

## 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:

URGÊNCIA - 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.

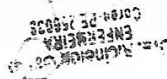
Observação:

ENCAMINHADO DO SAMU DO CABO

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: CIRURGIA GERAL



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: Autopneia Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Queixa Principal e Duração: "Queda de peso"

História da Doença Atual: perda p. t. de peso de aproximadamente 10 kg em 1 mês com trauma em pulso, d

Interrogatório Sintomatológica: dores locais





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 ANTISSEPSIA
  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

Utensílios Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO  
CRM : 16548









## FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 405114

Usuário do Atendimento: JAIDETENS

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

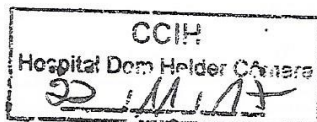
Alta em: 19/11/2017

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/Paturamento

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 - MVQ em ARI Sat O2: 99%  
C - Hemodinamicamente estável FC: 66bpm  
D - ECG: 15 irregular  
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 de cin. Geral / Ao ORTOPEDIA

Dr. Xisto Luna  
Urologia  
CRM 10535

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:  
LEITO DO PACIENTE:



perda natural de quilo de  
modo contínuo em pulso (S)

do oxen: edema local

ECG: (S) S1 S2 non de Reg

HA: tendimento de rosário  
CA: tendimento distal (D)

AB: 324236

Dr. Maximiano 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





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo: Francisco Felipe de Jesus 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: 192-2009

19/11/2017

paciente: EVERALDO FRANCISCO DE LIMA

Endereço:

Endereço:

1) Cefaleia 500 MG - 25 COMPRIMIDOS  
TOMAR 01 COMP. A 6/6H DURANTE 07 DIAS

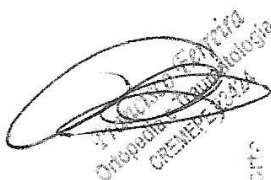
2) Dipirona 01g - 01 caixa

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

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

3) Paco (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.: .....

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: .....
Ident.: .....
End.: .....



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo: Francisco Felipe de Jesus 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: 192-2009

19/11/2017

paciente: EVERALDO FRANCISCO DE LIMA

Endereço:

Endereço:

1) Cefaleia 500 MG - 25 COMPRIMIDOS  
TOMAR 01 COMP. A 6/6H DURANTE 07 DIAS

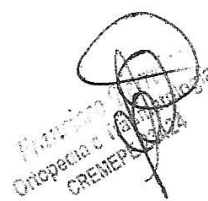
2) Dipirona 01g - 01 caixa

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

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

3) Paco (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.: .....

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: .....
Ident.: .....
End.: .....



Francisco  
Lima

FRATURA EXT.  
D. 5.ª FA  
05508  
21.6.107

ANS-324.8253

0302 070 05 18/11/17  
SUS-ITVIA  
IMPLANTADO  
012-5525

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

[f/hapvida.saude](#) [@hapvidasaude](#) [www.hapvida.com.br](http://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. Jairo Filho Joo  
CRM 10.170 / RJ  
Médico do Trabalho





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](http://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 IDADE: \_\_\_\_\_

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 25593-PE

REQUISITANTE/CARIMBO: \_\_\_\_\_

LAUDO:

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

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

Paciente: Ernaldo Francisco de Lima

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: ④ P A C C O os cáps

Tomar os comp., 40, 3x/dia

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



## 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: Q67.01 Prontidão de retida em 30 dias para  
iniciar fisioterapia

OBS.: 552.1

Nº DIAS: \_\_\_\_\_ ) AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico  
Carimbo

Assinatura do Médico  
Carimbo





## 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

Amílcar S. Couto  
Médico  
CRM 25593-PE





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



NOME: Ezequiel Francisco de Almeida IDADE: \_\_\_\_\_

REGISTRO: \_\_\_\_\_ SETOR SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ DATA: 01/12/17

89741

☒ AMBULATÓRIO ☐ HOSPITAL ENF: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

☐ EMERGÊNCIA ☐ URGÊNCIA ☐ ROTINA ☐ CONTROLE

EXAME: Raios X punho direito AP e perfil

MOTIVO: controle

Vinicius Z. Couto  
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 2.177



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de  
retorno ambulatorial no HDH.



## LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 02/12/17

Nº PRONTUÁRIO: 99791

NOME DO PACIENTE: Ermildo Francisco de Lima

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

CID: Procurar de recuperação 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 / SBOT 14238

Dr. Luis Filipe Lessa  
Cirurgia da Mão / Ortopedia  
CRM 18776 / SBOT 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: <b>3180611424</b>	CPF da vítima: <b>213.838.498-54</b>	Nome completo da vítima: <b>EVERALDO FRANCISCO DE LIMA</b>
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: <b>EVERALDO FRANCISCO DE LIMA</b>		
Profissão: <b>MOTORISTA</b>	Endereço: <b>R. ANTONIO ALVES DA CUNHA</b>	CPF: <b>213.838.498-54</b>
Bairro: <b>POME DOS CARVALHOS</b>	Cidade: <b>CABO DE SANTO AGOSTINHO</b>	Número: <b>39-C</b> Complemento: <b>CASA</b>
E-mail:	Estado: <b>PE</b>	CEP: <b>54580-205</b>
		Tel.(DDD): <b>81-98632-3602</b>

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

**DADOS CADASTRAIS**

**REDA 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 POUANÇA (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)

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.

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



Paciente do Francisco  
Lima

FRATURA EXT.  
D.5 T.9 C  
0550/8  
21.6.10.7

0308/07/04 18/11/17  
SUZANE SILVA  
IMOBILIZADA  
C.12.5525

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](http://www.hapvida.com.br)







RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo: Francisco Ferreira Junior
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

19/12/2017

Paciente: EVERALDO FRANCISCO DE LIMA

Endereço:

Residência:

1) CELAZEPINA 500 MG - 28 COMPRIMIDOS

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

Flaviano  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEP 5224

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: .....	Nome: .....
Ident: .....	Ident: .....
End: .....	End: .....
Cidade: .....	Cidade: .....
UF: .....	UF: .....

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo: Francisco Ferreira Junior
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

2) Dipirona 01g - 01 caixa

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

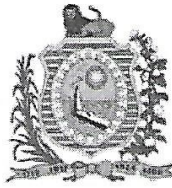
OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

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

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

Flaviano  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEP 5224

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: .....	Nome: .....
Ident: .....	Ident: .....
End: .....	End: .....
Cidade: .....	Cidade: .....
UF: .....	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](http://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](http://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. 11.100.124 - VALID. 04 - 11/11/2012





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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.

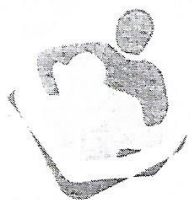
Atenciosamente,

  
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.  
(x) Tensão muscular Flex. extensores  
( ) Redução de ADM Dorsiflexão e flex. punho  
(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 (10x15)  
( ) Alta

Sugestão:

- ( ) Fisioterapia em piscina aquecida \_\_\_\_\_  
( ) Acupuntura \_\_\_\_\_  
( ) Pilates \_\_\_\_\_  
( ) RPG \_\_\_\_\_

OBS -

Paciente apresenta melhora de quadro clínico  
porém ainda com pontos fixados por gesso  
e dor flexão e extensão do punho  
por desconforto durante a realização  
das atividades de vida diária.

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







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 motociclistico 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.

