

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 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 2^a 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 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 GAIAO - 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 CRÔNICAS 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 GAIAO - COREN: 256038 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/11/2017 20:37



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

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

Número do documento: 19121118170016900000053839172

Num. 54719316 - Pág. 1

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Fernaldo Figueira de Lima Registro: 39741 Nº Atendimento: _____

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

Clínica: On topice Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: 'Queda de moto'

História da Doença Atual: pende p. 1 mês de quebra de molar com fratura em placa.

Interrogatório Sintomatológico: dor local

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.....: 18/11/2017
Hora.....: 12:08

Aviso de Cirurgia : 33772
Paciente : 99741
Convênio Atend. : 1
Leito : 214
Dt. Início : 18/11/2017 12:00

Sala : 0002 SALA 02
EVERALDO FRANCISCO DE LIMA
SUS - INTERNACAO
LEITO 01
Dt. Fim : 18/11/2017 12:13

Atendimento : 405114
Carteira :
Idade : 35 Anos

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

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

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. CURÁTIVO
7. TALA AXIOPALMAR MSD
8. RX DE CONTROLE

M. Machado
Sala 0002
Faturamento 18/11/2017
22 NOV. 2017

achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

*Dr. Marcelo Machado
Ortopedista e Traumatologista*
DR(A) : MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
CRM : 16548

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



Assinado eletronicamente por: SUZANE SILVA MATOS - 11/12/2019 18:17:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121118170016900000053839172>
Número do documento: 19121118170016900000053839172

Num. 54719316 - Pág. 3

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 405114
 Usuário do Atendimento: JAIDETTENS

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

CEP: 54580205

Fone:

Prigem: SAMU

DADOS DO ATENDIMENTO

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, anestesias, 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:

Aliviada

Diagnóstico:

Enfisema do nariz distal D

Procedimento:

Ortosexta 11 pos 22 K

Altura em:

Hora: 5:48

Altura em:

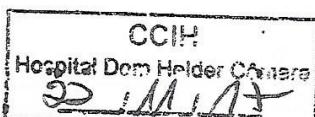
Hora: 5:48

Médico e C.R.M:

Francisco Pereira
 Francisco Pereira
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/PE 23324

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G:



Mo
 HDH-Hospital Dom Helder Câmara
 Moanna Kalliny
 Arquivista
 SAME/Faturamento

*Assinatura de: Moanna Kalliny
 Data: 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 - CEP 19
Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE
RG (Identidade): 5463265
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 21383849854
Cartão SUS:

SSP PE Data de Emissão:

Fone:

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 pativas com colarín SAT O₂: 99%
B - PUP em A45 FC: 66 bpm
C - Pressão arterial normalmente estável
D - ECG: 15 ritmo regular
E - Edema em punho D

Hipótese Diagnóstica

Trauma de punho D

Conduta Terapêutica

Rx
Avaliação de ortopedia

Prescrição Médica

SF 0,9% 1000 ml IV
Profenal 100 mg + 100 ml ATENDIDO

cin. Ceral

Rx Tórax: Sem alterações
COL: Alto do cin. Ceral / ao ORTOPEDIA

Dr. Xisto Leme
Urologia
CRM 16533

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:



peço minha de quatro d,
modo conterá em pulo

do exer: colmo - loco

ECO. (S) S/S. nos d'loc

as: terreno de rocha

as: terreno de rocha

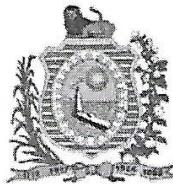
DB: 324236

~~Drº Marvinier Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 1856~~

cont EC

cont EC





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 N°. 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 PÚBLICA**

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 PROFISSÕES**
 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 PROFISSÕES**

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 OSTE OSSÍNTESE, EM FISIOTERAPIA MOTORA.

