



**EUDES BRITO**  
ADVOGACIA E ASSESSORIA JURIDICA

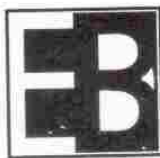
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Por este instrumento particular **BRENO BARBOSA DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, capaz, nascido em 15/12/1995, natural de Orobó/PE, filho de Vanusa Gomes Barbosa da Silva e Inácio João de Castro, residente e domiciliado no Sítio Feijão, Zona Rural, Bom Jardim/PE, CEP- 55730-000, portador do RG nº 10.058.754- SDS/PE data de expedição 22/10/2014 e CPF 122.115.314-58; nomeia e constitui seu bastante procurador o Bel. **EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB sob nº 15.907, com escritório profissional na Rua Rafael Virgulino de Aguiar, nº 07, 1º andar, Centro, Orobó/PE, portador do RG 3.624.307-SSP/PE e CPF/RF nº 687.511.924-20, para o fim de representá-los em juízo, em qualquer instância ou tribunal em que forem autores, réus, ou assistentes, podendo interpor recursos, contestar, representar em audiência como preposto, requerer todas as medidas que forem necessárias, preparatórias, preventivas ou incidentes, variar de ações e intentar outras de novo, usando dos poderes conferidos pela cláusula "ad judicium" e "et extra", mais os de desistir, transigir, contestar, agravar, apelar, impugnar, protestar e levantar protestos, firmar compromissos, inclusive o de inventariante, assinar plano de partilha, requerer pagamento de quinhão hereditário, optar, em procedimentos de inventário pelo rito do arrolamento, acompanhando o feito em todas as suas fases processuais; fazer composições e requerer perante entidades públicas, particulares ou associativas o que for preciso para o fiel desempenho das obrigações decorrentes deste mandato, podendo substabelecê-los, com ou sem reserva de poderes. Orobó/PE, 10 de maio de 2019

**AUTORIZAÇÃO:** O outorgante, por motivo deste instrumento, AUTORIZA em favor dos outorgados, a retenção de 20% (vinte por cento) do pagamento relativo ao valor total da condenação ou do acordo a que fizer jus, a título de pagamento dos honorários advocatícios, na ação que moverá contra a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT. Orobó/PE, 10 de maio de 2019.

Outorgante - Breno Barbosa de Castro  
**BRENO BARBOSA DE CASTRO**





**EUDES BRITO**  
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

### DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu **BRENO BARBOSA DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, capaz, nascido em 15/12/1995, natural de Orobó/PE, filho de Vanusa Gomes Barbosa da Silva e Inácio João de Castro, residente e domiciliado no Sítio Feijão, Zona Rural, Bom Jardim/PE, CEP- 55730-000, portador do RG nº 10.058.754- SDS/PE data de expedição 22/10/2014 e CPF 122.115.314-58; declaro para os devidos fins de direito e na melhor forma da lei que sou POBRE não dispondo de condições financeiras para arcar com as despesas do processo em defesa de nossos direitos sem que para tanto, não haja sérios prejuízos para nossa própria sobrevivência na forma da lei graciosa 1060/50 e de consonância com os princípios constitucionais esculpidos na Carta Magna de 1988. Declaração esta que presto a bem da verdade e de próprio punho. Orobó/PE, 10 de maio de 2019.

*Breno Barbosa de Castro*







08/05/2019

.:Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº **1387875909**

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

## COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-  
Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-  
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada  
na origem para telefones celulares

<b>DADOS DO CLIENTE!</b> <b>VANUSA GOMES BARBOSA DA SILVA</b>	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>25/04/2019</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 17/04/2019 <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 17/04/2019 <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 058720451	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>4000865376</b> <b>CLASSIFICAÇÃO</b> RESIDENCIAL Monofásico B1
<b>ENDEREÇO</b> SI FEIJAO 9 A -BOM JARDIM/PARIJOS -55730-000 BOM JARDIM PE -	<b>TOTAL A PAGAR</b> <b>R\$ 27,92</b>		

