

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

ALCIDES GOMES PEREIRA, brasileiro, casado, portador da cédula de rg: 6.148.141 SDS/PE e inscrito no CPF de nº 039.242.494-07, residente e domiciliado na Rua da Saudade, Nº 36, Tejucupapo , Goiana-PE.

OUTORGADA:

Viviane Evangelista de Souza Alves, brasileira, divorciada, inscrita na OAB-PE sob o nº18.789, com endereço profissional a Rua do Riachuelo nº 189, Edf. Almirante Barroso, Bairro; Boa Vista, Recife-PE.

RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita regularmente na OAB/PE: 39.442, com endereço profissional a AV. Fagundes Varela, nº 365, Loja 09, Jardim Atlântico, Olinda/PE, CEP: 53.140-080.

PODERES:

Da cláusula “Ad Judicial” “Et Extra, representando a outorgante perante qualquer Juízo, Tribunal ou Órgão Administrativo, podendo ainda, apresentar queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, firmar e prestar compromisso, apresentar declarações, requerer, receber dar quitação e levantar alvarás judicial, junto a Vara e/ou Central de Conciliação Mediação e Arbitragem, como também na agência bancária do Banco do Brasil e/ou Caixa Econômica Federal, referente ao Processo de nº 0006352-78.2016.8.17.2001.

Goiana/PE, 06 de Junho de 2019.

Alcides Gomes Pereira
ALCIDES GOMES PEREIRA



DECLARAÇÃO

ALCIDES GOMES PEREIRA, brasileiro, casado, portador da cédula de rg: 6.148.141 SDS/PE e inscrito no CPF de nº 039.242.494-07, residente e domiciliado na Rua da Saudade, Nº 36, Tejucupapo , Goiana-PE. Declaro que, sob as Penas da Lei e para quaisquer fins de direito, que não requeri a tutela jurisdicional para recebimento do Seguro DPVAT ora pleiteado, em nenhum juízo no Estado de Pernambuco, bem como, em outro estado da federação.

Goiana-PE, 06 de Junho de 2019.

Alcides Gomes Pereira

ALCIDES GOMES PEREIRA



DECLARAÇÃO DE POBREZA

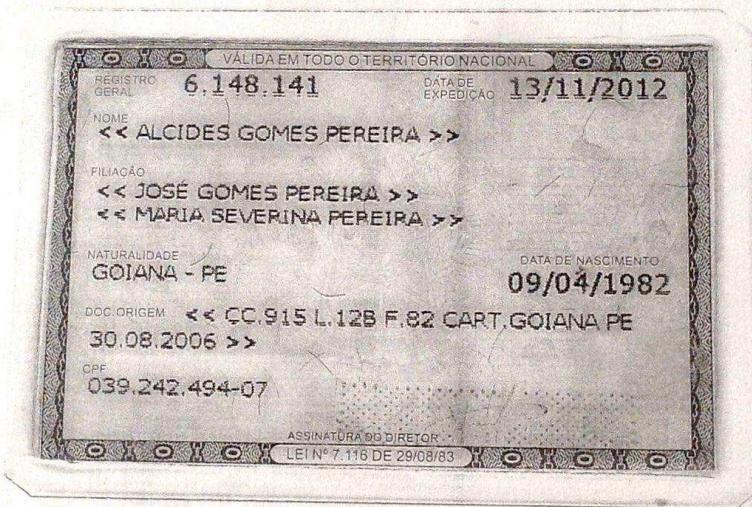
ALCIDES GOMES PEREIRA, brasileiro, casado, portador da cédula de rg: 6.148.141 SDS/PE e inscrito no CPF de nº 039.242.494-07, residente e domiciliado na Rua da Saudade, Nº 36, Tejucupapo , Goiana-PE. De acordo com as Leis n.º 1.060/50 e 7.510/86, para o fim de obter a GRATUIDADE DE JUSTIÇA que não possui condições financeiras para arcar com o ônus das custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família. Declara conhecer que está sujeito às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, em sendo comprovada a falsidade das afirmações supra.

Goiana/PE, 06 de Junho de 2019.

