

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 bancaria 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.

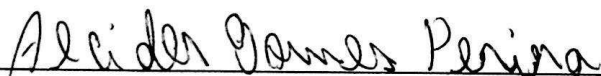

ALCIDES GOMES PEREIRA



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



DECLARAÇÃO DE POBREZA

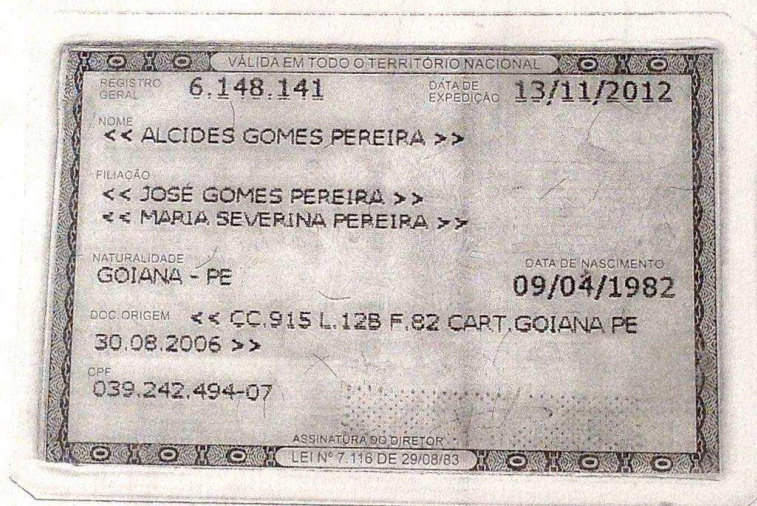
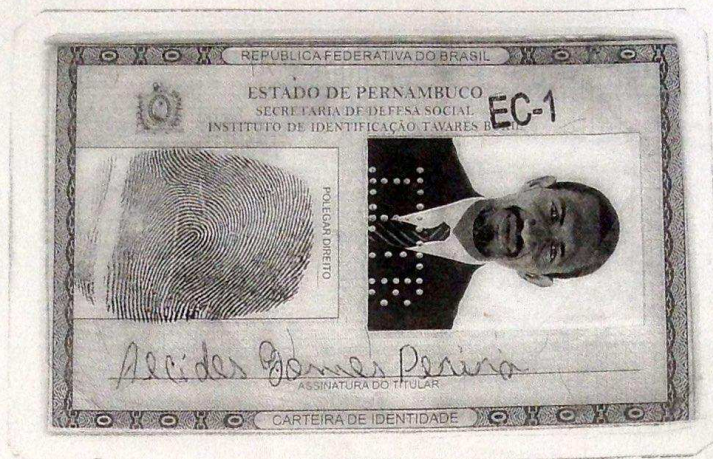
ALCIDES GOMES PEREIRA, brasileiro, casado, portador da cédula de rg: 6.148.141 SDS/PE e inscrito no CPF de nº 039.242.494-07, residente e domiciliado na Rua da Saudade, Nº 36, Tejucupapo, Goiana-PE. De acordo com as Leis n.º 1.060/50 e 7.510/86, para o fim de obter a GRATUIDADE DE JUSTIÇA que não possui 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.

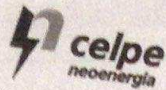
Goiana/PE, 06 de Junho de 2019.



ALCIDES GOMES PEREIRA







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 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA SEVERINA DA CONCEICAO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DA SAUDE 36

CPF: 049 049 454-41

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

TEJUCUPAPO/TEJUCUPAPO
GOIANA PE
55900-000

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
049057453	UNICA	08/02/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
08/02/2019	2013560908	5973568

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7017398703	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA PRECISA LECTURA
15/02/2019	12/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

16,69

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

QUANTIDADE

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

30.0000000

0,54340487

16,30

0,32

0,07

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3141752307	CAT	10/01/2019	1.258,00	18/02/2019	1.275,00	29	1,00000		19,00

REPOSIÇÃO DE CONSUMO

Mês/Ano (kWh)
FEV 19 30
JAN 19 30
DEZ 18 30
NOV 18 30
OUT 18 30
SET 18 30
AGO 18 30
JUL 18 30
JUN 18 30
MAI 18 30
ABR 18 30
MAR 18 30
FEV 18 30

SUPRIMENTAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS		
PIS	0,71	0,11
COFINS	3,31	0,53

Faturado pelo método da fase
- Custo de Disponibilidade,
- Artigo 10, Resolução ANEEL
414/2010.

