

**EUDES BRITO**  
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

## PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

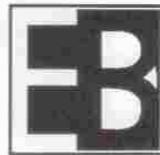
Por este instrumento particular **JOSÉ DOMINGOS DA SILVA**, brasileiro, casado, agricultor, maior, nascido em 10/07/1973, natural de Machados/PE, filho de José Antônio Filho e de Maria Figueiredo da Silva, residente e domiciliado na Rua Dr. José Januário, nº 08, Zona Rural, Machados/PE. CEP- 55740-000, portador do RG nº 4.675.808- SDS/PE data de expedição 14/10/1991 e CPF nº 906.866.674-68; 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 judicia” 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, 19 de novembro de 2018

**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, 19 de novembro de 2018.

Outorgante - *José Domingos da Silva*

**JOSÉ DOMINGOS DA SILVA**





**EUDES BRITO**  
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

**JOSÉ DOMINGOS DA SILVA**, brasileiro, casado, agricultor, maior, nascido em 10/07/1973, natural de Machados/PE, filho de José Antônio Filho e de Maria Figueiredo da Silva, residente e domiciliado na Rua Dr. José Januário, nº 08, Zona Rural, Machados/PE, CEP- 55740-000, portador do RG nº 4.675.808- SDS/PE data de expedição 14/10/1991 e CPF nº 906.866.674-68, 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 prejuizos 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, 19 de novembro de 2018.

*José Domingos da Silva*



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1364359143

NOTA FISCAL		ESTRADA		CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA	
<b>COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO</b> AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93		 <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>		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, tarifada na origem para telefones celulares	
<b>DADOS DO CLIENTE:</b> <b>MARIA REJANE DA SILVA</b>		<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>10/08/2018</b>		<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 03/08/2018	
<b>ENDEREÇO</b> RUA DR JOSE JANUARIO 8 --A -ZONA RURAL MACHADOS/MACHADOS RURAL -55740-000 MACHADOS PE -		<b>TOTAL A PAGAR</b> <b>R\$ 23,13</b>		<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 03/08/2018	
<b>PERÍODO CONSUMO</b> 04/07/2018 a 03/08/2018		<b>CONSUMO</b> 37		<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 026446649	
<b>VIA PARA PAGAMENTO</b>					
Destaque aqui					
<b>CONTA CONTRATO</b> 7019471564	<b>MÊS/ANO</b> 08/2018	<b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 23,13	<b>VENCIMENTO</b> 10/08/2018	<b>TALÃO DE PAGAMENTO</b> <b>Evite dobrar e perfurar ou rasurar.</b> <b>Este canhoto será usado em leitora ótica.</b>	
838100000000 231300110076 019471564100 123419939232					
					
<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>					
<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>					



