

Av. Bernardo Vieira de Melo, nº 1551 - Sala 01 - Fiação - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010
Fone/Fax: (81) 3204.4039 / (81) 30543.4554

NOME DO AUTORGANTE

JOAOPEREIRAESTILHO

Recife, 10 de dezembro de 2019

Clausula Única - Pelo presente Contrato particular de prestação de serviços, o AUTORGANTE, infra-assinado, se compromete a pagar aos OUTORGADOS, honorários advocatícios na ordem de 30% (trinta por cento) sobre o total de todos os proventos advindos do processo patrocinado quer seja no total da condenação ou mediante conciliação, sendo esta última hipótese vedada sem a presença dos OUTORGADOS, que se obrigam a prestar seus serviços profissionais, ficando de logo esta MM. Voz autorizada a reter o referido percentual, independente dos de sucumbência.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

PODERES: Plenos para o foro em geral, de acordo com os poderes das cláusulas "AD et EXTRA JUDICIALIA" implícitos no Art. 38 do Código de Processo Civil, podendo o Autorgado, acompanhar quaisquer inquéritos, ações ou recursos até a sentença final, especial para acordar, discordar, desistir, impugnar, comprometer, transigir receber alvarás, representar o OUTORGANTE perante quaisquer Entidades Públicas ou Privadas, enfim, tudo o que for necessário para suprir as necessidades de defesa dos interesses do OUTORGANTE, inclusive substabelecer com ou sem reservas de direitos e, especificamente neste ato, para propor ação na Justiça Comum e/ou pedido administrativo de indenização DPVAT.

OUTORGADO: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB-PE sob o número 31.915, domiciliado na cidade do Recife-PE e estabelecido na Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551, Sala 01 - Fiação - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010.

AUTORGANTE: João Pereira Reis Filho
CPF: 11.012.290-505/PE
inscrição no CPF sob o nº 154.839.214-40
domiciliado(a) à Rua F3 Olho D'água, 5/N - A
Rua Fernando - PE
CEP: 55530-000

PROCURAÇÃO

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Renato Cesar Malheiros Cavalcanti
 portador(a) do RG nº 11.012.290 neturo
 no CPF sob o nº 157.839.214-40 durante
 Rua F. Olivo D'Agua durante
 nº 5/N - A centro
 CEP: 55330-000 Rio Formoso
 -PE, durante
 Judicária, na forma dos artigos 98 e ss, da CPC/2015, que não apresenta condições
 financeiras de arcar com o ônus processual deste feito, sem que haja prejuízo próprio
 ou sua família. Declaração esta que faz sob as penas da Lei e sob sua inteira
 responsabilidade.

Recife, 10 de dezembro de 2019.

JOAO PEREIRA REIS FILHO

**NOTA FISCAL**

Companhia Energética
Av. João de Barros, 111, Boa Vista
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-83

**DADOS DO CLIENTE**

COSME AMARO DA SILVA

CPF 266.756.684-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
048597866	UNICA	15/01/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
15/01/2019	2002341525	3334992

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

FZ OLHO D'ÁGUA, A

CENTRO/RIO FORMOSO
RIO FORMOSO PE
55570-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2154583028	01/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
22/01/2019	13/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 55,16

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	74,0000000	0,71979022	53,28
Contrib. Ium. Pública Municipal			1,48
ICMS Subvenção-CDE-NF 039190840-14/11/18			0,42
TOTAL DA FATURA			55,16

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
VW6391	CA1	17-12-2018	16.850,00	15-01-2019	16.924,00	28	1,00000		74,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	KWH
JAN 19	74
DEZ 18	65
NOV 18	74
OUT 18	89
SET 18	76
AGO 18	73
JUL 18	68
JUN 18	65
MAI 18	74
ABR 18	73
MAR 18	73
FEV 18	72
JAN 18	72

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	53,28	25,00	13,31
PIS	53,28	0,45	0,23
COPINS	53,28	2,05	1,11

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%	VALOR (R\$)
Geração de Energia	17,28	32,40%	32,40%
Transmissão	2,56	4,81%	4,81%
Distribuição (Celpe)	11,95	22,44%	22,44%
Perdas de Energia	9,76	18,15%	18,15%
Encargos Setoriais	3,08	5,70%	5,70%
Tributos	14,65	27,51%	27,51%
Total	53,28	100%	53,28