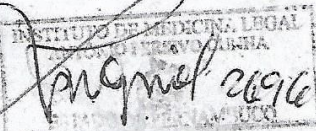
**QUESITOS:**

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)

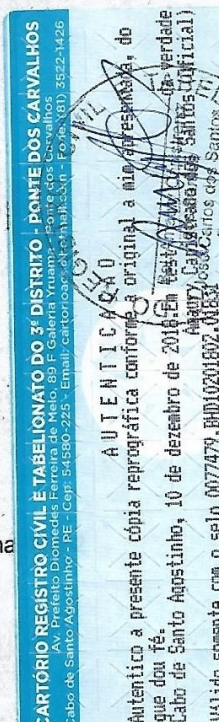
**SIM . Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30(trinta) dias.**

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





CÓPIA AUTÊNTICA



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

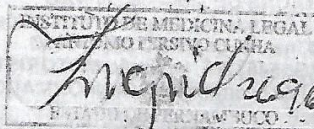
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

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

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

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

Sarah C. Valença  
Perito responsável 21 AGO 2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha  
Seção de Exame de Perícia  
De acordo com a Legislação em vigor foi extraída esta cópia  
autenticada com valor de original por solicitação  
de Carla de Fátima  
1283116  
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. BA Amury Capistrano dos Santos verdade  
Válido somente com o selo 0077479.HBM10201802.01832  
Consulte autenticidade em [www.tipe.jus.br/selodigital](http://www.tipe.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 Francisco de Lima 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. Modra Distal  
Tipo de anestesia: Bloqueio + Sedativo  
Equipe: Dr. Muelher 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>101x74</u>	
FC	<u>70</u>	<u>77</u>	<u>65</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

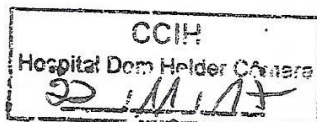
Alta em: 19/11/17

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/Paturamento

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 - MVQ em ARI Sat O2: 99%  
C - Hemodinamicamente estável FC: 66bpm  
D - ECG: 15 minutos  
E - Edema em punho D

### Hipótese Diagnóstica

Trauma de punho D

### Conduta Terapêutica

Rx  
Avaliação da 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

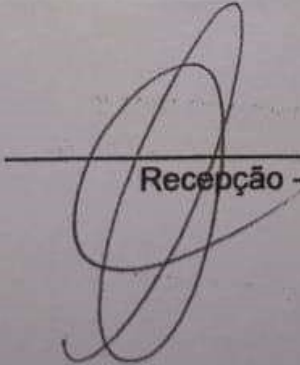
Recife, 06 de Maio de 2019.

Declaro para os devidos fins que

Sr. Ezequiel Francisco de Lima  
esteve neste serviço para realizar

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

Sr. Ezequiel Francisco de Lima  
esteve 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







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

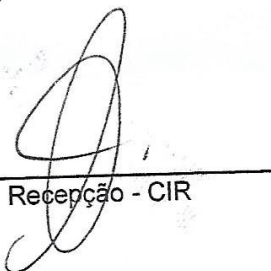
Recife, 13 de maio de 2019.

Declaro para os devidos fins que

Sr. Arnaldo Francisco de Lima  
esteve neste serviço para realizar

Sr. Francisco  
Horário do atendimento: 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. CARVALHO F. M. M. de Lima  
esteve neste serviço para realizar Sua Fim de semana.

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

(CIR - 09034897000/149).

  
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.

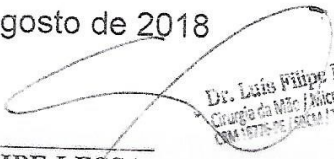
NECESSITA REABILITAÇÃO COM FISIOTERAPIA PARA RETORNO AS ATIVIDADES LABORATIVAS SEM LIMITAÇÃO.

