

**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 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, 19 de novembro de 2018

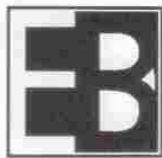
**AUTORIZAÇÃO:** O outorgante, por motivo deste instrumento, AUTORIZA em favor dos outorgados, a retenção de 20% (vinte por cento) do pagamento relativo ao valor total da condenação ou do acordo a que fizer jus, a título de pagamento dos honorários advocatícios, na ação que moverá contra a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT. Orobó/PE, 19 de novembro de 2018.

Outorgante - 

**JOSÉ DOMINGOS DA SILVA**

Rua Rafael Virgulino de Aguiar, Ed. Aguiar, 1º Andar, Sl. 28 Orobó - PE / (81) 3656-1166 ou (81) 9696-4979 / eudesbrito@bol.com.br





**EUDES BRITO**  
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURIDICA

## 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 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, 19 de novembro de 2018.

*Jose Domingos da Silva*



06/08/2018

Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1364359143

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



www.celpe.com.br

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

## DADOS DO CLIENTE!

MARIA REJANE DA SILVA

## DATA DE VENCIMENTO

10/08/2018

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

03/08/2018

## CONTA CONTRATO

7019471564

## DATA DA APRESENTAÇÃO

03/08/2018

## CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL  
Monofásico  
B1

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

026446649

## ENDEREÇO

RUA DR JOSE JANUARIO 8 --A -ZONA  
RURAL MACHADOS/MACHADOS RURAL  
-55740-000 MACHADOS PE -

## TOTAL A PAGAR

R\$ 23,13

## PERÍODO CONSUMO

04/07/2018 a 03/08/2018

## CONSUMO

37

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

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

## CONTA CONTRATO

7019471564

## MÊS/ANO

08/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 23,13

## VENCIMENTO

10/08/2018

## TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou  
rasurar.  
Este canhoto será usado em  
leitora ótica.

838100000000 231300110076 019471564100 123419939232



## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





1ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR

B.O N° 18E021500263

1ª VIA

Unidade Operacional <b>22º BPM</b>	Circunscrição <b>OROBÓ</b>	BOLETIM DE Ocorrência	Registro <b>17/07/2018</b>	Hora do Registro <b>18:00</b>	Número de Folhas / Total de Folhas <b>1ª Parte 01/02</b>
Descrição a Natureza <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL</b>			Aviso de Ocorrências do CIODS Nº -		
Data (dd/mm/aa) <b>17/07/2018</b>	Hora (hh:mm) <b>17:28</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Auditoria Conhecida <input type="checkbox"/> Auditoria desconhecida	<input checked="" type="checkbox"/> Consumado <input type="checkbox"/> Tentado	<input checked="" type="checkbox"/> Culposos <input type="checkbox"/> Doloso	<input type="checkbox"/> Flagrante <input type="checkbox"/> Ato Infracional
Circunscrição do Fato <b>OROBÓ</b>		Local Principal da Ocorrência <b>SÍTIO MANIBU</b>			
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) <b>ESTRADA DE TERRA PLANAGEM</b>					Número -
Complemento (Apto, Sala, Andar) <b>VIA PÚBLICA</b>		Bairro <b>ZONA RURAL</b>			CEP <b>55745-000</b>
Município <b>OROBÓ</b>		UF <b>PE</b>	Ponto de Referência <b>SÍTIO MANIBU</b>		
<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 type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não					
Nome / Razão Social <b>JOSE DOMINGOS DA SILVA</b>					
Pai <b>JOSE ANTONIO FILHO</b>					
Mãe <b>MARIA FIGUEREDO DA SILVA</b>					
Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM <b>F</b>	Estado Civil <b>[ 7 ]</b>	1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado	2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)
Data de Nascimento <b>10/07/973</b>	Idade aparente <b>[ ]</b>	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 <b>[ 7 ]</b>	1. 1º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 7. Não Informado 2. 1º Grau Incompleto 5. Superior Completo 3. 2º Grau Completo 6. Superior Incompleto
X RG <b>4.675.808</b>	CNH	Órgão Expedidor <b>SDS</b>	UF <b>PE</b>	X CPF <b>906.866.674-68</b>	CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual?
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) <b>RUA DR JOSE JANUÁRIO</b>			Número <b>8</b>		
Bairro <b>ZONA RURAL</b>		CEP <b>55740-000</b>	Município <b>MACHADOS</b>		
Altura Aparente <b>[ ]</b>		1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,5m 6. Acima de 1,80m	Peso <b>[ ]</b>	1. Até 20kg 4. 61-80kg 2. 21-40kg 5. 81-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele <b>[ ]</b>
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão <b>AGRICULTOR</b>		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)	
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)	
<input type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPULTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não					
Nome / Razão Social <b>JOÃO PEDRO DO NASCIMENTO SILVA</b>					
Pai <b>JOAQUIM DO NASCIMENTO SILVA</b>					
Mãe <b>MARIA HENRIQUE DA SILVA NASCIMENTO</b>					
Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM <b>F</b>	Estado Civil <b>[ 7 ]</b>	1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado	2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)
Data de Nascimento <b>[ 5 ]</b>	Idade aparente <b>[ 5 ]</b>	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 <b>[ 7 ]</b>	1. 1º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 7. Não Informado 2. 1º Grau Incompleto 5. Superior Completo 3. 2º Grau Completo 6. Superior Incompleto
X RG <b>NÃO PORTAVA</b>	CNH	Órgão Expedidor <b>SDS</b>	UF <b>PE</b>	X CPF <b>NÃO PORTAVA</b>	CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual?
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) <b>SÍTIO MANIBU</b>			Número <b>S/N</b>		
Bairro <b>ZONA RURAL</b>		CEP <b>55745-000</b>	Município <b>OROBÓ</b>		
Altura Aparente <b>[ ]</b>		1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,5m 6. Acima de 1,80m	Peso <b>[ ]</b>	1. Até 20kg 4. 61-80kg 2. 21-40kg 5. 81-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele <b>[ ]</b>
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO <b>AGRICULTOR</b>		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)	
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)	

