 397.º Exa: **25050028** 424 - 398.º Exa: **25050028** 425 - 399.º Exa: **25050028** 426 - 400.º Exa: **25050028** 427 - 401.º Exa: **25050028** 428 - 402.º Exa: **25050028** 429 - 403.º Exa: **25050028** 430 - 404.º Exa: **25050028** 431 - 405.º Exa: **25050028** 432 - 406.º Exa: **25050028** 433 - 407.º Exa: **25050028** 434 - 408.º Exa: **25050028** 435 - 409.º Exa: **25050028** 436 - 410.º Exa: **25050028** 437 - 411.º Exa: **25050028** 438 - 412.º Exa: **25050028** 439 - 413.º Exa: **25050028** 440 - 414.º Exa: **25050028** 441 - 415.º Exa: **25050028** 442 - 416.º Exa: **25050028** 443 - 417.º Exa: **25050028** 444 - 418.º Exa: **25050028** 445 - 419.º Exa: **25050028** 446 - 420.º Exa: **25050028** 447 - 421.º Exa: **25050028** 448 - 422.º Exa: **25050028** 449 - 423.º Exa: **25050028** 450 - 424.º Exa: **25050028</**



LAUDO MÉDICO

PACIENTE EVERALDO FRANCISCO DE LIMA APRESENTA-SE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PARA DOR ARTICULAR EM PUNHO DIREITO DECORRENTE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO RADIO DISTAL.

PROGRAMADO PROCESSO DE REABILITAÇÃO COM FISIOTERAPIA, PORÉM NÃO REALIZOU ATÉ O MOMENTO POR FALTA DE LIBERAÇÃO DO TRABALHO (SIC).

APRESENTA-SE COM DOR LOCAL E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO COM PIORA AOS ESFORÇOS FÍSICOS (MOTORISTA DE ÔNIBUS), COM RISCO NO DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES.

SEM CONDIÇÕES DE EXERCER ATIVIDADES LABORATIVAS NO MOMENTO.

CID – 10: M255 / S525

Dr. Luis Filipe Lessa
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM 18776 / SBCM / TEOT 14328

RECIFE, 18/04/2019

DR. LUIS FILIPE LESSA
CRM 18776 / TEOT: 14328



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME: **EVERALDO FRANCISCO DE LIMA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **5463265 SSP PE**

CPF: **213.838.498-54** DATA NASCIMENTO: **04/05/1982**

FILIAÇÃO: **REGINALDO RUFINO DE LIMA**
MARIA DAS GRACAS DE LIMA

PERMISSÃO: **AD** ACC: **AD** CAT. HAB: **AD**

Nº REGISTRO: **02081891861** VALIDADE: **25/02/2021** 1ª HABILITAÇÃO: **29/11/2001**

OBSERVAÇÕES:
A
Exerce Ativ Remunerada

Everaldo Francisco de Lima
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **CABO - PE** DATA EMISSÃO: **26/02/2016**

[Assinatura]
 ASSINATURA DO EMISSOR

68287618465
PE071292098

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

1221866746

CARTÓRIO PORTA LARGA
REGISTRO CIVIL 2º DISTRITO

Rua Professor Pass Leme, n. 54, Prazeres
 Jaboatão dos Guararapes-PE
 CEP: 54335-085 - Fone: (81) 3461-1048

Autentico conforme o original. Dou fé. Jaboatão dos Guararapes,
 17/09/2018 16:36:06 Em teste *[Assinatura]* da verdade JOSÉ DORGIVAL
 BEZERRA CAVALCANTI (Substituto)
 Válido somente com o selo 0077180.TYX09201803.03416
 Emol.: R\$ 2,90 TSNR: R\$ 1,18 Total: R\$ 4,08

Consulte a Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Cartório Registro Civil
2º Distrito de Jaboatão
José Dorgival Bezerra Cavalcanti
SUBSTITUTO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição:
213.838.498-54

Nome:
EVERALDO FRANCISCO DE LIMA

Nascimento:
04/05/1982

CARTÓRIO PORTA LARGA
REGISTRO CIVIL 2º DISTRITO

Rua Professor Pass Leme, n. 54, Prazeres
 Jaboatão dos Guararapes-PE
 CEP: 54335-085 - Fone: (81) 3461-1048

Autentico conforme o original. Dou fé. Jaboatão dos Guararapes,
 17/09/2018 16:36:06 Em teste *[Assinatura]* da verdade JOSÉ DORGIVAL
 BEZERRA CAVALCANTI (Substituto)
 Válido somente com o selo 0077180.TYX09201803.03416
 Emol.: R\$ 2,90 TSNR: R\$ 1,18 Total: R\$ 4,08

[Assinatura]

Consulte a Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Cartório Registro Civil
2º Distrito de Jaboatão
José Dorgival Bezerra Cavalcanti
SUBSTITUTO





ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) EVERALDO FRANCISCO DE LIMA às 09:44 hs , sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho por 15 (QUINZE) dias, a partir de 18/04/2019 , tendo como causa do atendimento

M255

Código da Doença

Local e Data

Dr. Luis Filipe Lessi
Cirurgião Geral
CRM 167701 SBCML 176014323

Assinatura do Médico

FILIPELF

18/04/2019

09:47