<b>PERÍODO CONSUMO</b> 20/03/2019 a 17/04/2019	<b>CONSUMO</b> 60
---	----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

<b>CONTA CONTRATO</b> 4000865376	<b>MÊS/ANO</b> 04/2019	<b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 27,92	<b>VENCIMENTO</b> 25/04/2019	<b>TALÃO DE PAGAMENTO</b> <b>Evite dobrar e perfurar ou rasurar.</b> <b>Este canhoto será usado em leitora ótica.</b>
838500000008 279200110044 000865376107 138858694135				<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>


[fimento.celpe.com.br/NDP\\_DCSRUCES\\_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?dest=1&cddi...](http://fimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?dest=1&cddi...) 1/1


Assinado eletronicamente por: EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO - 02/07/2019 08:42:07  
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070208420700100000046343854>  
 Número do documento: 19070208420700100000046343854

Num. 47062168 - Pág. 1



of 2



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DINTER1 - 16ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - LIMOEIRO



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0047002482  
DE FLAGRANTE DELITO**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/10/2018**  
**05:39**

Número do Aviso de Atendimento: **M10048354**

**EMBRIAGUEZ - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **7/10/2018** no  
período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE OROBO, 1, RUA MANOEL DE  
APRÍGIO** - Bairro: **CENTRO - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA** (AUTOR / AGENTE - Flagrante de Delito )  
**A SOCIEDADE** (VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
**Sr(a): YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA**

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

**YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe:  
**NOEMIA MARIA DA SILVA** Pai: **MANOEL FABRÍCIO DA SILVA** Data de Nascimento: **1/2**  
Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **93418027418 (CPF)** Estado  
Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **SERVENTE** Telefones  
Celulares:  
**- 995828888**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BOM JARDIM, 1, SÍTIO FEIJÃO - CEP: 9 - Bairro:**  
**ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**A SOCIEDADE** - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

**UMA MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS, COR PRETA, ANO 2018 (VEICULO)**  
de propriedade do(a) Sr(a): **YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA**, que estava em posse do(a)  
**Sr(a): YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido:

*Carla Sérgio Vasconcelos*  
Sargento Ricardo Vasconcelos - TABELÃO  
Rua Ovidio Lima, 13 - Centro  
Bom Jardim/PE - Cep: 55730-000  
Tel: (81) 36596110  
Autêntico: a presente cópia fotostática que é a reprodução  
fiel da original que me foi apresentado. Dou, fé, em Jardim,  
de  
29 de outubro de 2018. Em testemunho  
Verdade JOSÉ CARLOS DA SILVA NETER, ESCRIVENTE  
AUTORIZADO Emol: R\$ 2,90 - FERC: R\$ 0,34 - TSN: R\$ 0,68 -  
Total: R\$ 4,09 Selo: 0077586.FMH10201801.00876 Consulte



Nº:

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **KHA7B99** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **2271B741B** Chassi: **9C2KDO820AR66E232**Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**Descrição: **MILHARES DE SANTINHOS COM OS NOMES DOS CANDIDATOS SEBASTIÃO OLIVEIRA, CLODOALDO MAGALHÃES, PAULO, HUMBERTO, JARBAS E HADDAD**

Complemento / Observação

POLICIAIS MILITARES AO REALIZAREM RONDAS NA CIDADE DE OROBÓ/PE FORAM SURPREENDIDOS COM O SAMU FAZENDO UM ATENDIMENTO A UMA VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, ONDE VERIFICARAM QUE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA A ESTAVA PILOTANDO QUANDO O PASSAGEIRO CAIU SEM QUE ELE PERCEBESSE; QUE, QUANDO O CONDUTOR PERCEBEU QUE O PASSAGEIRO HAVIA CAÍDO RETORNOU E PERCEBEU QUE ESTE ESTAVA COM ESTADO DE SAÚDE BASTANTE GRAVE, MOTIVO PELO QUAL ACIONOU O SAMU. O CONDUZIDO AFIRMOU QUE HAVIA INGERIDO BEBIDA ALCOÓLICA E QUE O PASSAGEIRO ESTAVA SEM CAPACETE; QUE, O PASSAGEIRO BRENO FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL DE OROBÓ A FIM DE QUE FOSSE SOCORRIDO E O AUTUADO FOI CONDUZIDO ATÉ ESTA DEPLAN PARA QUE FOSSEM TOMADAS AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS; QUE, O AUTUADO APRESENTAVA SINAIS DE EMBRIAGUEZ, TAIS COMO: QDOR ETÍLICO E OLHOS AVERMELHADOS.