1<sup>a</sup> ViaESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR

B.O N° 18E021500263

1<sup>a</sup> VIA

Transcrição de registro (Fato)	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição OROBÓ	BOLETIM DE OCORRÊNCIA			Registro 17 / 07 / 2018	Hora do Registro 18:00	Nº da Página / Total de Folhas 1 <sup>a</sup> Parte 01/02			
	Descrição a Natureza ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL					Aviso de Ocorrências do CIODS Nº -					
	Data (dd/mm/aa) 17 / 07 / 2018	Hora (hh:mm) 17:28	<input checked="" type="checkbox"/> Auditoria Conhecida	<input checked="" type="checkbox"/> Consumado	<input checked="" type="checkbox"/> Culposo	<input type="checkbox"/> Flagrante					
	Circunscrição do Fato OROBÓ		Local Principal da Ocorrência SITIO MANIBU			<input type="checkbox"/> Auditória desconhecida	<input type="checkbox"/> Tentado	<input type="checkbox"/> Doloso			
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) ESTRADA DE TERRA PLANAGEM							Número			
	Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA	Bairro ZONA RURAL						CEP 55745-000			
	Município OROBÓ	UF PE	Ponto de Referência SITIO MANIBU								
	<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA		<input type="checkbox"/> IMPULTADO		<input type="checkbox"/> SUSPEITO		<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA		<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> TURISTA	<input checked="" type="checkbox"/> Sim
	<input checked="" type="checkbox"/> x Não										
	Nome / Razão Social JOSE DOMINGOS DA SILVA										
Pai JOSE ANTONIO FILHO											
Mãe MARIA FIGUEREDO DA SILVA											
Apelido / Nome Fantasia			Sexo XM F [ 7 ]	Estado Civil 1. Solteiro(a) 2. Casado(a)	3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a)	5. Amasiado(a) 6. Separado(a)	7. Não Informado				
Data de Nascimento 10/07/973	Idade aparente [ ]	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto – Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade [ 7 ]	1.º Grau Completo 2.º Grau Incompleto 3.º Grau Completo	4.º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto	7. Não Informado				
X RG 4.676.808	CNH SDS	Órgão Expedidor SRF	UF PE 906.866.674-68	Naturalidade MACHADOS-PE							
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RUA DR JOSE JANUÁRIO							Número 8	Complemento CASA			
Bairro ZONA RURAL			CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)					
Altura Aparente [ ]	1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m	4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso [ ]	1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg	4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele [ ]	1. Parda 2. Branca	3. Negra 4. Amarela	Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)			Profissão AGRICULTOR				Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)				
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)			Defeito Físico (Descrever)				Dentes (Descrever)				
<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA		<input type="checkbox"/> IMPULTADO		<input type="checkbox"/> SUSPEITO		<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA		<input type="checkbox"/> OUTROS		<input type="checkbox"/> TURISTA	<input checked="" type="checkbox"/> Sim
<input checked="" type="checkbox"/> x Não											
Nome / Razão Social JOÃO PEDRO DO NASCIMENTO SILVA											
Pai JOAQUIM DO NASCIMENTO SILVA											
Mãe MARIA HENRIQUE DA SILVA NASCIMENTO											
Apelido / Nome Fantasia			Sexo XM F [ 7 ]	Estado Civil 1. Solteiro(a) 2. Casado(a)	3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a)	5. Amasiado(a) 6. Separado(a)	7. Não Informado				
Data de Nascimento	Idade aparente [ 5 ]	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto – Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade [ 7 ]	1.º Grau Completo 2.º Grau Incompleto 3.º Grau Completo	4.º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto	7. Não Informado				
X RG NÃO PORTAVA	CNH SDS	Órgão Expedidor SRF	UF PE NÃO PORTAVA	Naturalidade OROBÓ-PE							
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SITIO MANIBU							Número S/N	Complemento CASA			
Bairro ZONA RURAL			CEP 55745-000	Município OROBÓ	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)					
Altura Aparente [ ]	1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m	4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso [ ]	1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg	4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele [ ]	1. Parda 2. Branca	3. Negra 4. Amarela	Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)			PROFISSÃO AGRICULTOR				Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)				
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)			Defeito Físico (Descrever)				Dentes (Descrever)				

1ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA MILITAR  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

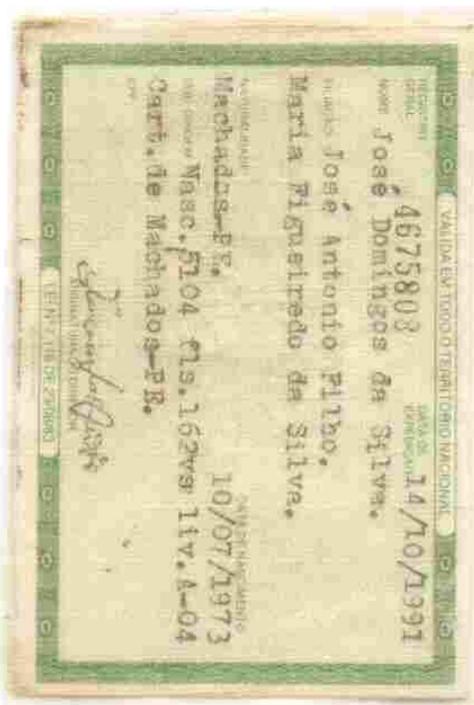
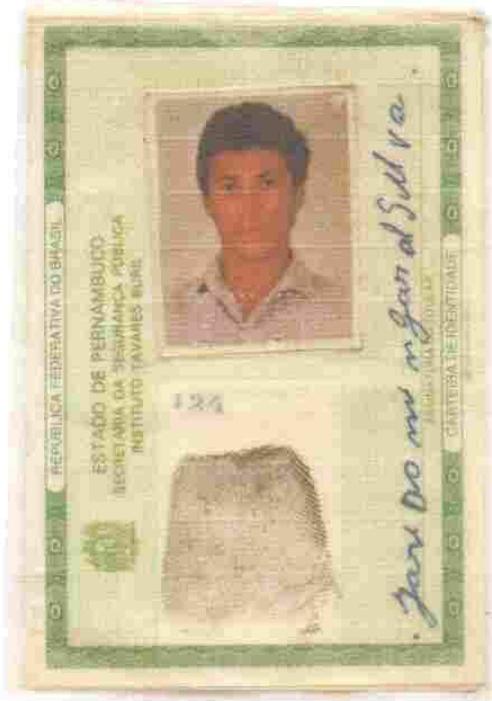
B.O N° 18E021500263