Alcides Gomes Pereira

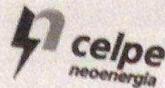
ALCIDES GOMES PEREIRA





Assinado eletronicamente por: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES - 27/01/2020 15:51:55
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715515556700000056062583>
Número do documento: 20012715515556700000056062583

Num. 56992998 - Pág. 4



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.838.832/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA SEVERINA DA CONCEICAO

CPF: 049 049 454-41

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DA SAUDADE, 36

TEJUCUPAPO/TEJUCUPAPO
GOIANA PE
55900-000

CONTA CONTRATO: 7071398703
DATA DE VENCIMENTO: 08/02/2019
MÊS ANO: 02/2019
DATA PRÓXIMA LEITURA: 15/02/2019
TOTAL A PAGAR (R\$): 12/03/2019
5973568 16,69

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo(kWh)
Multa por atraso-NF 048088257 - 10/01/19
Juros por atraso-NF 048088257 - 10/01/19

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.000000	0,54340487	16,30
		0,32
		0,07

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3141755201	CAT	10/01/2019	1.258,00	15/02/2019	1.275,00	29	1.000000		16,69

Mês/ano (kWh)

ICMS
PIS
COPINS

BASE DE CÁLCULO

%

VALOR DO IMPOSTO

16,30
16,20

0,71
3,31

0,11
0,53

0,53

Faturado pelo mesmo dia fose
- Custo de Disponibilização
- Juros 10% mjt. 10/02/070
4140010

0,52158000

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo mais curto de 10 dias úteis, contado a partir da data da leitura e a data de vencimento. Mais informações em
37º ponto da nota fiscal. O cliente é cobrado quando há variação no consumo estimado ou no nível de fornecimento de energia
www.celpe.com.br. Pode ser aplicada multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da fatura, se o cliente não pagar a fatura no prazo estabelecido, conforme Art. 9º, II, V, II, a, 2.º, do ICMS-PE. O cliente é cobrado quando não se cumprir o prazo definido para a paida da
multa de atraso.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 4140010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos ao consumidor estão disponíveis para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site
www.celpe.com.br



Assinado eletronicamente por: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES - 27/01/2020 15:51:55
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715515572700000056062587

Num. 56993002 - Pág. 1

Número do documento: 20012715515572700000056062587



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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) 1500-02212-04

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

Central de Atendimento (para consultas sobre AACD): 0800 022 12 04
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, Manoel José Ferreira Filho,
RG nº 4.743.478, data de expedição 09/05/05,
Órgão SSP - PE, portador do CPF nº 908.982.304-20,
com domicílio na cidade de Goiânia, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Povoação de São Lourenço, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Alcides Gomes Pereira, cujo o condutor era Alcides Gomes Pereira.
Veículo: motocicleta Modelo: honda cg 160 Start Ano: 2017/2018
Placa: PCW 7423 Chassi: 9C2KC2500JR000926
Data do Acidente: 07/02/19

Local e Data: Goiânia - PE

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

3

Serviço Notarial e Registral do 2º Ofício | Cartório Maria Helena
Av. Presidente Vargas, 1000 - Centro - 59000-000 - Ceará - PE - e-mail: marihelena.cart@yahoo.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de: ALCIDES GOMES PEREIRA. Dou fé. Goiana, 29/03/2019. Em test da verdade. A tabelião

End R\$ 3,51, ISNR R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40, Total: 4,79. Selos:

03201902_00879_consulte/autenticidade e
digital Joaquim Matias Barros e Neto



Serviço Notarial e Registral do 2º Ofício | Cartório Maria Helena
Rua Dr. Manoel Botta nº 155 - Fone/Fax: (18) 3869-0731 - (18) 3869-9127 - Gravatá - PE - e-mail: mariahelena@cartorios.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de: MAURICIO JOSE FERREIRA FILHO, Dou
fá, Cuiabá, 29/03/2019. Em test. *[Assinatura]* de verdade. A. M. F. F.