APRESENTA-SE COM LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO + PRONOSUPINAÇÃO, 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 Filipe Leite
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM 18776 / SBCM / FECT 1422

Recife, 21 de março de 2019





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

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

Número do documento: 19121118170080700000053839198

PERNAMBUCO & LIMA

Conselho Federal de Farmácia
Por: Suzane Matos - 11/12/2019 18:17:00

RECEITARIO COMPRAS DE FARMACIA

DE FARMACIA DO EMISSARIO

Nome Comprador: Francisco Ferreira da Cunha
CRM: CRM: 001.0.0.0002924
Endereço: Rua Dr. Doutor José Góis, Centro
Rodovia BR 101 Sul KM 05, CEP 54.530-000
Caso de Santo Antônio - PR
Fone: (41) 3283-6133

Data: 11/12/2019
Receituário: VERMELHO
Emissario:

Suzane Matos

Nome: Suzane Matos
CRM: CRM: 001.0.0.0002924
Endereço: Rua Dr. Doutor José Góis, Centro
Rodovia BR 101 Sul KM 05, CEP 54.530-000
Caso de Santo Antônio - PR

2) Digoxina 1mg - 01 caixa
- On 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.

Órgão: LIMA
Órgão: LIMA
Nome: Suzane Matos
CRM: CRM: 001.0.0.0002924
Endereço: Rua Dr. Doutor José Góis, Centro
Rodovia BR 101 Sul KM 05, CEP 54.530-000
Caso de Santo Antônio - PR

IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO	IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO
Nome: Método: End.:	Nome: Método: End.:
.....
.....

IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO	IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO
Nome: Método: End.:	Nome: Método: End.:
.....
.....

Orcamento
CREMEPE
LIMA

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE
Name Completo: Francisco Ferreira da Cunha
CRM: CRM: 001.0.0.0002924
Endereço: Rua Dr. Doutor José Góis, Centro
Rodovia BR 101 Sul KM 05, CEP 54.530-000
Cabo de Santo Agostinho - PE
Fone: (41) 3283-6133

19/12/2019
paciente: VERMELHO
Emissario:

2) Dipirona 01g - 01 caixa
- Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.
Órgão: LIMA
Nome: Suzane Matos
CRM: CRM: 001.0.0.0002924
Endereço: Rua Dr. Doutor José Góis, Centro
Rodovia BR 101 Sul KM 05, CEP 54.530-000
Caso de Santo Antônio - PR

IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO	IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO
Nome: Método: End.:	Nome: Método: End.:
.....
.....



Faz bem pra você

20121118170096700000053839199

Lima

Prontuário

20121118170096700000053839199

055 off

mitomo

0302 07º em 18/11/17

CAB - ITV 10º

0302 07º em 18/11/17

Francisco J. Suassuna Cavalcante
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](#) [@hapvidesaude](#) [www.hapvida.com.br](#)



Assinado eletronicamente por: SUZANE SILVA MATOS - 11/12/2019 18:17:01

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121118170096700000053839199>

Número do documento: 19121118170096700000053839199

Num. 54720443 - Pág. 1



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

A handwritten signature in cursive script, which appears to read "Dr. Jairo Filho" followed by some numbers and initials. This is immediately followed by a large, loose, circular scribble that obscures part of the signature.





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
CEP: 50040010 Município: RECIFE

Endereço: AV MARIO MELO, 343 343, SANTO AMARO
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.
Cliente,

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Assinado eletronicamente por: SUZANE SILVA MATOS - 11/12/2019 18:17:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121118170126000000053839201>
Número do documento: 19121118170126000000053839201

Num. 54720445 - Pág. 1



SOLICITAÇÃO DE EXAME DE DIAGNÓSTICO
POR IMAGEM E MÉTODOS GRÁFICOS

NOME: Ezrealdo Fernanro de Lima IDADE: _____

REGISTRO: _____ SETOR SOLICITANTE: _____ DATA: 01/12/17
89741

AMBULATÓRIO HOSPITAL ENF: _____ LEITO: _____

EMERGÊNCIA URGÊNCIA ROTINA CONTROLE

EXAME: Raio x pulmão direito AP e perfil

MOTIVO: controle

Vinícius Z. Couto
Médico
CRM 25593-PE

REQUISITANTE/CARIMBO: _____

LAUDO:

DATA: _____ / _____ / _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO





GOVERNO DE
Pernambuco



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente	1ª Via - Faltante	2ª Via - Paciente
Nome Completo: _____		
CRM: _____ UF: _____ Nº: _____		
Endereço Completo e Telefone: _____ <i>(Assinatura)</i>		
Cidade: _____ UF: _____		

Paciente: Ermelde Franca de Lima

Endereço: _____

Prescrição: O P A C O ————— os cainha

Tomar os comp., v o 1818 h

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Name: _____	
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____	
End: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	Assinatura do Farmacêutico Data: _____





LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 01/12/17

Nº PRONTUÁRIO: 99751

NOME DO PACIENTE: Everaldo Francisco de Lima

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Paciente no 15º DPO de fratura de rádio distal direito. Segue com immobilizações e fios n. CID: Previsão de retomada em 30 dias para iniciar fisioterapia

OBS.: 552.1 /

Nº DIAS: _____ () AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico
Carimbo





LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 01/12/17

Nº PRONTUÁRIO: 99751

NOME DO PACIENTE: Everaldo Francisco de Lima

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Paciente no 15º DPO de fratura de rádio distal direito. Segue com immobilizações e fios n. CID: Previsão de retomada em 30 dias para iniciar fisioterapia

OBS.: 552.1 /

Nº DIAS: _____ () AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico
Carimbo



PERNAMBUCO GOVERNO DO ESTADO	HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA	GESTÃO IMIP HOSPITALAR
SOLICITAÇÃO DE EXAME DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM E MÉTODOS GRÁFICOS		
NOME: <u>Ezualdo Francisco de Sá</u> IDADE: _____		
REGISTRO: _____ SETOR SOLICITANTE: _____ DATA: <u>01/12/17</u> <u>89741</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> AMBULATÓRIO <input type="checkbox"/> HOSPITAL ENF: _____ LEITO: _____ <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> URGÊNCIA <input type="checkbox"/> ROTINA <input type="checkbox"/> CONTROLE		
EXAME: <u>Raios X punho direito AP e perfil</u>		
MOTIVO: <u>controle</u>		
REQUISITANTE/CARIMBO: _____		
LAUDO:		
DATA: <u>11/12/17</u>		
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 RÁDIO DISTAL DIREITO

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

OSTEOSSÍNTESIS COM FIOS DE K

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

1) MANTER MÉMERO 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) Data da Consulta: 01/12/2017
Não () 8:00h

ENCMIE

Assinatura do Médico e Carimbo

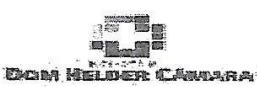
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES /PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul – KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE

Franisco Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CRMESP 12227

(61) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.





LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 01/12/17

Nº PRONTUÁRIO: 89781

NOME DO PACIENTE: Enealdo Gremesio de Sá

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Paciente no 15º dia de febre de origem viral díctio. Segue com immobilização e férias.

CID: Pneumonia de retardo em 30 dias para nova 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.

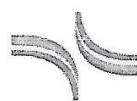
CID: (não informado) Último dia de trabalho do segurado: 30/11/2017

Recife, 05 de janeiro de 2018

Transportes e Serviços Astro Ltda-ME
Edmilson Barbosa de Araújo
Edmilson Barbosa de Araújo
CPS 09378.824-19

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 da Mão / Microcirurgia
CRM 18776 / SBOT 14238

Dr. LUIS FILIPE LESSA
CIRURGIA MÃO / ORTOPÉDIA
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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
3180611424	213.838.498-54	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: PONTE DOS CARVALHOS	Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO	Número: 39C 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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO 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 OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (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)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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: Vivos: Falecidos: 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, REUFE, 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.

***ÉSSARIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Faz bem pra você

Curado FR 10040

Lima

Prontaria oft.