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

**YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA**  
(AUTOR \ AGENTE)

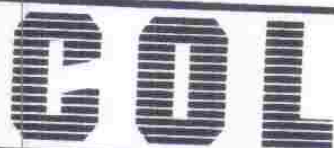
Condutor da ocorrência:

Nome: **GILMAR DE MORAIS CARDOSO**Cargo: **SOLDADO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **1204482** - Prefixo da viatura: **22331** - Unidade Operacional: **22º BPM - 22º BATALHÃO DE POLÍCIA MILITAR**B.O. registrado por: **FLAVIANE SOUZA DE FRANÇA** - Matrícula: **273776**

**Carlório Sérgio Vasconcelos**  
Sérgio Ricardo Vasconcelos - TABELIÃO

Rua Osvaldo Lima, 12 - Centro  
Bom Jardim/PE - Cep 55735-000  
Tel (81) 3638-1890

Autêntico a presente cópia fotostática que é a reprodução fiel da original que me foi apresentada. Dou, fe. Bom Jardim, 29 de outubro de 2018. Em teste de  
Verdade JOSÉ CARLOS DA SILVA GETERRA, ESCRIVENTE  
AUTORIZADO Emol: R\$ 2,90 - FERC: R\$ 0,34 - TSNR: R\$ 0,68 -  
Total: R\$ 4,09 Selo: 0077366.HAC10201801.00875 Consulte



## CENTRO DE DIAGNÓSTICO

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX

- MAMOGRAFIA DIGITAL

- DENSITOMETRIA ÓSSEA

- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA

- ESPECIALIDADES MÉDICAS

- FISIOTERAPIA

- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

### LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. BRENO BARSOSA DE CASTRO, foi vítima de acidente de trânsito no dia 07/10/2018, sofrendo FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO, submetido a tratamento cirúrgico ( redução cirúrgica e fixação com placa e parafusos) .Atualmente apresenta ao exame físico atrofia muscular do MSE em grau acentuado com déficit de força muscular, limitação da extensão do cotovelo esquerdo (-30 graus), limitação da pronossupinação do antebraço esquerdo, e da flexo-extensão do punho esquerdo. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 20/03/2019

Dr. Roberto de Castro Costa  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 11.730 - TEOT: 7334

**ROBERTO DE CASTRO COSTA**  
CRM: 11.730







PREFEITURA MUNICIPAL DE OROBÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