Emol R\$ 3,51, TSNR R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40, Total 4,79. Selos 0077628 STK03201902 00884 consulte autenticidade em www.ferc.gov

QUESTION



Assinado eletronicamente por: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES - 27/01/2020 15:51:55

Assinado eletronicamente por: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES - 27/11/2020 15:51:55
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1c/Processo/ConsultaDocumento/listView/seam2?view=seam2y=20012715515572700000056062587>

Número do documento: 20012715515572700000056062587

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS, ASSIM COMO

RE N° 014800RE2024 EN MATE DE SEGURO REVMA

DENATRAN

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS

VA	DOD HENAYAM	R.M.T.R.C.	EXERCICIO
1	1141227947	米奇樂樂樂樂樂樂樂樂	2019
NAME			

MARIO JOSÉ MERRERA ELMO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

WWW.SECURATORALIDER.COM
SAC DPPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

CPF/CNPJ _____ PLACA _____
9 02 - 904-20 PCW 7422

NAME *(last)* NO CHASSIS
S. *(first)* *(middle)* *(last)* *(last)*

PRÉMIO TARIFÁRIO

100% 0.32 54.50

SEGURADORA LÍDER - BBVA

CHI-J 09.248.608/0001-0-

GOIANA	DATA
Roberto Carlos Moreira Fontelle	18/02/11
Ministro Presidente DETRAN/PE	

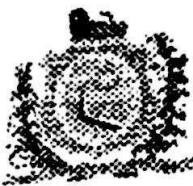
GOIANA **Roberto Díaz** DATA **18/02/11**
Roberto Carlos Moreira Fontelle
Vicepresidente DETHRAVPE

Assinado eletronicamente por: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES - 27/01/2020 15:51:55
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715515572700000056062587>
Número do documento: 20012715515572700000056062587

Núm. 56993002 - Pág. 3

17/04/2019 10:44

3 de 3



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 044º CIRCUNSCRICAO - GOIANA -
 DP44ºCIRC DINTER1/11ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0134001205

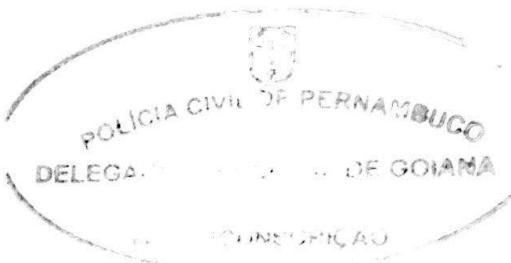
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/04/2019 às
 11:18

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
 que aconteceu no dia 8/2/2019 às 05:40

Fato ocorrido no endereço: SÍTIO GAMBÁ - GOIANA/PERNAMBUCO
 /BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE GOIANA, 1 - Bairro: CENTRO -
 GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 MAURÍCIO JOSÉ FERREIRA FILHO (OUTRO)
 ALCIDES GOMES PEREIRA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)

Sr(a): ALCIDES GOMES PEREIRA

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

ALCIDES GOMES PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino M^a: MARIA
 SEVERINA PEREIRA Pai: JOSÉ GOMES PEREIRA Data de Nascimento: 8/4/1882 Naturalidade:
 GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL
 Residencial: SÍTIO PICUTA, N° 88 - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO
 DE GOIANA, , TEJUCUPAPO - CEP: - Bairro: - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL

MAURÍCIO JOSÉ FERREIRA FILHO (não presente ao plantão) - Sexo:
 Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no
 estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): MAURÍCIO JOSÉ FERREIRA
 FILHO , que estava em posse do(a) Sr(a): ALCIDES GOMES PEREIRA
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 START Objeto apreendido: Não
 Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/.infopol/xml/BOEPrevie...

Placa: PCW7428 (PERNAMBUCO/GOIANA)
Ano Fabricação/Modelo: 2017/2018

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA RODOVIA QUE VAI PARA PONTA DE PEDRAS, GOIANA-PE, NO SITIO GAMBÁ, PRÓXIMO A IGREJA; QUE SURGIU UM GACHORRO NO MEIO DA RODOVIA E A VITIMA COLIDIU COM O MESMO; QUE NA QUEDA LESIONOU O PUNHO DIREITO; QUE FOI ATENDIDO PELA AMBULÂNCIA DO GAMBÁ E FOI LEVADO AO HOSPITAL DE TEJUGUAPÓ, GOIANA-PE; QUE DE LÁ FOI REMOVIDO PARA UPA DE CRUZ DE REBOUÇAS-PE, DEPOIS PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS, EM SEGUINSA PARA UPA DE CRUZ DE REBOUÇAS NOVAMENTE E FINALMENTE FOI LEVADO PARA O HOSPITAL SANTA CASA, NO BAIRRO DE SANTO AMARO, RECIFE-PE, ONDE FOI CIRURGIADO.