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo(kWh) 0,52156000

RESERVA DO FISCO

FB16 3C0F 003C AC4B 8FD7 1AFC BAA4 C6FE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peque no portais pelo de voz e/ou correio no qual para agarrar um magistral centro fã saber: sua (poe) pessoa 73
centro fã completo em www.celpe.com.br. Na data de leitura e bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em
www.aneel.gov.br. O cliente é responsável quando a instalação não corresponde ao nível de tensão de fornecimento.
Pagto: em avião para multa 2% (Res 414/ANEEI), Juros 1% a (CUE 10 439/02) a atualização monetária no mês. O Cliente é
compensado quando há o cumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

As condições gerais de
fornecimento (Resolução ANEEI
414/2010), tarifas, produtos,
serviços prestados e tributos se
encontram à disposição, para
consulta, em nossas unidades de
atendimento e no site
www.celpe.com.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURI

07R50



POLEGAR DIREITO

JOÃO PEREIRA REIS FILHO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Indústria Gráfica Brasileira Ltda.



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

11.012.290

DATA DE
EXPEDIÇÃO 07/02/2019

NOME

<< JOÃO PEREIRA REIS FILHO >>

FILIAÇÃO

<< JOÃO PEREIRA REIS >>

<< IVONE JOSEFA DE OLIVEIRA >>

NATURALIDADE

JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

DATA DE NASCIMENTO

11/11/2001

DOC. ORIGEM

<< CN. 7.317 L.A09 F.12V CART.
CAMELA-PE 20.09.2002 >>

CPF

157.839.214-40

PAULO A. TENDRIS DE CARVALHO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
GERENTE DO IVD

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

419043380505002120.001275

1-05 24.509 - 4555

Scanned by CamScanner





Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

157.839.214-40

Nome

JOAO PEREIRA REIS FILHO

Nascimento

11/11/2001

Scanned by CamScanner





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, João Pereira Reis Filho,

RG nº 11.012.290, data de expedição / / ,

Órgão SDS-PE, CPF nº 157.839.214-40,

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço

em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito

seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Fz Olo D'água</u>
Número	<u>51N</u>
Apto/Complemento	<u>A</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Rio Formoso</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55570-000</u>
Tel. de contato	<u>(81) 99543-4554</u>
E-mail	<u> </u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Recife, 17/09/2019

JOÃO PEREIRA REIS FILHO

Assinatura do Declarante





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 078ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO FORMOSO - DP78ªCIRC
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **18E0168000291**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/08/2018** às **08:52**

Complementa o BO Número: **18E0168000290**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **29/7/2018** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE RIO FORMOSO, 01, LOCAL DO FATO PE-72 QUE LIGA RIO FORMOSO A TAMANDARÉ** - Bairro: **CENTRO - RIO FORMOSO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO ENGENHO AMARAGI**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
LUCIANO BARBOSA DE SOUSA (VITIMA)
JOÃO PEREIRA REIS FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **LUCIANO BARBOSA DE SOUSA**

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

LUCIANO BARBOSA DE SOUSA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JANDECI MARIA DE MELO**
Pai: **CARLOS BARBOSA DE SOUSA** Data de Nascimento: **6/4/1979** Naturalidade: **RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6114174/SDS/PE (RG), 03845342447 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 985928507**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE RIO FORMOSO, 1, RESIDE NO OLHO 1 S/N RIO FORMOSO-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RIO FORMOSO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A CASA DE MARQUINHO MACHANTE**

JOÃO PEREIRA REIS FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IVONE JOSEFA DE OLIVEIRA** Pai: **JOÃO PEREIRA REIS** Data de Nascimento: **11/11/2001** Naturalidade: **IPOJUCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **15783921440 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **ESTUDANTE**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE RIO FORMOSO, 1, RESIDE NO SÍTIO ESTADO S/N RIO FORMOSO-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RIO FORMOSO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO CAMPO DE FUTEBOL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