192

MÉDICO REGULADOR <i>Dr. Milton</i>			TARM —		OPERADOR DE FROTA <i>Lucas</i>		
DATA <i>07/10/18</i>	HORA <i>00:40</i>	ID —	Nº OCORRÊNCIA <i>5536210</i>	UNIDADE MÓVEL <i>USB</i>	BASE DA UNIDADE <i>Orabó</i>		
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA <i>Avenida Agamenor Magalhães</i>					Nº <i>512</i>		
BAIRRO <i>Centro</i>			MUNICÍPIO <i>Orabó</i>				
PONTO DE REFERÊNCIA <i>Rua da Escola Chapuinha Vasconcelos</i>							
NOME DA VÍTIMA <i>Bruno Bonifácio de Castro</i>					IDADE <i>22</i>	SEXO <i>M</i>	
SOLICITANTE/FONE <i>Kemir</i>			CARTÃO DE SAÚDE - SUS				
QUEIXA <i>Acidente com a vítima, reportou fratura com membros superiores esquerda</i>							
Comunicação	Saida da base <i>00:45</i>	Chegada no local <i>00:50</i>	Saida do local <i>01:20</i>	Chegada no destino <i>01:25</i>	Saida no destino <i>03:40</i>	Chegada na base <i>03:50</i>	
<input type="checkbox"/> Orientação	<input checked="" type="checkbox"/> Transporte	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Cancelada antes da regulação	<input type="checkbox"/> Local não encontrado	<input type="checkbox"/> Cancelada		
<input type="checkbox"/> Transferência (sema)							
Tipo de lesão:			<input type="checkbox"/> Eletrocussão <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Gineco-obstétrico <input type="checkbox"/> Lesões térmicas <input type="checkbox"/> Pediátrico <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Quase Afogamento		<input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Térmica <input type="checkbox"/> Química <input type="checkbox"/> Elétrica <input type="checkbox"/> Outros:		
<input type="checkbox"/> Acidente Trânsito: <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Condutor do veículo <input checked="" type="checkbox"/> Passageiro do veículo <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Desabamento/Soterramento			<input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal		<input type="checkbox"/> Drogadição <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos anteriores <input type="checkbox"/> Medicamento: <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input checked="" type="checkbox"/> Outros:		
Antecedentes:			<input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Dificuldade Respiratória <input checked="" type="checkbox"/> Dor Local <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Inconsciente/Desmaio		<input type="checkbox"/> Pálidez <input checked="" type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Outros:		
Exame Clínico:							
Principais sintomas / Queixas							
<input type="checkbox"/> Agitação/agressividade <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Ausência de pulso <input type="checkbox"/> Cianose							
Início dos Sintomas: <input checked="" type="checkbox"/> Menos de 1 hora <input type="checkbox"/> 1 a 3 horas <input type="checkbox"/> Mais de 4 horas <input type="checkbox"/> Mais de 24 horas <input type="checkbox"/> Não sabe							
Dados Vitais:							
Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O <sub>2</sub> %	
Início	<i>110x80</i>	<i>88</i>	<i>20</i>	<i>36°C</i>	<i>98</i>	<i>98</i>	
Fim	—	—	—	—	—	—	
RESPIRAÇÃO:							
Via Aérea:		Respiração/Ventilação:		Ausculta:		Expansibilidade:	
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Corpo Estranho <input type="checkbox"/> Bronco Aspiração <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> OBS		<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Parada Respiratória <input type="checkbox"/> Assistida <input type="checkbox"/> Ritmo Irregular		<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Roncos/sibilos <input type="checkbox"/> Estertores <input type="checkbox"/> Diminuição MV <input type="checkbox"/> Ausência MV		<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	
Achados: <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Enfisema Subcutâneo <input type="checkbox"/> Expectoração mucosa/purulenta <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Hálito Fétido <input type="checkbox"/> Outros							
CIRCULAÇÃO:							
<input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pálidez <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Outros:							
<input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Palpebral <input type="checkbox"/> M Inferiores <input type="checkbox"/> Anasarca							
<input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Retardada <input type="checkbox"/> Ausente							
<input type="checkbox"/> Pulso <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Chale <input type="checkbox"/> Ausente							
<input type="checkbox"/> Ausculta <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipofonose <input type="checkbox"/> Atrito pericárdio <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Sopros							
<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Não realizado							

Principais lesões	Crânio	Faca	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS		MI	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoriação											
Esmagamento											
Perforante											
Contuso											
Frat. Fechada											
Frat. Aberta											
Acidificação											
Luxação											
Queimadura											

#### OBSERVAÇÕES

Fratura evidente em osso da perna esquerda. Corte profundo em face.