Série-A

Nº de Páginas / Total de Folhas  
02/02

Modus Operandi	Fato	Unidade Operacional 22ºBPM	Circunscrição OROBÓ	Data ou Registro 17/07 /2018	Hora do Registro 18:00	Nº de Páginas		
	Forma de Aproximação?	Forma de Ação da Abordagem?						
	Local de Entrada?	Forma de Entrada?						
	Alterações no Local?	Forma de Evasão?						
Objeto Envolvido	Crimes Sexuais?	Estelionato?						
	Envolvido	Tipo de Objeto		Marca / Modelo		Número de Série		
	Quantidade	Valor		Moeda		Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
	Nº	Qual o motivo do registro do objeto?						
Dados do Veículo	Envolvido	Tipo de Objeto		Marca / Modelo		Número de Série		
	Quantidade	Valor		Moeda		Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
	Nº	Qual o motivo do registro do objeto?						
	Nº	Envolvido	Marca / Modelo		Cor	Ano	Renavan	
Responsáveis	UF	Chassi		Placa		Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
	Qual o motivo do registro do veículo?							
	UF	Chassi		Placa		Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
	Nº	Qual o motivo do registro do veículo						
Envolvido no Acidente de trânsito								
A vítima José Domingos da Silva estava pilotando a Moto Yamaha de placa PGF3596-PE, de sua propriedade, quando sobrou em uma curva, perdeu o controle da Moto e caiu, a vítima mencionada sofreu vários ferimentos, sendo socorrida para o Hospital Severino Távora nesta cidade e em consequência das gravidades dos ferimentos foi socorrido para outra unidade médica hospitalar.								
Exames Periciados: S. Solicitado R. Realizado								
Tipo de Exame		Envolvido <input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> R	Tipo de Exame		Envolvido <input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> R	Tipo de Exame		Envolvido <input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> R
<input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Recebedor			Matrícula		Viatura		Unidade	
Responsável pelo Preenchimento Matrícula N° Ass.: Nome: <i>João R. Soares</i> CPF: 273.604.414-58 Tenente RRPB			Interessado(a): Ass.: Nome:			Preenchimento pela Validação Matrícula N° Ass.: Nome:		





1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317



**CÍRCULO OPERÁRIO DE OROBÓ  
HOSPITAL SEVERINO TÁVORA**



uma nova História

Parceria: PREFEITURA MUNICIPAL DE OROBÓ

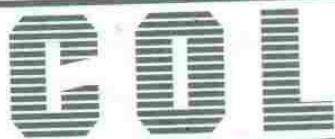
**PRONTO ATENDIMENTO**

Data: <u>17/10/18</u>	Hora: <u>18:00</u>	Registro: <u>6680</u>
Nome: <u>Yzé Domingos da Silva</u>		
Data de Nascimento: <u>30/07/1973</u>		Idade: <u>44 anos</u>
Endereço: <u>Rua José Genuíno - Machados</u>	Referência:	
Responsável: <u>O mesmo</u>		
Endereço do Responsável:		
Cartão Nacional do SUS:		
<b>DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO</b>		
Local da Ocorrência:		
Tipo de ocorrência:		
<input type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Outros		

Sinais Vitais	PA: <u>130/80</u>	FC: <u>110</u>	TEMP: _____	FR: _____
Queixas:	<u>QACT. com história de queda de moto, apresentando dor punho mês dentro e edema com limitação movimentação</u> <u>ECG   15'</u>			
Exame físico:				
Hipótese diagnóstica:	<u>1 - Fratura fechada punho</u>			
Procedimentos:	<u>1 - Soleno RR punho</u> <u>2 - Saca farol 100 ml</u> <u>3 - Cetofenato 100mg + AP sono</u> <u>4 - Tammel 100 mg + sono</u>			