17/08/2018 08:51

Scanned by CamScanner



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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCIANO BARBOSA DE SOUSA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUCIANO BARBOSA DE SOUSA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCM8215** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **111709819** Chassi: **9C2KC2500HR036787**

Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA VEIO A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA INFORMAR QUE NO LOCAL JÁ CITADO, A VITIMA CONDUZIA A SUA MOTO HONDA CG160 DE PLACA PCM-8215 EM UMA CUVA NA PE-72 NO ENGENHO AMARAGI A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTO VINDO A CAIR NO ACOSTAMENTO, A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO E O JOÃO QUE ESTAVA NA GARUPA, FOI SOCORRIDO PELO O SAMU PARA O HOSPITAL LOCAL E O JOÃO FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER NO CABO. A VITIMA NO DIA DE HOJE VEIO A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA QUE A AUTORIDADE TOMEM CONHECIMENTO DO FATO. NADA MAIS DE REGISTRO

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

LUCIANO BARBOSA DE SOUSA

(VITIMA)

Luciano Barbosa de Souza

B.O. registrado por: **OTACIANO PEDRO SALUSTINO FILHO** - Matrícula: **159849-0**

Scanned by CamScanner



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 37302
Paciente : 107620
Convênio Atend : 1
Leito : 681
Dt. Início : 03/08/2018 11:20
Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Sala : 0003 SALA 03
JOAO PEREIRA REIS FILHO
SUS - INTERNACAO
407 - 01 - LT CCIRURGICA
Dt. Fim : 03/08/2018 12:01

Atendimento : 448250
Carteira :
Idade : 16 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050233

Convênio: 001
Anestesia: 89

REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA PROXIMAL DO FEMUR (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI+SEDACAO+BLOQ. PLEXO

Equipe Médica

CIRURGIAO

16548 MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

FRATURA FEMUR DISTAL ESQUERDO
CIRURGIA PROPOSTA: REDUÇÃO INCRUENTA + FIXAÇÃO COM PARAFUSOS CANULADOS 7MM.
CIRURGIAO: MARCELO MACHADO
ANESTESISTA: DRA LUCIANA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS;
4. REDUÇÃO INCRUENTA COM PINÇA;
5. PASSAGEM DE FIOS ROSQUEADOS;
6. FIXAÇÃO COM 4 PARAFUSOS CANULADOS 7MM + 2 ARRUELAS;
7. CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
8. SUTURA POR PLANOS;
9. CURATIVO;
10. RX CONTROLE.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

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



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 37247
Paciente: 107620
Convênio Atend.: 1
Leito: 618
Dt. Início: 30/07/2018 15:00
Cid Pré-Operatório:
Cid Pós-Operatório:

Sala: 0002 SALA 02
JOAO PEREIRA REIS FILHO
SUS - INTERNACAO
LEITO 17
Dt. Fim: 30/07/2018 16:09

Atendimento: 448250
Carteira:
Idade: 15 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050578
Convênio: 001
Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

RURGIAO
13526 HOMERO RODRIGUES SILVA NETO

Descrição

Descrição Cirúrgica:
DESCRIÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MID + GARROTEAMENTO E ESVAZIAMENTO DE MID
3. INCISAO EM FACE LATERAL TORNOZELO D
4. DISSECÇÃO POR PLANOS + VISUALIZAÇÃO FOCO DA FRATURA
5. LIMPEZA EXAUSTIVA COM 06L SF 0.9%
6. REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM 01 PARAFUSO DE TRAÇÃO + 01 PLACA 1/3 CANO DE 06 ORIFICIOS + 05 PARAFUSOS CORTICAIS
7. CONTROLE RADIOSCOPICO
8. SUTURA POR PLANOS
9. RETIRADA DO GARROTE E OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL
10. CURATIVO
11. RX DE CONTROLE
12. TALA BOTA DIREITA

achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A): HOMERO RODRIGUES SILVA NETO
CRM: 13526

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA





PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO FORMOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA JOSÉ MONTEIRO
RIO FORMOSO - PE

ENCAMINHAMENTO

AO
MÉDICO PLANTONISTA
DO HOSPITAL

Don Helden (Senha: 5479628)

PREZADO SENHOR,

ESTAMOS ENCAMINHANDO O(A) PACIENTE:

Paula Regina Lima

que apresenta o provável diagnóstico de:

Gravidez com risco de aborto espontâneo.