Assinado eletronicamente por: EUEDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO - 08/07/2019 10:16:40



1ª Via

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

B.O N° 18E021500263

Série-A

N° de Folha / Total de Folhas  
02/02

Fato	Unidade Operacional 22ºBPM	Circunscrição OROBÓ	Data ou Registro 17/07/2018	Hora do Registro 18:00
Modus Operandi	Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?	
	Local de Entrada?		Forma de Entrada?	
	Alterações no Local?		Forma de Evasão?	
	Crimes Sexuais?		Estelionato?	

Objeto Envolvido	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Qual o motivo do registro do objeto?			

Objeto Envolvido	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Qual o motivo do registro do objeto?			

Objeto Envolvido	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Qual o motivo do registro do objeto?			

Dados do Veículo	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Qual o motivo do registro do veículo				

Dados do Veículo	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
	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 type="checkbox"/> R	Tipo de Exame	Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo de Exame	Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R
---------------	---	---------------	---	---------------	---

<input type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Recebedor	Matrícula	Viatura	Unidade
-----------------------------------	------------------------------------	-----------	---------	---------

Responsável pelo Preenchimento

Matrícula N°

Ass.:

Nome: João H. Sobral

CPF: 273.604.404-55

Tenente RP2M

Interessado(a):

Ass.:

Nome:

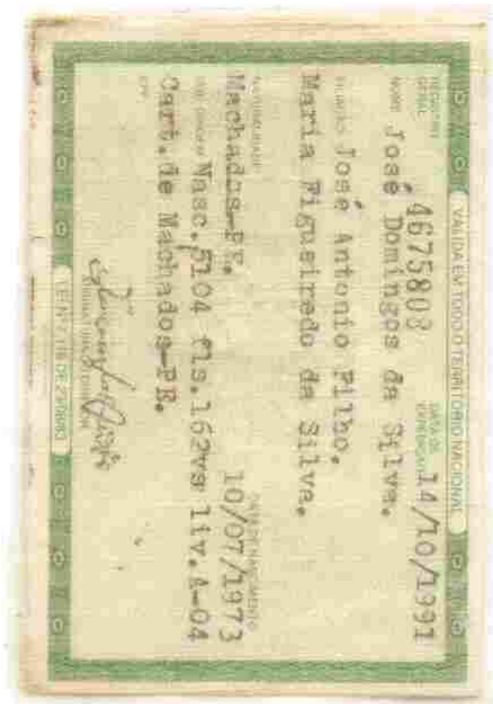
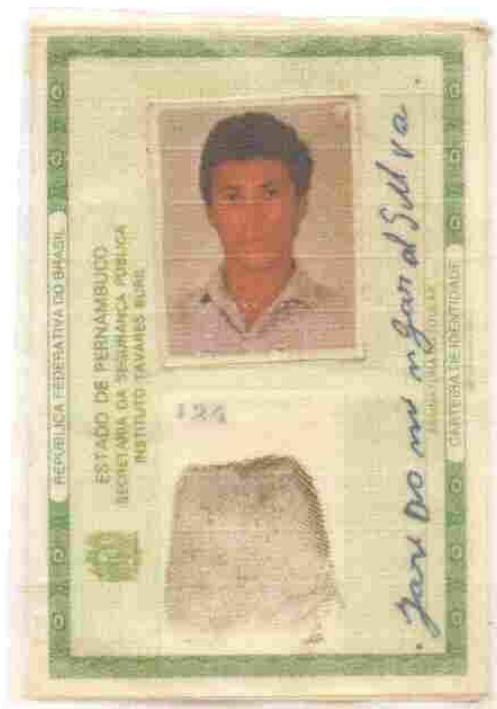
Preenchimento pela Validação

Matrícula N°

Ass.:

Nome:









# CÍRCULO OPERÁRIO DE OROBÓ HOSPITAL SEVERINO TÁVORA

Uma nova História

Parceria: PREFEITURA MUNICIPAL DE OROBÓ



## PRONTO ATENDIMENTO

Data: 17/07/18	Hora: 18:00	Registro: 6680
Nome: José Domingos da Silva		
Data de Nascimento: 10/07/1973	Idade: 44 anos	
Endereço: Rua José Genúcio - Machado	Referência:	
Responsável: O mesmo		
Endereço do Responsável:		
Cartão Nacional do SUS:		
DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO		
Local da Ocorrência:		
Tipo de ocorrência:		
( ) Acidente de trânsito ( ) Agressão ( ) Suicídio ( ) Acidente de Trabalho ( ) Outros		

Sinais Vitais		
PA: 130/80 mmHg	TEMP:	FR:

Queixas:	PACT. com história de queda de moto, apresentando dor punho mo, dor do EDema com limitação
Exame físico:	MOVIMENTADO ECG 15'
Hipótese diagnóstica:	1 - FRATURA FECHADA PUNHO
Procedimentos:	0 - Solução de punho 0 - Sonda fístula 100 ml 0 - Cateterismo 100ml de soro 0 - Tmome 100 ml de soro





## 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 Traumatologia  
CRM: 11730 / TEGT: 7334

**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





CIRCULO OPERARIO DE OROBO  
Hospital Severino Trivora  
CNPJ nº 10.603.798/0001-59  
Rua 10 de Janeiro, N° 17 Centro  
CEP: 55745-000 - Orobó - PE

limoires  
5441200

José Domingos da Silva

Comunidade de Orobó

Prova vítima acidente com  
muito apresentando dor  
e edema com limitação  
em punho direito

Assinado eletronicamente por:  
Dr. Antonio L. Henrique

Dr. Antonio L. Henrique  
Médico  
CRM: 25717

17/07/13



## FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

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

NOME: José Domingos da SilvaREGISTRO: 754672 DATA DE NASCIMENTO: 10/07/1973RG: 4675808 ORGÃO EMISSOR: SSPI PEENDEREÇO: Rua: José Januario nº 08-ABairro: machadinho machadosNOME DA MÃE: Maria Figueiredo da SilvaDATA ADMISSÃO: 19/07/2018 DATA ALTA: 25/07/2018DATA DO PROCEDIMENTO: 23/07/2018 CID: S 52.5DIAGNÓSTICO: Fratura da Extremidade Distal  
do Radio DireitoTRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de Fratura  
da Extremidade/metáfise Distal dos ossos  
de Antebraço Direito + Tratamento Cirurgico  
de Lesão Cápsulo-Ligamentar do Punho DireitoMÉDICO: Giselly TreussinoCREMEPE: 17424JABOATÃO DOS GUARARAPES, 07 DE Agosto DE 2018  
Dr. João Paulo Romero  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 22622