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

- *Alcides Gomes Pereira*
ALCIDES GOMES PEREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: STEFANO VILARIM DE MATTOS - Matrícula: 221037-1





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Aluizio Gomes Pereira Registro: _____
Responsável: _____ Contato: _____

Data/Hora	
08/02/19(11h)	Paciente admitido na sala am rela, com HT de fralda de MSD, com tala gerada MSD + curativo occlusivo em molar. Consciente, orientado, deambula. Nega HAS, DM e alergias. -II- Em tempo, aguarda remoção p/ HMA -II-
17:15	Transferido ao HMA em ambulância. <i>Shirley E. Freitas da Silva SIREN 1234567890123456789</i>
09/02	Jávené relata do HMA a contra referên cia por superlotação. TCR, consciente, orientado, de, eufemico, apagie. Sigue aguardando transferência.
02.15	



 PERNAMBUCO <small>ESTADO DE PERNAMBUCO</small>	UPA24h <small>UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</small> <small>IGARASSU</small> SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA	GESTÃO  IMIP
---	--	---

DATA: 08/02/19 HORA: 11:00

1. IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

Nome: Alcides Gomes Pereira Idade: 36 Nº do atendimento: _____
 Procedência: _____ Acompanhado por: _____

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Fratura de MSI

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias Quais: negra () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS () Epilepsia
 () Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Outras _____

4. ESTADO GERAL

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: () Bom Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

Normocorado () Hipocorado Acianótico () Cianótico Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
 () EDEMAS () Face () Pálpebra () MMSS () MMII () Anasarca () ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL: _____

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: Consciente Orientado () Desorientado () Inconsciente () Toporoso () Sedado PUPILAS: () Olho direito
 () Olho esquerdo () Normais () Isocôricas () Anisocôricas () Estrabismo () Midriase () Miose () Fotoreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL Cooperativo () Choroso () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITais

Afebril () Febril T. AXILAR = _____ °C FR _____ ipm Sat 02= _____ % () Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Entubado
 MURMÚRIOS VESICULARES: Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitantes FC _____ bpm
 PA _____ X _____ mmHg PULSO: () Filiforme () Cheio () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Central Jugular () Central Subclávia.
 () Periférico LOCAL: _____

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: () VIVO () Aceita bem () Parcialmente () Não aceita () SNG () SNE ABDOME: () Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Plano
 () Doloroso () Acítico () Grávidico EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Flatos () Diarréia Nº evacuações _____ Aspecto () Normal
 () Mucoso () Líquida () Melena () Odor fétido () Odor característico ÉMASE Aspecto: () Hematémase () com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: Presente Aspecto: _____ () Ausente Espontânia () SVD () SVA () Cistotomia () Irrigação () Anúria
 () Disúria () Hematuria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: Sim () Não FORÇA MOTORA: Sim () Não () PARESIA Local: _____
 () AMPUTAÇÃO Local: _____ () GESSO Local: _____ () TALA GESSADA Local: _____
 Outros: _____

12. OBSTETRÍCIA

Gesta: _____ Para: _____ Aborto DUM: _____ / _____ / _____ IG: _____ Dinâmica Uterina: _____ Perdas vaginais: _____



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 08/02/2019 08:02

Nome Paciente:	ALCIDES GOMES PEREIRA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	09/04/1982
Sexo:	Masculino
Idade:	36
Senha:	0023
Convênio:	-
Atendimento:	SAME

Período: 08/02/2019 08:16 - 08/02/2019 08:18

MARIA DA C. BATISTA DA C. DOS SANTOS - COREN: 377382 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE TRAUMA EM MAOS APOS QUEDA DE MOTO

Observação: DM-

HAS-

ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

Programa sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. DISTOLICA: 93.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG

Acolhido(a) por: MARIA DA C. BATISTA DA C. DOS SANTOS - COREN: 377382 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 08/02/2019 08:18



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 07/02/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 07/02/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Glaucio Gomes Pereira	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura radio distal dir.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Osteossintese com placa e parafusos	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)	
SEGMENTO ANATÔMICO OU ORGÃO AFETADO	
<ol style="list-style-type: none"> 1º Dor, déficit de força, atrofia muscular no antebraço dir 2º déficit de ADL no punho direito 3º com perda funcional de 50% no punho direito 4º 5º 	
AFIRMO QUE ASSISTI OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE <u>07/05/19</u> A <u>07/05/19</u> E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL Goiânia GO	DATA 07/05/19
ASSINATURA E CARIMBO	





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **ALCIDES GOMES PEREIRA**, prontuário nº **1161263**, admitido neste hospital em 10/02/2019 com diagnóstico de Fratura de Rádio distal direito, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta com melhora clínica em 13/02/2019.