Exatidão da informação: F.G. 88 com PA 120/80. G. 32 semanas.

NECESSITANDO DE TRATAMENTO ESPECIALIZADO NA CLÍNICA:

Exatidão da informação: F.G. 88 com PA 120/80. G. 32 semanas.

NECESSITANDO DE TRATAMENTO ESPECIALIZADO NA CLÍNICA:

Exatidão da informação: F.G. 88 com PA 120/80. G. 32 semanas.

SEM MAIS PARA O MOMENTO SUBSCREVO-ME

ATENCIOSAMENTE

Renato Cesar Malheiros Cavalcanti
Médico
CRM - PE 29747

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO
CREMEPE Nº 26747

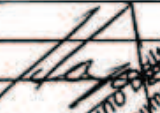
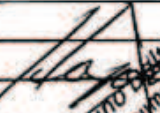
Scanned by CamScanner



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: João Pereira Reis Registro: 307620

Clínica: _____ Enfermaria: Neuro Leito: _____

Data/Hora	Descrição
30.7.18	# Serviço Social # Realizar visita ao leito para entrevista social e orientação quanto normas e rotinas, direito do usuário do SUS, redes de saúde e proteção social.  HCH-Hospital Dom Helder Câmara Larissa Maria Barros da Silva Assistente Social CRSS/PE 10412
	Atendimento Nutricional Data: <u>31.07.18</u> Hora: <u>16h</u> Nutricionista Responsável:  Aline Polesi Nutricionista LKN 67936
	Paciente avaliado e classificado em NIN Puro. Segue sob acompanhamento nutricional.
04/08/18	# Ortopedia # Paciente acompanhado com melhora de gestos.   Dr. Bruno Ortopedia/Traumatologia CRM/PE 24593





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: João Penelope Reis Filho 407.31 Registro: 107620

Clínica: _____ Enfermaria: Unidade 407 Leito: 01

Data/Hora	Enfermarias: <u>Verde 907</u> Leito: <u>02</u>
30/07/18	Serviço Social. Vinici, genitor e paciente insuficiente que não possui telefone de contato. Genitor Vinici que requereu para clarear potências e interna também. Quanto conformar a enfermagem e o traço esboço de família. RHM - Hospital Dr. Valder Câmara Tacylla Simões Xavier Assistente Social CRESA/PE 8583

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 448250
Usuário do Atendimento: JAIDETTENS

Data e Hora do Atendimento: 29/07/2018 19:20
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOAO PEREIRA REIS FILHO

Prontuário: 107620

Nome da Mãe: IVANETE PEREIRA REIS

Nome do Pai: JOAO PEREIRA REIS

Data do Nascimento: 06/11/2001

Idade: 16 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) INCOMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: ESTUDANTE

Endereço: SITIO ESTADO

CENTRO

Cidade: RIO FORMOSO

PE

CEP: 55570970

Fone: 31830000

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 17

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, 29/07/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Leito 17

Diagnóstico: Fratura de tíbia e fíbula (L) Fratura de tíbia e fíbula (D)

Procedimento: Fixação com placas e parafusos (L) Fixação com placas e parafusos (D)

Alta em: 04/08/18 Hora: 12:00

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia Traumatologia
CRM: 17726

07/08/2018

CCIH
Hospital Dom Helder Camara
07/08/18



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 29/07/2018 12:59

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente: JOAO PEREIRA REIS FILHO
Cód. Paciente: 107620
Data de Nascimento: 06/11/2001
Sexo: Masculino
Idade: 16
Senha: 0043
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 448228
SAME:



Período: 29/07/2018 19:13 - 29/07/2018 19:14

GECIANE SOARES DE ANDRADE - COREN: 367247 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACT. CHEGA AO SERVIÇO ENCAMINHADO DE RIO FORMOSO VEIO COM O SAMU, QUEDA DE MOTO, NEGA VOMITOS E DESMIAOS, HD EDEMA E DOR EM TNZ D, NEGA HAS + F.M + ALERGIA MEDICAMENTOSA, E MESMO RELATA Q ESTAVA DE CAPACETA NA GARUPA,