MÉDICO



### Sumário de Admissão e Alta

Nome: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Prontuário: 754672

Atendimento: 168474

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 17 - LEITO 05

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico):

FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

CID: S525

Procedimento Solicitado:

0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado:

0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

0408020482 - Incisão Capsulo-lig. Pulso

01. Cirurgião: GISELLY VERTISSIMO DE MIRANDA

02. 1. Auxílio Cirúrgico: WAGNER WANDERLEY COSTA

2. Auxílio Cirúrgico:

04. 3. Auxílio Cirúrgico:

Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

☐ Mudança de Procedimento

☐ Diária de UTI

☐ Diária de Acompanhante

☐ Vacina Anti - Rh

☒ Uso de Prótese Órtese  
☐ Uso de Fatores de Coagulação  
☐ Uso de Oxigenadores  
☐ Nutrição Parenteral

Secretaria de Saúde - PJOPE  
IGOS - Gerência de Controle e Avaliação  
Marta Cecília Mac Dúvel Duque  
Médica Auditora - CRM: 5522  
CPF: 224.248.99-92

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCOMPLICAÇÕES

Diagnóstico Principal: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 19/07/2018

Data da Alta: 25/07

Dias de Hospitalização:

dia (s).

Wagner Wanderley Costa  
Médico  
CRM PE 26588

WAGNER WANDERLEY COSTA

CRM: 26588

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

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjc.org

FAZER LAUDO





51469226

<b>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco</b> <b>HOSPITAL</b> <b>Getúlio Vargas</b>		<b>NOME DA UNIDADE:</b> <b>HOSPITAL GETÚLIO VARGAS</b> <b>CGC Nº:</b> <b>10.572.048/0005-51</b> <b>(03 vías)</b>	
<b>CARTÃO SUS:</b> <b>LAUI</b>	<b>HGV - Hospital Getúlio Vargas</b> <b>Prontuário: 1091576</b> <b>Paciente: JOSE DOMINGOS DA SILVA</b> <b>Clinica: CORREDOR RX</b> <b>Nascto: 10/07/1973</b> <b>Mae: MARIA FIGUEIREDO DA SILVA</b> <b>Ender: SÍTIO MACHADINHO, 0 - ZONA RURAL - ORIOBO - PE - Cep: 55745971</b>	<b>606754</b> <b>Atendimento</b> <b>CNS: 898003728992382</b> <b>Leito: CRX 18</b> <b>Sexo: MASCULINO</b> <b>Fone: 9700-3792</b>	<b>TRO:</b> <b>291576</b>
<b>ENDEREÇO:</b> <b>Nº:</b> <b>BLOCO:</b> <b>APT:</b> <b>BAIRRO:</b> <b>CID:</b> <b>UF:</b> <b>CEP:</b>			
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
<b>HISTÓRIA CLÍNICA:</b> <i>Queda de estaca de ar ferrão e punho Jm</i>			
<b>EXAME FÍSICO:</b> <i>CGO, cor, ar, t, t, t</i> <i>MSO: Jm / fúrcil proeminent</i> <i>de punho</i>			
<b>PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:</b> <i>Radiografia Jm</i>			
<b>GNÓSTICO PRINCIPAL:</b> <i>Lesão de mão distal Jm</i>			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO:</b> <i>Exame de punho Jm</i>		<b>CODIGO</b>	
<b>DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE:</b> <i>ORT</i>		<b>CARATER DA INTERNAÇÃO</b>	
<b>DATA:</b> <i>18.07.18</i>		<b>DATA:</b> _____	
<b>CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO:</b> <i>César de S. Bezerra</i>		<b>CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR:</b>	
<b>PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS</b>			
<b>AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR</b>			
<b>NOME DA UNIDADE:</b> <i>Transparência de São Paulo</i>			
<b>CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO:</b> <i>César de S. Bezerra</i>			

HGV, 10/04.V.1.2019.