Consumo Ativo (kWh)

TARIFAS APLICADAS

0,52158000

FF5F-B27C-3618-ADD0-1AD1-74DC-2679-4473

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ag correio eletrônico, praça ou que de... contra o pagamento junto com o ponto de venda...
371 ponto de venda...
www.aneel.gov.br - O cliente é responsável quando não pagar a conta de energia em tempo hábil...
Pagos em atraso...
conforme Art. 9, Lei nº 21, de 1965 - O cliente é responsável quando não pagar a conta de energia em tempo hábil...
atendimento comercial.

As condições gerais de...
fornece...
414/2010...
encurtar...
consulta...
www.celpe.com.br





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)
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, Maurício Jose 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 Goiana, 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: 9C2 KC 2500 JR 000926
Data do Acidente: 07/02/19

Local e Data: Goiana - PE

Maurício Jose Ferreira Filho
Assinatura do Declarante

Alcides Gomes Pereira
Assinatura do Condutor

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

SNT Serviço Notarial e Registral do 2º Ofício | Cartório Maria Helena
Rua Dr. Manoel Bortolotto nº 155 Fone/Fax: (81) 3625 0751 - (81) 3625 2157 Goiana - PE - e-mail: mariabelenacart@ yahoo.com.br

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

Joaquim Matos Barbosa Neto
Emp. R\$ 3,51, TSNR R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40, Total: 4,79. Selo:
007628 STK03201902 00884 consulte autenticidade em www.tipejus.br/selodigital

digital Joaquim Matos Barbosa Neto
Escrevente



SNT Serviço Notarial e Registral do 2º Ofício | Cartório Maria Helena
Rua Dr. Manoel Bortolotto nº 155 Fone/Fax: (81) 3625 0751 - (81) 3625 2157 Goiana - PE - e-mail: mariabelenacart@ yahoo.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de: MAURICIO JOSE FERREIRA FILHO. Dou fé.
Goiana, 29/03/2019. Em test. _____ da verdade. A tabeliã

Joaquim Matos Barbosa Neto
Emp. R\$ 3,51, TSNR R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40, Total: 4,79. Selo:
007628 STK03201902 00884 consulte autenticidade em www.tipejus.br/selodigital

Escrevente



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014800852524

VIA 1 COD. RENAVAM 1191237447 AN.TRC. 2019 EXERCÍCIO 2019

MAURICIO JOSE FERREIRA FILHO

GOIANA-PE

CH / CNPJ 508.982.304-20 PLACA PCW7422

PLACA ANT / UF 9C2KCE500JRO00925

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 160 START

CAP / POT / CIL 2E / 15ECL CATEGORIA PARTICIP CON PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 1E VENC. COTA ÚNICA 1E

IBVA 2019 QUITADO 2E VENC. COTAS 2E

FAVA / PVA 1E PARCELAMENTO / COTAS 3E

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.115,00 IOF (R\$) 0.3284,58 DATA DE PAGAMENTO 11/02/19

AL DE LDBE SV FINANCEIRA SA OFNOE / 1

GOIANA-PE 18/02/19

ROBERTO CARLOS MORAES FORTALLI

Secretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014800852524 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MAURICIO JOSE FERREIRA FILHO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

GOIANA-PE

CH / CNPJ 508.982.304-20 EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 18/02/19

RENAVAM 1191237447 PLACA PCW7422

MARCA / MODELO HONDA / CG 160 START

ANO FAB. 2017

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) 86.105

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-04

SET 2019

SECRETARIO DE GUARDA O BILHETE DPVAT

SECRETARIO DE PORTA OBRIGATORIO



17/04/2019 10:44

2 de 2



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA -
DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 19E0134001205

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 8/2/2019 às 06:40

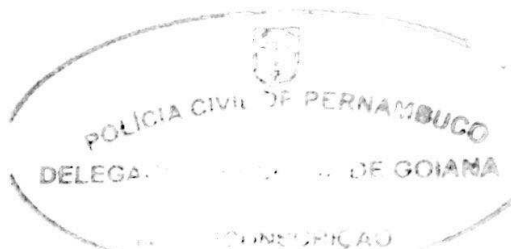
Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO GAMBÁ - GOIANA/PERNAMBUCO**
/BRASIL Próximo a: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 1 - Bairro: CENTRO -**
GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (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 Mãe: MARIA SEVERINA PEREIRA Pai: JOSÉ GOMES PEREIRA Data de Nascimento: 04/1982 Naturalidade: GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: **SÍTIO FIGUTA, 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 (VEÍCULO) 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 160 START** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Boletim de Ocorrência