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Coluna + Torax + Joelho
Tornozelo + TNZ D

29-07-18

✓
OK

Acolhido(a) por: GECIANE SOARES DE ANDRADE - COREN: 367247 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/07/2018 19:14

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned by CamScanner



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, João Pereira Reis Filho
RG nº 11.012.290, data de expedição / / , Órgão SDS-PG,
CPF nº 157.839.214-40, venho perante a este instrumento
declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome,
sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Fz. Olho D'água</u>
Número	<u>5/N</u>
Apto / Complemento	<u>A</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Rio Fervedouro</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55570-000</u>
Telefone de Contato	<u>—</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 10/12/2019

Assinatura do Declarante: JOAOPEREIRAREISFILHO

Scanned by CamScanner



Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: JOAO PEREIRA REIS FILHO			
REGISTRO: 107620	IDADE: [Status]	DATA ADMISSÃO: 29/07/2018	DATA ALTA: 04/08/2018

5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA FEMUR DISTAL E + FRATURA EM MALEOLO LATERAL D

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

OSTEOSSINTESE CO PARAFUSOD CAMULADO + arruelas /placa 1/3 cano + parafusos

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBRO ELEVADO DURANTE REPOUSO
- 2) FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO JOELHO , QUADRIL E TORNOZELO
- 3) DEAMBULAR COM AUXÍLIO DE ANDADOR (CARGA ZERO SOBRE O MEMBRO OPERADO)
- 4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE
- 5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: __/__/2018
Não ()

AMBULATORIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANAS DESTA UNIDADE

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

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE 26693



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.



2 R 50



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 448228
 Data e Hora: 29/07/2018 19:03
 Senha da Classificação: 0043

Paciente: 107620 JOAO PEREIRA REIS FILHO Sexo: MASCULINO
 Data do Nascimento: 06/11/2001 Idade: 16 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
 Nome da Mãe: IVANETE PEREIRA REIS Nome do Pai: JOAO PEREIRA REIS CRM: 17726
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA
 Endereço: SITIO ESTADO Bairro: CENTRO
 Cidade/UF: RIO FORMOSO PE Usuário Atendimento: MICHELLINESM
 RG (Identidade): Data de Emissão:
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 31830000
 Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

PCT DEU ENTRADA SEM RG FAVOR CONFERIR DADOS

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal
 Paciente relata queda da coluna da parte da mão esquerda com entorpecimento e formigamentos e dores agudas.

Exame Físico
 A - Inspeção com lesões cutâneas FR: 120 bpm
 B - Músculos com atrofias bilaterais
 C - FC: 84 bpm Pulso regular
 D - Glasgow 15
 E - Reflexos patológicos com tônus de 0+ em ambas as pernas.

tese Diagnostico
 1 - Fratura de coluna lombar L5/S1
 2 - Instabilidade da coluna L5/S1
 3 - Fratura de fêmur direito

Conduta Terapeutica
 Fisioterapia

Prescrição Médica

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR
 UNIDADE: _____
 LEITO DO PACIENTE: _____

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190642905

Vítima: JOAO PEREIRA REIS FILHO

Data do Acidente: 29/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO PEREIRA REIS FILHO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOAO PEREIRA REIS FILHO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000006043-7

Conta: 0000011834-6

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



JUNTADA DE PETIÇÃO REQUERENDO INCLUSÃO CNPJ DAS DEMANDADAS (ANEXO)



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 12ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE RECIFE – PE.

PROCESSO Nº: 0085845-02.2019.8.17.2001

Seção A

JOÃO PEREIRA REIS FILHO, já devidamente qualificado nos autos da ação em epígrafe, movida contra **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, já devidamente qualificadas nos autos da ação em epígrafe, vem requerer a Vossa Excelência a retificação das partes Demandadas, para que sejam incluídos os seus CNPJ, quais sejam: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**: 09.248.608/0001-04 e **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, CNPJ 60.831.344/0001-74.

Nestes Termos,

Pede deferimento.

Recife, 11 de dezembro de 2019.

RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI

OAB-PE 31915

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 - Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com