Avenida General San Martín s/n - Distrito  
Recife/PE - CEP 50.050-000  
Fone: (081) 34184800





## 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		Nº Protuário	
JOSE DOMINGOS DA SILVA		754672	
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça Cor
	10/07/1973	Masc. <input type="radio"/> Fem. <input type="radio"/>	
Nome da Mãe		Telefone de contato	
MARIA FIGUEIREDO DA SILVA			
Nome Responsável			
Endereço	Número	Bairro	
RUA JOSE JANUARIO	3	COHAB	
Unicípio	IBGE	UF	CEP
MACHADOS			55740000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
PACIENTE VEIO DO HGV COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO E FRATURA DISTAL DE RADIO DIREITO			
Condições que justificam a internação			
QUADRO CLÍNICO			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
RX			
Diagnóstico Inicial / Código	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas
FRATURA DISTAL DE RADIO DIREITO			

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
Descrição do Procedimento Solicitado	Código do Procedimento
Especialidade	Caráter de Atendimento
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assis
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	
Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
<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	
Nome do Profissional Autorizador	Cód. Órgão Emissor
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: CLÍNICA 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 RADIO DIREITO

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NDN

EXAME FÍSICO GERAL:

EGR, EUPNEICO, AFEBRIL SEM EDEMAS

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

NDN

ABDOMEN:

NDN

AP - GENITO - URINARIO:

OUTROS:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

FRATURA DISTAL DE RADIO DIREITO

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

MILTON TELES DE MENDONCA - CRM: 6262





## 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 ANTEBRACO  
0408020482 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR: COTOVELO / PUNHO

Data: 23/07/2018

01. Cirurgião: GISELLE VERISSIMO DE MIRANDA

02. 1. Auxílio Cirúrgico: WAGNER WANDERLEY COSTA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

05. Anestesia: BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

06. Anestesia:


07. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

### Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA  
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA  
ESVAZIAMENTO + GARROEAMENTO  
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS  
INCISÃO VOLAR DE HENRY ATÉ ABORDAGEM DE FOCO DE FRATURA EM RADIO DISTAL DIREITO  
LIBERAÇÃO DE RETRAÇÃO MUSCULAR E FIBROSE  
REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEADA DE RADIO DISTAL E PARAFUSOS  
REALIZADO REPARO CAPSULAR E LIGAMENTAR COM FIO 4.0  
LAVAGEM COM SF  
RETIRADA DE GARROTE + REVISÃO DA HEMOSTASIA  
FECHAMENTO POR PLANOS  
CURATIVO DO TIPO JONES

CRS: PROCEDIMENTO REALIZADO COM AUXILIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGENS

  
Giselle Verissimo  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia de Mão  
CRM-PE 17.424 - TeOT 12793