Recife, 15 de Março de 2019.

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br



Assinado eletronicamente por: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES - 27/01/2020 15:51:56

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715515616400000056062592>

Número do documento: 20012715515616400000056062592

Num. 56993007 - Pág. 2

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
HSA					
Identificação do Paciente				6 - N.º DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				6 - N.º DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
10 - NOME DA MÃE				Male <input checked="" type="checkbox"/> 1	Female <input type="checkbox"/> 3
12 - NOME DO RESPONSÁVEL				12 - FONE DE CONTATO DDD 0300 11 1234567890	
15 - ENDERÉCOS (RUA, N.º BARRA)				14 - FONE DE CONTATO DDD 0300 11 1234567890	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF
				19 - CEP	
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO					
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			22 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			24 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL			26 - CID 10 PRINCIPAL	27 - CID 10 SECUNDÁRIO	28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)					
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			30 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
Trat. Cir. De Fratura de Rádio Distal Direito + Neurolise			0408020407 / 0403020077		
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			32 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			DIÁRIA DE UTI TIPO I	DIÁRIA DE UTI TIPO II	DIÁRIA DE UTI TIPO III
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
Tenotise + Tenodese			0702030996 01		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
Placa T			04		
37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			38 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
Parafusos Corticais nº 16/02 ; 18/01 ; 20/01			04		
39 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			40 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
Parafusos Esponjoso Nº 14/02			02		
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO					
<p>Paciente vítima de acidente motociclistico, resultando Fratura de Rádio Distal Direito. Evoluindo com dor e edema local.</p> <p>Necessitando de procedimento cirúrgico.</p> <p>Operado. Alta Hospitalar após melhora.</p>					
PROFISSIONAL SOLICITANTE					
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				43 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
DR. AZARIAS SALGADO				12/02/19	
44 - DOCUMENTO		45 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		46 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<input type="checkbox"/> CNS	<input checked="" type="checkbox"/> CPF	14519224420		12/02/19	
AUTORIZAÇÃO					
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				48 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
49 - DOCUMENTO		50 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
CNS		CNS		CNS	

COD: 1192





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Reg. stro:626606 Prontuário:1161263 Data de Nascimento:09/04/82 Idade:36 ANO(S)

Nome do Paciente:**ALCIDES GOMES PEREIRA** Sexo:Masculino

Nome da Mãe:MARIA SEVERINA PEREIRA

CPF: 03924249407

Data: 12/02/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife,12/02/2019-14:07

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de Rádio Distal Direito

Diagnóstico pós-operatório: Fratura de Rádio Distal Direito

Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Rádio Distal Direito + Neurólise + Tenólise + Tenodese

Cirurgião: Dr. Azarias Salgado

Anestesia: Bloqueio

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
2. Assepsia + anti-assepsia + aposição de campos estéreis;
3. Redução incruenta de fratura do rádio distal, sob controle radioscópico;
4. Incisão volar para radio distal, com divulsão por planos, proteção do nervo mediano e desinserção do pronador quadrado, tenolise dos flexores do punho;
5. Verificado variação anatômica do nervo mediano, com bifurcação pré-tunel, e ramo para polegar superficial e comprimido pelo hematoma de fratura;
6. Realizado neurólise do ramo do mediano;
7. Osteossíntese fixação da fratura com placa + parafusos;
8. Realizado tenodese;
9. Verificado boa estabilidade da osteossíntese com bom arco de movimento do antebraço e cotovelo;
10. Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia;
11. Aproximação do pronador quadrado e do subcutâneo com Vycril 3-0;
12. Sutura da pele com náilon 4-0;
13. Curativo;

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM:6218

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 14/02/2019 09:41:07.



Assinado eletronicamente por: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES - 27/01/2020 15:51:56
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715515616400000056062592>
Número do documento: 20012715515616400000056062592

Num. 56993007 - Pág. 4