2.5 fada

255 off

autônoma

Operação em 18/11/17

Cirurgia ITV/AD

Médico: Dr. J. M. S. Cavalcante

Ass. - 558575

Francisco J. Silveira Cavalcante
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4568

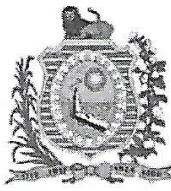
Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - interior): 0300 313 9094

[/hapvida.saude](#) [@hapvidasaude](#) [www.hapvida.com.br](#)



Assinado eletronicamente por: SUZANE SILVA MATOS - 11/12/2019 18:17:02
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121118170220200000053840458>
Número do documento: 19121118170220200000053840458

Num. 54722852 - Pág. 1



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 PÚBLICA**

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 PROFISSÕES**
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 PROFISSÕES**

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)**

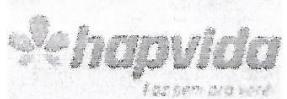
B.O. registrado por: **IVANILDO LUIZ BARBOSA** - Matrícula: **3848884**





Assinado eletronicamente por: SUZANE SILVA MATOS - 11/12/2019 18:17:02
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121118170251000000053840463>
Número do documento: 19121118170251000000053840463

Num. 54722857 - Pág. 1



LAUDO MÉDICO

PACIENTE EVERALDO FRANCISCO DE LIMA APRESENTA-SE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PÁRA DOR ARTICULAR EM PUNHO DIREITO DECORRENTE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO RÁDIO 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

RECIFE, 18/04/2019

Dr. Luis Filipe Lessa
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM 18776 / SBCM / TEOT 14323

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





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, contados 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



Assinado eletronicamente por: SUZANE SILVA MATOS - 11/12/2019 18:17:02
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121118170276500000053854020>
Número do documento: 19121118170276500000053854020

Num. 54734364 - Pág. 3



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
Técnico em RH
SAMU/CABO
Mat. 41693

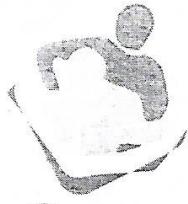
Fábio Marinho
Coord ADM Geral SAMU 192 Cabo
Mat 43.080

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



Assinado eletronicamente por: SUZANE SILVA MATOS - 11/12/2019 18:17:02
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121118170293400000053854021>
Número do documento: 19121118170293400000053854021

Num. 54734365 - Pág. 1



Corpo
em Terapia

RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA

Recife, 14 de março de 2018

Nome do paciente: EVERALDO FRANCISCO DE LIMA

Diagnóstico: POS OPERATORIO DE FRATURA EMPUNHO DIR.

- (Dor Duradura manipulação e exposição)
(Tensão muscular Tensão intensa)
(Redução de ADM Funcionamento e fluxo pulso)
(Fraqueza muscular grave III)
(Instabilidade _____)

Modalidade de tratamento fisioterapêutico:

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

Evolução:

- (Satisfatória)
(Lenta _____)

Conduta:

- (Manter Fisioterapia 20 Sessões (47+14))
(Alta _____)

Sugestão:

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

OBS -

Paciente apresenta melhora do quadro clínico
possui evolução com função limitada por dor
é de dor aguda e evitado a dor permanente
para reabilitação outras terapias e fisioterapia
recomenda-se balanço fisiológico

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.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121118170303400000053854023>
Número do documento: 19121118170303400000053854023

Num. 54734367 - Pág. 1



CÓPIA AUTÉNTICA



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 POLICIA DA 041A. CIRCUNSCRICAO - PONTE DOS CARVALHOS
Ofício nº. 273 / 2018 Data 21 / 8 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA 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 Luís 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 parte? (especificar)

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

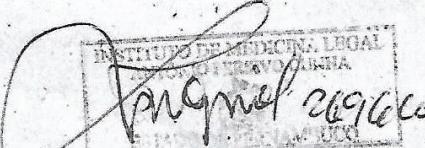
2º) Da ofensa resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

NÃO.