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  
Cirurgia da Mão / Microcirurgia  
CRM 18776 / 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 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**





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 Leal  
Cirurgia da Mão / Microcirurgia  
CRM 18776 / SBCM-TEOT 1401

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





# GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 59664839

1 - Região Anís	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Sessão	6 - Data de Validade da Sessão	7 - Data de Emissão da Guia
ANÍS 369233	59664839				

8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
8460000046005	NOSSO PLANO XII - 700370998		FERNANDO FRANCISCO DE LIMA	

13 - Código na Operadora/CNPJ/CF	14 - Nome do Contratado	15 - Código CNES

16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Conselho Profissional	18 - Número no Conselho	19 - UF	20 - Código CBO S
LUIS FILIPE SILVA LESSA FERREIRA	CRM	18776	PE	

21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Código de Solicitação	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica	25 - Indicação Clínica
01/04/2019 17:33	E	E - Eletivo U - Urgência/Emergência	ANÁLISE DE ADM	

26 - Título	27 - Descrição	28 - Código Sol.	29 - Cód. Autor.
1 - 362	ALTERAÇÕES DE ORDEM REUMÁTICAS AFETANDO MAIS DE UM MEMBRO	10	10
2 - 362	ALTERAÇÕES DE ORDEM REUMÁTICAS AFETANDO MAIS DE UM MEMBRO		

30 - Código na Operadora/CNPJ/CF	31 - Nome do Contratado	32 - T. Leg	33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cód. INCE	39 - CEP	40 - Código CNES

41 - Nome do Profissional Executante/Contratante	42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF	45 - Código CBO S	46 - Grau de Participação

47 - Indicação da Atividade	48 - Tipo do Serviço	49 - Retorno	50 - Retorno SADT	51 - Referência
1 - Atendimento em Emergência 2 - Atendimento em Consultório	1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência			

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento	57 - Qtd	58 - Via	59 - Tec	60 - %Red / Anestésico	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
1 - 11/11/11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
2 - 11/11/11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
3 - 11/11/11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
4 - 11/11/11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
5 - 11/11/11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11

63 - Data Assinatura de Procedimentos em Sane	64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Análises - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gases Medicinas - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$

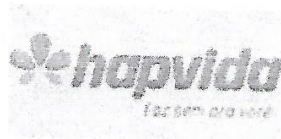
72 - Data e Assinatura do Solicitante	73 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	74 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	75 - Data e Assinatura do Prestador Executante

76 - Tipo de Serviço	77 - Tipo de Serviço	78 - Tipo de Serviço	79 - Tipo de Serviço	80 - Tipo de Serviço	81 - Tipo de Serviço	82 - Tipo de Serviço

83 - Data e Assinatura do Solicitante	84 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	85 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	86 - Data e Assinatura do Prestador Executante



Num. 55388853 - Pág. 2



## 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 HABILITAÇÃO**

**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**  
**ACC**  
**CAT. HAB. AD**

**Nº REGISTRO**  
**02081891861**

**VALIDADE**  
**25/02/2021**

**1ª HABILITAÇÃO**  
**29/11/2001**

**OBSERVAÇÕES**  
**A**  
**Exerce Ativ Remunerada**

**ASSINATURA DO PORTADOR**  
*Everaldo Francisco de Lima*

**LOCAL**  
**CABO - PE**

**DATA EMISSÃO**  
**26/02/2016**

**ASSINATURA DO EMISSOR**  
*[Assinatura]*

**60287618465**  
**PE071292098**

**DETRAN - PE (PERNAMBUCO)**

**1221866746**

**CARTÓRIO PORTA LARGA**  
**REGISTRO CIVIL 2º DISTRITO**

**Autentico conforme o original. Dou fé. Jaboatão dos Guararapes,**  
**17/09/2018 16:36:06 Em testº** *[Assinatura]* **da verdade JOSÉ DORIVAL**  
**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**

**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**

**Autentico conforme o original. Dou fé. Jaboatão dos Guararapes,**  
**17/09/2018 16:36:06 Em testº** *[Assinatura]* **da verdade JOSÉ DORIVAL**  
**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 Dorival Bezerra Cavalcanti**  
**SUBSTITUTO**





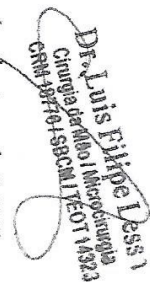
## ATESTADO MÉDICO

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 175017  
CRM 175017 SBC/MT 175017  
Assinatura do Médico

FILIPELF

18/04/2019

09:47