#### EXAME NEUROLÓGICO:

- ☐ Agitação
- ☐ Sonolência
- ☐ Coma
- ☐ Contusão
- ☐ Convulsão
- ☐ Otorrágia Direita

- ☐ Otorrágia Esquerda
- ☐ Sinal Battle Direito
- ☐ Sinal Battle Esquerdo
- ☐ Sinal de Guadalin direito
- ☐ Sinal de Guadalin esquerdo
- ☐ Rigidez de nuca
- ☐ Afasia

- ☐ Miose Direita
- ☐ Miose Esquerda
- ☐ Midríase Direita
- ☐ Midríase Esquerda
- ☐ Paralisia
- ☐ Paresia
- ☐ Anestesia

- ☐ Parestesia
- ☐ Arreflexia
- ☐ Pupila reagente
- ☐ Pupila não reagente
- ☐ Outros:

#### SEGMENTO:

Pescoço:

- ☐ Turgência jugular
- ☐ Enfimema subcutâneo
- ☐ Outros:

#### Abdômen:

- ☐ Distensão
- ☐ Ascite
- ☐ Doroso/Defesa
- ☐ Esplenomegalia
- ☐ Hepatomegalia
- ☐ Irritação peritoneal
- ☐ Normal
- ☐ Outros:

#### Urogenital:

- ☐ Anúria
- ☐ Glóbulos Direito
- ☐ Glóbulos Esquerdo
- ☐ Hematúria
- ☐ Outros:

#### GINECO-OBSTÉTRICO:

- ☐ Abortamento
- ☐ Hemorragia vaginal
- ☐ Normal
- ☐ Trabalho de parto: 01 cont./10m
- ☐ 1-3 cont./10m
- ☐ 3-5 cont./10m
- ☐ Outros:
- ☐ Parto único
- ☐ Gemelar
- ☐ Líquido Meconial
- ☐ APGAR:
- ☐ Toracocentese c/agulha esquerda
- ☐ Drenagem Torácica Direita
- ☐ Drenagem Torácica Esquerda
- ☐ Massagem Cardíaca Externa
- ☐ Desfibrilação/Cardioversão
- ☐ Controle Hemorragia
- ☐ Curativo
- ☐ Punção Venosa Periférica
- ☐ Punção Venosa Central
- ☐ Sonda Gástrica
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Sedação
- ☐ Imobilização Membros
- ☐ Colar Cervical
- ☐ Talas/Tração
- ☐ Entubação Orotraqueal
- ☐ Traqueostomia
- ☐ Monitoração cardíaca / Oximetria
- ☐ Outros

#### Diagnósticos:

#### TERAPÊUTICA:

Reposição Volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Ringer lactado	500 ml		80 gts	EV	
Sol. fisiológico 0,9%					
Sol. Glicosado 0,5%					
Outros					

#### DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: Hospital Severina Tavares

MUNICÍPIO: Orobó

Dr. ISSACAR DAVILHA  
Médico  
1445PB/19872PE

Assinatura e carimbo do médico  
(Unidade de destino)

HORA:

#### INTERCUIRÊNCIA:

#### PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

#### EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeira / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor

#### TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU 1º MACRO REGIÃO METROPOLITANA, nesta oportunidade.





## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **BRENO BARBOSA DE CASTRO**, prontuário nº **1148954**, admitido neste hospital em 08/10/2018 com diagnóstico de Fratura de rádio distal esquerdo, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 10/10/2018.

Recife, 20 de Fevereiro de 2019.

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

**Drª Roberta Cavalcanti de Almeida**  
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

**Santa Casa de Misericórdia do Recife**





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](http://www.santacasarecife.org.br)

Registro: 607356. Prontuário: 1148954. Data de Nascimento: 15/12/95. Idade: 22 ANO(S)  
Nome do Paciente: **BRENO BARBOSA DE CASTRO** Sexo: Masculino  
Nome da Mãe: VANUSA GOMES BARBOSA DA SILVA  
CPF: 12211531458

Data: 09/10/2018

## BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 09/10/2018-08:19

Diagnóstico pré-operatório: Fratura do Rádio Distal Esquerdo

Diagnóstico pós-operatório: Fratura Única do Rádio Esquerdo

Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura Única do Rádio Esquerdo + Retirada de Placa e Parafusos + Osteotomia

Cirurgião: Dr. Azarias Salgado

Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antissepsia c/ PV PI;
2. Aposição de campos cirúrgicos;
3. Realizado incisão;
4. Visualizado e identificado Placa e Parafusos, retirada de fibrose entre fragmentos;
5. Retirada de Placa e Parafusos;
6. Realizado osteotomia + remoção de espícula óssea;
7. Realizado manipulação articular para liberação de aderências;
8. Realizado irrigação copiosa com SF 0,9%;