CARTÓRIO REGISTRO CIVIL E TABELOONATO DO 3º DISTRITO - PONTE DOS CARVALHOS
Av. Prefeito Diomides Ferreira da Mello, 89 F. Gámero, Viana - Ponte dos Carvalhos
Cabo de Santo Agostinho - PE - Cep: 54350-225 - Email: cartorio3distrito@bol.com.br - Fone/Fax: (81) 3522-1426
Cartório Registrador de Atos Oficiais
Mário Sérgio Sales
Assessor Jurídico dos Serviços

A U T E N T I C A
A autêntica copia regrafia conforme o original, a não ser respeitado, do
que dou fé.
Cabo de Santo Agostinho, 10 de dezembro de 2018.
Suzane Matos
Assistente Social
Assessor Jurídico dos Serviços

Página



CÓPIA AUTÉNTICA



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



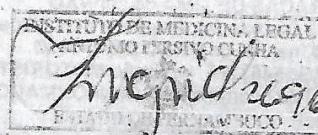
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

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. 388.549-5

Perito responsável



Medic 296666

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Selo de Autenticidade

De acordo com o Legislativo em vigor, fui extinta esta cópia
autenticada com valor de original por voluntário
de Exemplar Francês

1203116

Pelo Ofício nº

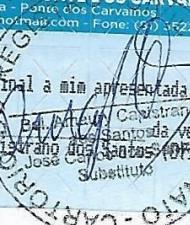
16.09.18

Caráter da

Exemplar Francês

CARTÓRIO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DO 3º DISTRITO - PONTE DOS CARVALHOS
Av. Prefeito Diomedes Ferreira de Melo, 89 F. Galeria Yuama - Ponte dos Carvalhos
Cabo de Santo Agostinho - PE - Cep: 54580-225 - Email: cartorioacs@hotmail.com - Fone: (81) 3522-1426

AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia reprodutiva conforme a original a mim apresentada, no
que dou fé.
Cabo de Santo Agostinho, 10 de dezembro de 2018. Em testemunha: Amaury Capistrano dos Santos (Oficial)
Valido somente com o selo 0077479.HBM10201802.01832
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



Página 2 de 2





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





1. Identificação

Leito da SRPA: 04
Nome: Everaldo França de Lima data: 28/11/17 Hora: 12:25 Registro: 99741
Leito de origem: 403-2

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: TO tirur. Freq Modia Distal D
Tipo de anestesia: Bloco + Sufato

Equipe: Dr. Miralles Michael Anestesista: Diana Gonçalves

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: M/S

Acesso Venoso Central: () Não () Sim Onde: _____

Drenos: () não () sim Onde: _____

Sinais vitais: PA: 142x96 mmHg FR: _____ p/min FC: 70 p/min SaPO2: 99%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	12:40	12:55	13:25	13:55	14:25	15:15
FR	342/96	238/96	188x70	108x71	107x71	—
FC	70	71	66	63	54	—
SaPO2	100%	100%	100%	99%	100%	—
Glasgow	—	—	—	—	—	—

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

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

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

Data: 15/11/17 Horário: 16h Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: Maria Gonçalves



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 405114
 Usuário do Atendimento: JAIDETTENS

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

CEP: 54580205

Fone:

Prigem: SAMU

DADOS DO ATENDIMENTO

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, anestesias, 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:

Aliviada

Diagnóstico:

Enfisema do nariz distal D

Procedimento:

Ortosexta 11 pos 22 K

Altura em:

191 19 117

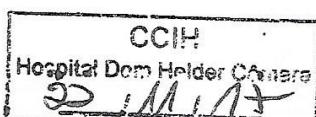
Hora: 5:48

Médico e C.R.M:

Francisco Ferreira
 Francisco Ferreira
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/PE 23324

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G:



Mo
 HDH-Hospital Dom Helder Câmara
 Moanna Kalliny
 Arquivista
 SAME/Faturamento

*Assinatura de: Moanna Kalliny
 Data: 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 - CEP 19
Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE
RG (Identidade): 5463265
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 21383849854
Cartão SUS:

19
Usuário Atendimento: JACICLEIDEBOS
SSP PE Data de Emissão:
Fone:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

esó: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

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

Exame Físico

- A - Vias aéreas pativas com colapso SAT O₂: 99%
B - PUP em A45 FC: 66 bpm
C - Pressão arterial normalmente estável
D - ECG: 15 ritmos
E - Edema em punho D

Hipótese Diagnóstica

Trauma de punho D

Conduta Terapêutica

Rx
Avaliação de ortopedia

Prescrição Médica

SF 0,9% 1000 ml IV
Profenal 100 mg + 100 ml ATENDIDO

cin. Cerat

Rx Torax: Sem alterações
col: alto do cin. cerat / ao ORTOPEDIA

Dr. Xisto Leme
Urologia
CRM 16533

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:





Corpo
em Terapia

DECLARAÇÃO DE COMPARCIMENTO

Recife, 06 de Maio de 2019.