# CENTRO DE DIAGNÓSTICO



- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

## LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. JOSÉ DOMINGOS DA SILVA, foi vítima de acidente de trânsito no dia 17/07/2018 , no município de Orobó, sofrendo FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO , submetido a tratamento cirúrgico no Hospital Memorial Guararapes ( redução cirúrgica e fixação com placa e parafusos ) . Atualmente apresenta ao exame físico limitação da flexo-extensão do punho direito e da pronossupinação do antebraço direito , com déficit da força de apreensão da mão direita. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 21/08/2018

Dr. Roberto de Castro Costa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 11730/TEGT: 7334

Roberto de Castro Costa

ROBERTO DE CASTRO COSTA  
CRM: 11.730

Rua Antônio Fernandes Salsa, 314 - José Fernandes Salsa - Limoeiro/PE  
Fones: (81) 3628.6133 / 3628.4468 / 3628.0877 / 9.8151.9272  
E-mail: col.fraturas@yahoo.com.br



Assinado eletronicamente por: EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO - 08/07/2019 10:16:41  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070810164121500000046766921>  
Número do documento: 19070810164121500000046766921

Num. 47491535 - Pág. 1

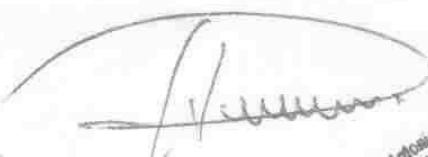
CÍRCULO OPERÁRIO DE OROBÓ  
Hospital Severino Tavares  
CNPJ nº 10.605.798/0001-59  
Rua 10 de Janeiro, N° 17 Centro  
CEP: 55745-000 - Orobó - PE

Limoa/PE  
5474200

Desa Domingos da Silva

Quemassamento na Orla

Pac. vítima ACIDENTE com  
morte  
APNESEADAS - 200  
+ EDEMA com limitações  
em PUNHO DIREITO

  
Dr. Antônio L. Henrique  
Médico  
CRM: 25117

do out. para  
dren. de d. jnd.

SL.





Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

REVISÃO

F.AT.SAM.01

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: José Domingos da Silva

REGISTRO: 754672 DATA DE NASCIMENTO: 10/07/1973

RG: 4675808 ORGÃO EMISSOR: SSPI PE

ENDEREÇO: Rua: José Januário nº 08-1

Bairro: Machadinho Machados

NOME DA MÃE: Maria Zigueiredo da Silva

DATA ADMISSÃO: 19/07/2018 DATA ALTA: 25/07/2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 23/07/2018 CID: 552.5

DIAGNÓSTICO: Fratura da Extremidade Distal do Radio Direito

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura da Extremidade/metáfise Distal dos ossos do Antebraço Direito + Tratamento Cirúrgico de Lesão Capsulo-Ligamentar do Punho Direito