  
Dr. Wagner Wanderley Costa  
Médico  
CRM - PE 26588

WAGNER WANDERLEY COSTA

CRM: 26588



## **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**

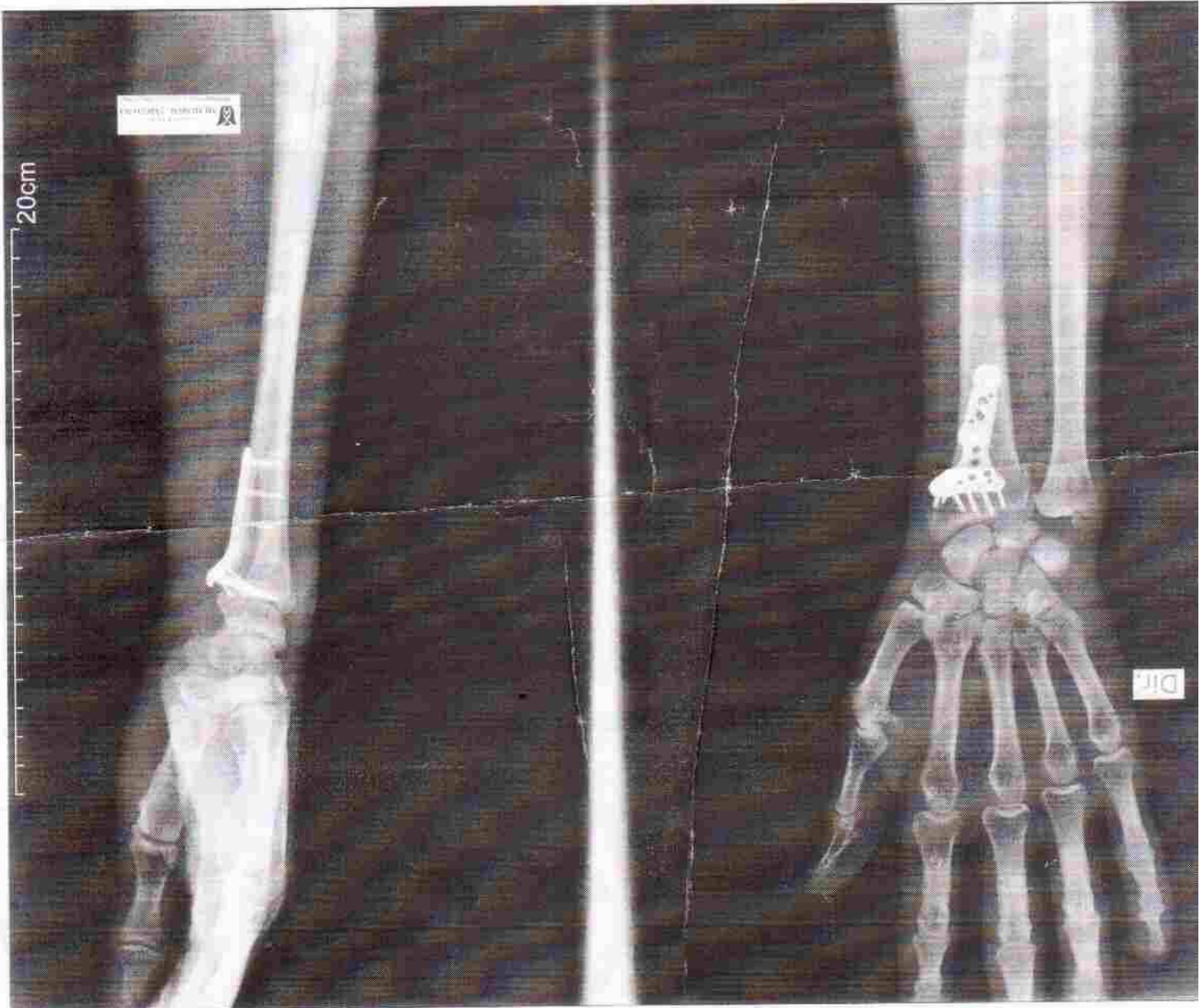
Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

<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



PJI IHO  
AP  
WM: 4095, L: 2048  
ID de técnico: radiologia

14cm



Data de aquis.: 06/08/201  
Hora de aquis.: 08:13:52  
Indice de exp.: 2888

Jos domingos da Silva,  
Sexo: Masc.  
Data de nascimento: 10/07/1973  
ID: 754872





**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					
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 cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (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					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

18

seam@triba.com.br - pm@triba.com.br

100101 - Av. Celso Aguiar Filho, 4779 - 22º andar - Emap. Ismar Newton - Ilha do Leite - 50.070-160 - Recife - PE, Brasil - Fone: (51) 3447.7999 - Fax: 55 (0) 3447.7999  
 100102 - Av. João Machado, 553 s/s 308 a 316 - Ed. Plaza Center - Centro - 58.013-520 - João Pessoa - PB - Brasil - Fone: (51) 3441.1035 - 3243.1075  
 100103 - Av. Francisco Neves, 1632 s/s 206/207 - Torre Norte - Edif. Salvador Trade Center - Cam. das Árvores - 41.820-020 - Salvador - BA - Brasil - Fone: (51) 3279.9999