Declaro para os devidos fins que
Suzane Matos da Silva
esteve neste serviço para realizar

Atendimento.

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

(CIR - 09034897000/149).


Recepção - CIR





Corpo
em Terapia

DECLARAÇÃO DE COMPARCIMENTO

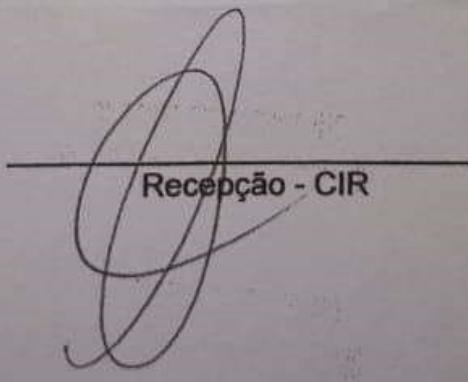
Recife, 06 de Maio de 2019.

Declaro para os devidos fins que
Suzane Matos da Silva
esteve neste serviço para realizar

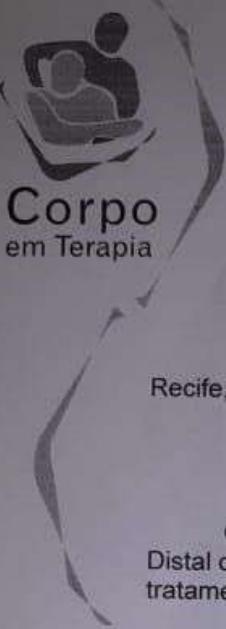
Atendimento.

Horário do atendimento: 07:30 ás 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 à disposição para quaisquer esclarecimentos acerca do quadro clínico e reabilitação do paciente.

Rita de Cássia 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 18:17:04
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121118170406300000054492735>
Número do documento: 19121118170406300000054492735

Num. 55386724 - Pág. 1



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 à 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



Assinado eletronicamente por: SUZANE SILVA MATOS - 11/12/2019 18:17:04
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121118170415800000054492737>
Número do documento: 19121118170415800000054492737

Num. 55386726 - Pág. 1



Corpo
em Terapia

DECLARAÇÃO DE COMPARCIMENTO

Recife, 15 de maio de 2019.

Declaro para os devidos fins que
Dr. Fernando Mendes de Lima
esteve neste serviço para realizar
Sessão Físioterapia.

Horário do atendimento: 08:40 às 09:00.

(CIR - 09034897000/149).


Recepção - CIR





**Corpo DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO
em Terapia**

Recife, 13 de Maio de 2019.

Declaro para os devidos fins que
Dr. Fernando Francisco Almeida
esteve neste serviço para realizar
Sessão Fisioterapia.

Horário do atendimento: De 8:00 às 09:10.

(CIR - 09034897000/149).


Recepção - CIR



Corpo
em Terapia

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Recife, 03 de Maior, de 2019.

Declaro para os devidos fins que
Edvaldo Pernambuco de Lima
esteve neste serviço para realizar
SLP - Fisioterapeuta.

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

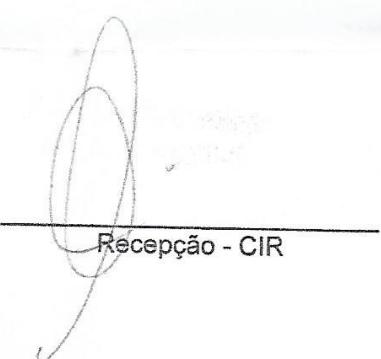
EVERALDO FRANCISCO DE LIMA

esteve neste serviço para realizar

Terapia

Horário do atendimento: 07:40 ás 08:40.

(CIR - CNPJ- 09034897000/149).