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antissepsia c/ PV PI;
2. Aposição de campos cirúrgicos;
3. Realizado incisão em face volar do antebraço. Dissecção por planos e hemostasia. Identificado o foco de fratura única do rádio, realizado osteotomia + redução da fratura. Realizado a osteossíntese do rádio com 01 placa em DCP, sendo fixada com parafusos corticais. Verificado boa posição dos implantes e boa redução da fratura através de scopia;
4. Limpeza com SF 0,9%;
5. Sutura;
6. Curativo;
7. Tala gessada;
8. RX de controle.

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: 16/10/2018-08:19:23









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

## ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

**BRENO BARBOSA DE CASTRO**

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: S525

Recife, 10/10/2018

**Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA**  
**CRM: 10531**

Dr. Henrique Costa Barbosa  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 10531



## Santa Casa de Recife

### Solicitação de Exames

Paciente: BRENO BARBOSA DE CASTRO

Reg.: 607356

Pront.: 1148954

Telefone: 81995717548

Dt. Nasc.: 15/12/1995

RG: 10058754

Titular: BRENO BARBOSA DE CASTRO

Matric:

Unidade: ENFERMARIA SÃO LUIZ

Leitos: LEITO C3

IH No.: 1 Admissão: 08/10/2018 17:40

Convênio: RETAGUARDA GETULIO

CID: S525

OS:

Data/Hora: 09/10/2018 10:03

#### Exames Solicitados:

- 1) RX PUNHO ESQ - AP/LAT/OBLIQUAS

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO

CRM: 6218

Dr. Alexandre Costa Barbosa  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 10531





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](http://www.santacasarecife.org.br)

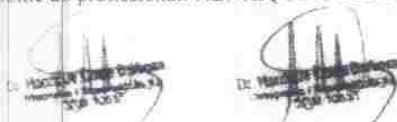
Registro: 607356 Prontuário: 1148954 Data de Nascimento: 15/12/95 Idade: 22 ANO(S)  
Nome do Paciente: **BRENO BARBOSA DE CASTRO** Sexo: Masculino  
Nome da Mãe: VANUSA GOMES BARBOSA DA SILVA  
CPF: 12211531458

Data: 09/10/2018

MOTIVO DA ALTA  
MELHORADO

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA  
CRM: 10531

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 15/10/2018 11:57:15.









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

Registro: 607356. Prontuário: 1148954. Data de Nascimento: 15/12/95. Idade: 22 ANO(S)  
Nome do Paciente: **BRENO BARBOSA DE CASTRO** Sexo: Masculino  
Nome da Mãe: VANUSA GOMES BARBOSA DA SILVA  
CPF: 12211531458

Data: 09/10/2018

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: 16/10/2018 08:19:23.

*Azarias Salgado de Vasconcelos Neto*  
*[Assinatura]*





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

Registro: 607356 Prontuário: 1148954 Data de Nascimento: 15/12/95 Idade: 22 ANO(S)  
Nome do Paciente: **BRENO BARBOSA DE CASTRO** Sexo: Masculino  
Nome da Mãe: VANUSA GOMES BARBOSA DA SILVA  
CPF: 12211531458

Data: 09/10/2018

## SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):  
S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Rádio Distal Esquerdo CÓDIGO:  
0408020407

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura Única do Rádio Esquerdo + Retirada de Placa e  
Parafusos + Osteotomia CÓDIGO: 0408020431 / 0408060379 / 0408060174

COD	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	Dr. Azarias Salgado	6218
2	1 AUX CIRURGICO		
3	2 AUX CIRURGICO		
4	ANESTESIA		
5	ANESTESISTA	Dr. Leonardo Guerra	21806
6	CLÍNICA MÉDICA		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclistico, resultando Fratura de Rádio Distal Esquerdo.  
Evoluiu com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.  
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 15/10/2018 11:57:15.





Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife

HOSPITAL SANTO AMARO

Convênio SUS



PRESCRIÇÃO MÉDICA

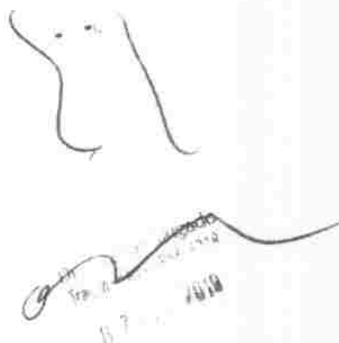
Paciente:

Bruno Barbosa de

Castro.

Diagn: FRATURA  
CONSOLIDADA DO  
MÃO ESQUERDO.

Alto retorno  
dias



Cód.:1226





## Relatório Médico de Alta

Nome: BRENO BARBOSA DE CASTRO

Reg.: 607356

Pront.: 1148954

Sexo: Masculino

Dt. Nasc.: 15/12/1995

Idade: 22

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Admissão: 08/10/2018 17:40

Alta: 10/10/2018 08:52

Admissão:

FRATURA EM RÁDIO ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S52.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	08/10/2018 17:40	10/10/2018 08:52	2 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº AZARIAS para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta:

Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 10531


Dr. Henrique Costa Barbosa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10531



## **SINISTRO 3190280258 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** BRENO BARBOSA DE CASTRO

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

**BENEFICIÁRIO** BRENO BARBOSA DE CASTRO

**CPF/CNPJ:** 12211531458

**Posição em 06-05-2019 09:31:29**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Lider DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenização</b>	<b>Juros e Correção</b>	<b>Valor Total</b>
07/05/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190280258**

**Vítima: BRENO BARBOSA DE CASTRO**

**Data do Acidente: 07/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), BRENO BARBOSA DE CASTRO**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **BRENO BARBOSA DE CASTRO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000002369-8**

Conta: **000010020946-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral****Contribuinte,**

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

		<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b>	
<b>CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</b>			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>09.248.608/0001-04</b> MATRIZ	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>		DATA DE ABERTURA <b>10/12/2007</b>
NOME EMPRESARIAL <b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA</b>			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>65.12-0-00 - Sociedade seguradora de seguros não vida</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS <b>65.11-1-01 - Sociedade seguradora de seguros vida</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>205-4 - Sociedade Anônima Fechada</b>			
LOGRADOURO <b>R SENADOR DANTAS</b>	NÚMERO <b>74</b>	COMPLEMENTO <b>5,6,9,14 E 15 ANDA RES</b>	
CEP <b>20.031-205</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>CENTRO</b>	MUNICÍPIO <b>RIO DE JANEIRO</b>	UF <b>RJ</b>
ENDEREÇO ELETRÔNICO <b>CITACAO.INTIMACAO@SEGURADORALIDER.COM.BR</b>		TELEFONE <b>(21) 3861-4600</b>	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>10/12/2007</b>	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia **06/09/2017** às **15:28:06** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

[Consulta QSA / Capital Social](#)[Voltar](#)

Preparar Página  
para Impressão

A RFB agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).  
[Atualize sua página](#)





Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intenso (70%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

18

www.pje.tjpe.com.br - pje@tjpe.com.br

Endereço: Rua Celso Aguiar Magalhães, 4779, 22º andar, Emp. Isaac Newton - Ilha do Leite, 50.070-160 - Recife - PE, Brasil. Fone: (51) 3447.5900 - Fax: 55 (011) 3447.7999  
 Endereço: Rua Av. João Machado, 553 s/s 308 a 316 - Edif. Plaza Center - Centro, 58.013-520 - João Pessoa - PB, Brasil. Fone: (51) 3447.5900 - Fax: 55 (011) 3447.7999  
 Endereço: Av. Francisco Neves, 1832 s/s 206/207 - Torre Norte - Edif. Salvador Trade Center - Cam. das Árvores - 41.820-020 - Salvador - BA, Brasil. Fone: (51) 3447.5900 - Fax: 55 (011) 3447.7999