MÉDICO: Giselly Verissimo

CREMEPE: 17424

JABOATÃO DOS GURARAPES, 07 DE Agosto DE 2018

Dr. Jôso Pires de Oliveira Romero  
Ortopedista e Traumatologista  
CRMPE 12622

MÉDICO



51469726

<p>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas</p>		<p>NOME DA UNIDADE: <b>HOSPITAL GETÚLIO VARGAS</b> CGC Nº: <b>10.572.048/0006-51</b> (03 vias)</p>													
<p><b>LAU</b> CARTÃO SUS:</p>		<p>HGV- Hospital Getúlio Vargas Pronutário: <b>1091576</b> 1091576 Atendimento CNS: 898003728992382</p>													
<p>NOME DO PACIENTE: Paciente: JOSE DOMINGOS DA SILVA Clinica... CORREDOR RX Nascido... 10/07/1973 Idade: 45 Anos 0 Mes Mae..... MARIA FIGUEIREDO DA SILVA Ender.... SITIO MACHACINHO, 01 - ZONA RURAL - CRÔNICA - PE - Cep: 55746971</p>		<p>Leito: CRX 16 Sexo: MASCULINO Fone: 9700-3792 TRD: <i>291576</i></p>													
<p>NOME DA MÃE:</p>		<p>DATA DO DOCUMENTO: 1 HOSPITAL GETÚLIO V DATA: 18/07/2018 HR: 21:32 USUÁRIO: GIVALDOBJ</p>													
<p>ENDERECO:</p> <table border="1"> <tr> <td>NR:</td> <td>BLOCO:</td> <td>APT:</td> <td>BAIRRO:</td> </tr> <tr> <td>1091576</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">UF:</td> <td colspan="2">CEP:</td> </tr> </table>				NR:	BLOCO:	APT:	BAIRRO:	1091576				UF:		CEP:	
NR:	BLOCO:	APT:	BAIRRO:												
1091576															
UF:		CEP:													
<p><b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b></p>															
<p>HISTÓRIA CLÍNICA:</p> <p><i>Queda de afección com febre e dor no abdômen</i></p>															
<p>EXAME FÍSICO:</p> <p><i>692, cor, acent., dor</i></p>															
<p>MSG: P/ exame fígado e rins</p>															
<p>PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:</p> <p><i>Proteína alta</i></p>															
<p>GNÓSTICO PRINCIPAL:</p> <p><i>Infecção de origem hepática</i></p>															
<p>PROCEDIMENTO SOLICITADO</p> <p><i>Exame de sangue</i></p>		<p>CÓDIGO</p>													
<p>DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE</p> <p><i>SOI</i></p>		<p>CARÁTER DA INTERNAÇÃO</p>													
<p>DATA: <i>18/07/18</i></p>		<p>DATA: <i>18/07/18</i></p>													
<p>CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO</p> <p><i>Eudes Jorge Cabral Barbosa de Brito</i></p>															
<p>CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR</p> <p><i>Euclides de S. Bezerra</i></p>															
<p><b>PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS</b></p>															
<p><b>AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR</b></p>															
<p>NOME DA UNIDADE:</p> <p><i>Hospital Getúlio Vargas</i></p>															
<p>CARÉRCIO E ASSINATURA DO MÉDICO IMPONENCIADA PELO ENCAMINHAMENTO</p> <p>Av. Presidente Getúlio Vargas, 1000 - Centro Recife/PE - CEP 50.000-000 Fone: (81) 31.84.8800</p>															
<p>DATA DO ENCAMINHAMENTO</p> <p><i>18/07/2018</i></p>															
<p>HGV-1094-V-1.2018</p>															





## Laudo para solicitação de autorização de Internação

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		CNES			
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		5356067			
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		CNES			
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		5356067			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome do paciente JOSE DOMINGOS DA SILVA		Nº Protótipo 754672			
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento 10/07/1973	Sexo Masc. <input checked="" type="radio"/> Femi. <input type="radio"/>			
Nome da Mãe MARIA FIGUEIREDO DA SILVA	Raça Cor	Etnia			
Nome Responsável					
Endereço RUA JOSE JANUARIO	Número 3	Bairro COHAB			
Município MACHADOS	IBGE	UF CEP 55740000			
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
Principais Sinais e Sintomas Clínicos PACIENTE VEIO DO HGV COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO E FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO					
Condições que justificam a internação					
QUADRO CLÍNICO					
Principais Resultados de Provas Diagnósticas RX					
Diagnóstico Inicial / Código FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		Código do Procedimento			
Caráter de Atendimento	Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente			
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF					
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
<input type="checkbox"/> Acidente de trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série		
<input type="checkbox"/> Acid. Trabalho típico					
<input type="checkbox"/> Acid. Trabalho trajeto	CNPJ / Empresa	CNAE/Empres	CBO		
Vínculo com a Previdência					
<input type="checkbox"/> Empregado	<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Aposentado	<input type="checkbox"/> Não Segu
AUTORIZAÇÃO				Cod. Órgão Emissor	
Nome do Profissional Autorizador	Documento		Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador		
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF					
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)				
Setor					



Convênio: SUS - INTERNACAO Atendimento: 168474 Nascimento: 10/07/1973  
Responsável: Prontuário: 754672 Sexo: Masculino  
Nome: JOSE DOMINGOS DA SILVA Data e Hora do Atendimento: 19/07/18 19:35:26  
Idade: 45 Anos, 0 Mês e 9 Dias Profissão: Escolaridade:  
CPF: Identidade: 4675808 Telefone:  
Conjuge: Estado Civil: Cartão SUS: 898003728992382  
Nome da Mãe: MARIA FIGUEIREDO DA SILVA Nome do Pai:  
Endereço: RUA JOSE JANUARIO, COHAB, CEP: 55740000, Nº 3, MACHADOS - PE  
OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA Enfermaria / Leito: ENF 17 - LEITO 05  
Médico: MILTON TELES DE MENDONCA - CRM: 6262 CID:

...STÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

PACIENTE VEIO DO HGV COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO E FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NDN

EXAME FÍSICO GERAL:

EGR, EUPÍNEICO, AFEBRIL SEM EDEMAS

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

NDN

ABDOMEN:

DN

AP - GENITO - URINARIO:

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

28/07/18

HORA DE SAÍDA:

*Hospital Memorial Jaboatão*  
Milton Teles de Mendonça - CRM: 6262

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - [www.hmjpe.org](http://www.hmjpe.org)



Assinado eletronicamente por: EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO - 08/07/2019 10:16:41  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070810164140100000046766923>

Número do documento: 19070810164140100000046766923

## Relatório Geral de Cirurgias

Nome: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Prontuário: 754672

Atendimento: 168474

Unidade de Internação / Leito: ENF 17 - LEITO 05

Sexo: Masculino

Idade: 45 Anos, 0 Mês e 13 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO  
0408020482 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR: COTOVELO / PUNHO

Data: 23/07/2018

01. Cirurgião: GISELLY VERISSIMO DE MIRANDA

02. 1. Auxílio Cirúrgico: WAGNER WANDERLEY COSTA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

Anestesia:

05. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

### Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA  
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA  
ESVaziAMENTO + GARROEAMENTO  
APOSEÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS  
INCISÃO VOLAR DE HENRY ATÉ ABORDAGEM DE FOCO DE FRATURA EM RÁDIO DISTAL DIREITO  
LIBERAÇÃO DE RETRAÇÃO MUSCULAR E FIBROSE  
REVISÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEADA DE RÁDIO DISTAL E PARAFUSOS  
REALIZADO REPARO CAPSULAR E LIGAMENTAR COM FIO 4.0  
LAVAGEM COM SF  
RETIROADA DE GARROTE + REVISÃO DA HEMOSTASIA  
FECHAMENTO POR PLANOS  
CURVATIVO DO TIPO JONES

CRS : PROCEDIMENTO REALIZADO COM AUXÍLIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGENS

Dr. Wagner Wanderley Costa  
Médico  
CRM-PE 26588

WAGNER WANDERLEY COSTA

CRM: 26588

Dr. Giselly Verissimo  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Mão  
CRM-PE 17.424 - TEOT 12793



## **SINISTRO 3180481950 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA JOSE DOMINGOS DA SILVA**

**COBERTURA** Invalidez

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

**CORREIOS**

**BENEFICIÁRIO** JOSE DOMINGOS DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 90686667468

**Posição em 12-11-2018 08:19:53**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora

Líder 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>
13/11/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