Recepção - CIR



Assinado eletronicamente por: SUZANE SILVA MATOS - 11/12/2019 18:17:04

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121118170464500000054492748>

Número do documento: 19121118170464500000054492748

Num. 55388837 - Pág. 1

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

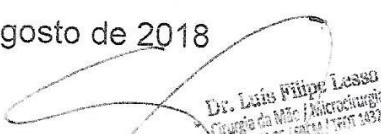
NECESSITA REABILITAÇÃO COM FISIOTERAPIA PARA RETORNO AS ATIVIDADES LABORATIVAS SEM LIMITAÇÃO.

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 n° 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 2^a 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 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



happi doctor

F.T. Deputado Federal

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

LAUDO MÉDICO

PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PARA FRATURA DE JUNHO DIREITO (NOV/2017), SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTSE, 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 Filipe Lcs
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM 18776/SBCM-HFGT 1457

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 OSTE OSSÍNTESE, EM FISIOTERAPIA MOTORA.

APRESENTA-SE COM LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO + PRONOSUPINAÇÃO, 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 Filipe Leite
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM 18276 / SBOM / FEOPT 14277

Recife, 21 de março de 2019





Maple

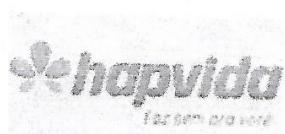
GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT N° 60495893

Assinado eletronicamente por: SUZANE SILVA MATOS - 11/12/2019 18:17:05

<https://pje.tips.us.br:443/a/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121118170531400000054492764>

Número do documento: 1912111817053140000054492764

Núm. 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 RÁDIO 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

RECIFE, 18/04/2019

Dr. Luis Filipe Lessa
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM 18776 / SCON / TEOT 14323

DR. LUIS FILIPE LESSA
CRM 18776 / TEOT: 14328



CARTÓRIO PORTA LARGA
REGISTRO CIVIL 2º DISTRITO

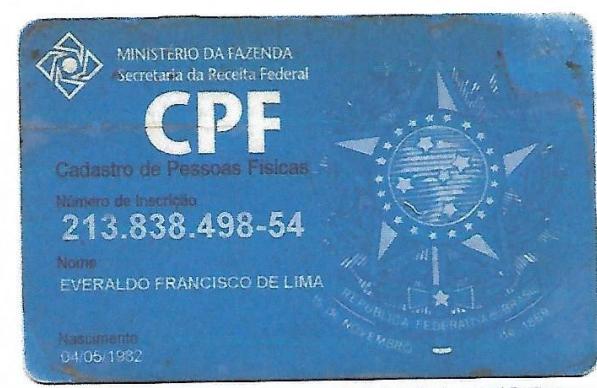
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

1221866746	
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 02001891861	
VALIDADE 25/02/2021 1ª HABILITAÇÃO 29/11/2001	
OBSERVAÇÕES A Exerce Ativ Remunerada	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL - CABO - PE DATA EMISSÃO 26/02/2016	
ASSINATURA DO EMISSOR 68287618465 PE071292096	
DETAN - PE (PERNAMBUCO)	

Autentico conforme o original. Dou fá. Jaboatão dos Guararapes,
17/09/2018 15:36:06 Em test^a C da verdade. JOSE DORGIVAL BEZERRA CAVALCANTI (Substituto)
Válido somente com o selo 0077180.TYX09201803.03416
Emol.: R\$ 2,90 TSNR: R\$ 1,18 Total: R\$ 4,08

Clér

Consulta a Autenticidade em www.tpe.jus.br/selodigital



Autentico conforme o original. Dou fá. Jaboatão dos Guararapes,
17/09/2018 15:36:06 Em test^a C da verdade. JOSE DORGIVAL
BEZERRA CAVALCANTI (Substituto)

Válido somente com o selo 0077180.TYX09201803.03416
Emol.: R\$ 2,90 TSNR: R\$ 1,18 Total: R\$ 4,08

Clér
Consulta a Autenticidade em www.tpe.jus.br/selodigital

*Cartório Registro Civil
2º Distrito de Jaboatão
José 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

M25

.....
Código da Doença

Local e Data

Dr. Luis Filipe Less¹
Cirurgia Dentária / Periodontologia
CRM 48701-SAC-ALYEO14323

Assinatura do Médico