File:///C:/Users/Polícia Civil/infopo/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 SÍTIO GAMBÁ, PRÓXIMO À IGREJA; QUE SURTIU UM CACHORRO 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 TEJUGUAPAO, GOIANA-PE; QUE DE LÁ FOI REMOVIDO PARA UPA DE CRUZ DE REBOUÇAS-PE, DEPOIS PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, EM SEGUIDA 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 VILASIN DE MATTOS** - Matrícula: **221837-1**



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Aludes Gomes Pereira Registro: _____

Responsável: _____ Contato: _____

Responsável:	
Data/Hora	
08/02	19 (11h) Paciente admitido na Sala Amarela, com HT de fratura de MSD, com tala gessada MSD + curativos oclusivos em mãos E. Consciente, orientado, deambula. Nega HAS, DM e alergias. - II. Em tempo, aguarda remoção pl HMA - II
17:15	Transferido ao HMA em ambulância
09/02	Paciente retorna do HMA e contra referências por superlotação. TOR, consciente, bem-estar, eufórico, apático. Segue aguardando transferência.



**UPA24h**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
IGARASSUSISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA

GESTÃO



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 M51

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias Quais: neg () 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 () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

TADO EMOCIONAL ☒ Cooperativo () Choro () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

☒ Afebril () Febril T. AXILAR = _____ °C FR _____ ipm Sat O2= _____ % () Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Entubado
MURMÚRIOS VESICULARES: ☒ Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitações FC _____ bpm
PA: _____ X _____ mmHg PULSO: () Filiforme () Cheio () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Central Jugular () Central Subclávia
() Periférico LOCAL: _____

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: ☒ DVO () Aceita bem () Parcialmente () Não aceita () SNG () SNE ABDOME: () Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Plano
() Doloroso () Acítico () Gravidico EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Flatos () Diarréia Nº evacuações _____ Aspecto: () Normal
() Mucoso () Líquida () Melena () Odor fético () Odor característico EMASE Aspecto: () Hematêmase () com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: ☒ Presente Aspecto: _____ () Ausente ☒ Espontânea () SVD () SVA () Cistotomia () Irrigação () Anúria
() Disúria () Hematúria () 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: <u>07/02/19</u>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: <u>07/02/19</u>
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: <u>Alcides Gomes Pereira</u>	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: <u>Fratura radio distal Dir.</u>	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): <u>osteossintese com placa e parafusos</u>	
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 ÓRGÃO AFETADO
1º	<u>Def. definitivo da força, atrofia</u>
2º	<u>muscular no antebraço Dir.</u>
3º	<u>deficit de ADM no punho Direito</u>
4º	<u>com perda funcional de 50%</u>
5º	<u>no punho Direito</u>

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 07/05/19 A 07/05/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Goiano DE 07/05/19 ASSINATURA E CARIMBO
LOCAL DATA





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.

Dr^a 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



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 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE			7 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CONS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO			10 - Nº DO PRONTUÁRIO	
11 - NOME DA MÃE			12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL			14 - TELEFONE DE CONTATO	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			16 - CID - IBSGE MUNICIPAL	
17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			18 - UF	
19 - CEP				
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			22 - CID DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			24 - CID 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 - CID DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
Trat. Cir. De Fratura de Rádio Distal Direito + Neurolise			0408020407 / 0403020077	
Tenólise + Tenodese			0408060433 / 0408060441	
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			32 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			DIÁRIA DE UTI TIPO I	
			DIÁRIA DE UTI TIPO II	
			DIÁRIA DE UTI TIPO III	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			34 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
Placa T			0702030996 01	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
Parafusos Corticais nº 16/02 ; 18/01 ; 20/01			04	
37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			38 - CID 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. 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 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
() CNS (X) CPF			14519224420	
46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				
AUTORIZAÇÃO				
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
50 - DOCUMENTO			51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
() CNS () CPF			52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

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

DESCRIÇÃO 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 rádio distal, com divulsão por planos, proteção do nervo mediano e desinserção do pronador quadrado, tenólise dos flexores do punho;
5. Verificado variação anatômica do nervo mediano, com bifurcação pré-túnel, 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.

Dr. Azarias Salgado
Assinado digitalmente
14/02/2019