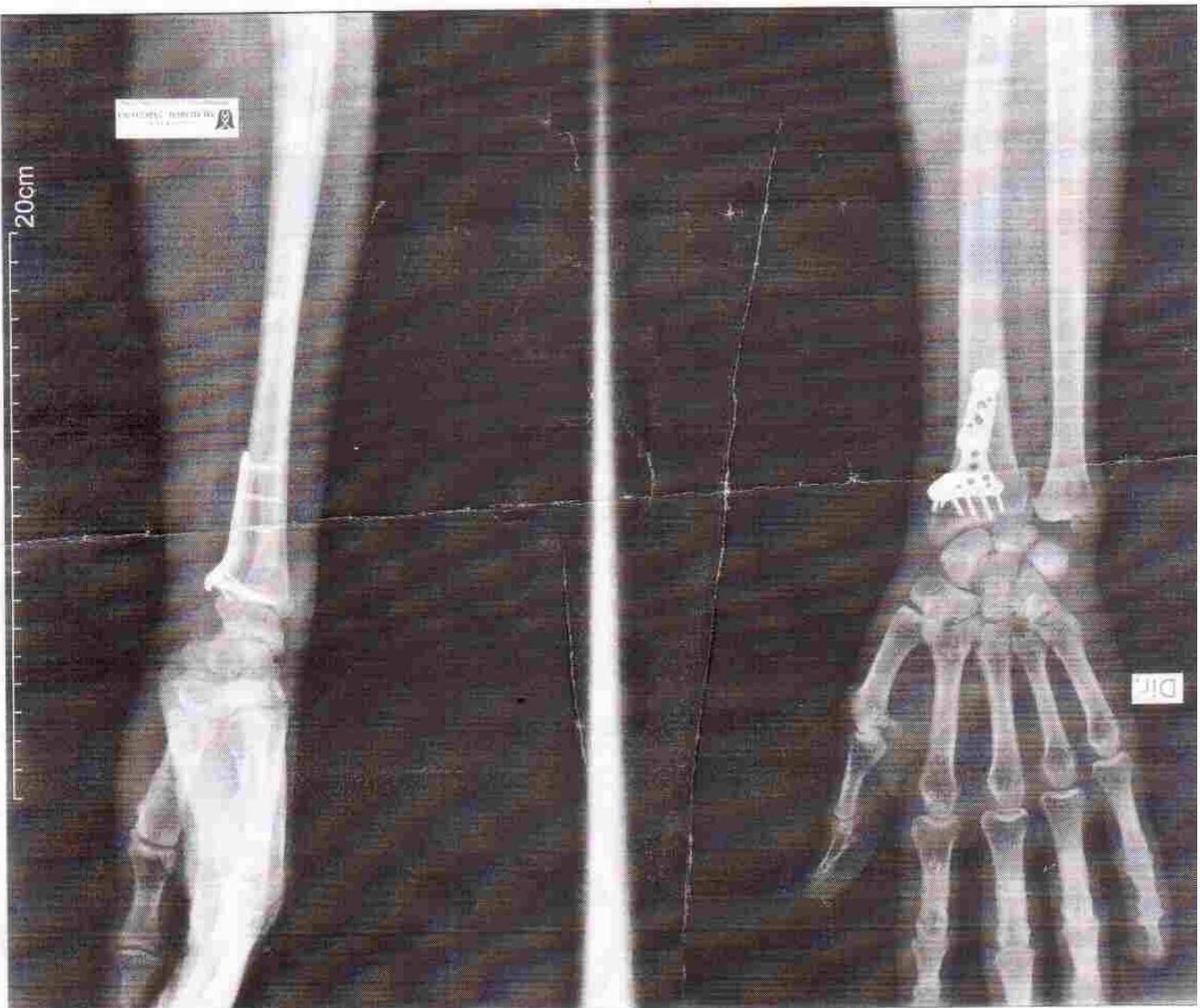


PU/1H0

AP: 4095, L: 2048

ID de Usuário: 754672

Dir:



Detalhe de aquisição: 08/03/2020  
Horário de aquisição: 10:52  
Indica de aquisição: 2383

Detalhe de aquisição: 08/03/2020  
Indica de aquisição: 2383  
Data de aquisição: 08/03/1973  
Detalhe de aquisição: 08/03/1973  
Data de aquisição: 08/03/1973



Assinado eletronicamente por: EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO - 08/07/2019 10:16:41  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070810164159900000046766926>  
Número do documento: 19070810164159900000046766926

Num. 47491540 - Pág. 1

## 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 09.248.608/0001-04 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 10/12/2007
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>	TELEFONE <b>(21) 3861-4600</b>	
ENDEREÇO ELETRÔNICO <b>CITACAO.INTIMACAO@SEGURADORALIDER.COM.BR</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%)	Intensa (20%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
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 estinctoriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	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 dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

18

Sociedade Brasileira de Reabilitação - Sociedade Científica

Av. Gov. Aluízio Alves, 4779, 22º andar, Emp. Isaac Newton, Ilha do Leite, 50.070-160 - Recife - PE - Brasil. Fone: (81) 3183-7700. Fax: 55 (81) 3447-7999  
 Rua 15 de Novembro, 45, Av. João Machado, 353 s/s 308 a 316 - Edif. Plaza Center - Centro - 58.013-520 - João Pessoa - PB - Brasil. Fone: 55 (83) 3791-1035 / 3241-1075  
 Rua 15 de Novembro, 45, Av. Tancredo Neves, 1632 s/s 206/207 - Torre Norte - Edif. Salvador Trade Center - Cm. das Árvores - 41.820-020 - Salvador - BA - Brasil. Fone: 55 (71) 3271-9930



Assinado eletronicamente por: EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO - 08/07/2019 10:16:41  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070810164181400000046766928>  
 Número do documento: 19070810164181400000046766928

Num. 47491542 - Pág. 1