

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade 5.642.812 SDS/PE e inscrito no CPF de nº 039.907.584-46, residente e domiciliado na Vila Recanto Bom Tempo ,03, Q –M, Centro, Goiana-PE.

OUTORGADA:

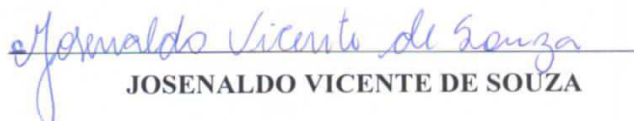
Viviane Evangelista de Souza Alves, brasileira, divorciada, inscrita na OAB-PE sob o nº18.789, com endereço profissional a Rua do Riachuelo nº 189, Edf. Almirante Barroso, Bairro; Boa Vista, Recife-PE.

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

PODERES:

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

Goiana/PE, 20 de Maio de 2019.


JOSENALDO VICENTE DE SOUZA



DECLARAÇÃO

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade 5.642.812 SDS/PE e inscrito no CPF de nº 039.907.584-46, residente e domiciliado na Vila Recanto Bom Tempo ,03, Q -M, Centro, Goiana-PE. Declaro que, sob as Penas da Lei e para quaisquer fins de direito, que não requeri a tutela jurisdicional para recebimento do Seguro DPVAT ora pleiteado, em nenhum juízo no Estado de Pernambuco, bem como, em outro estado da federação.

Goiana-PE, 20 de Maio de 2019.

Josealdo Vicente de Souza

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA



DECLARAÇÃO DE POBREZA

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade 5.642.812 SDS/PE e inscrito no CPF de nº 039.907.584-46, residente e domiciliado na Vila Recanto Bom Tempo ,03, Q -M, Centro, Goiana-PE.

De acordo com as Leis n.º 1.060/50 e 7.510/86, para o fim de obter a GRATUIDADE DE JUSTIÇA que não possui condições financeiras para arcar com o ônus das custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família. Declara conhecer que está sujeito às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, em sendo comprovada a falsidade das afirmações supra.

Goiana/PE, 20 de Maio de 2019.


JOSENALDO VICENTE DE SOUZA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº. 193/2019.

Hora e data do ocorrido: dia 26/07/2018

Hora e data que a Delegacia tomou conhecimento: às 10h59, do dia 17 de Abril de 2019.

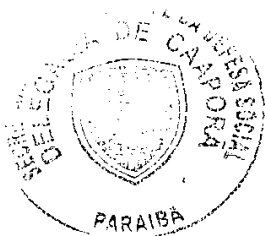
Local do ocorrido: Caaporã/PB.

COMUNICANTE DA OCORRÊNCIA:

Nome: Josenaldo Vicente de Souza
Nacionalidade: Brasileira
Naturalidade: Goiana/PE
Estado civil: Solteiro
Data de nascimento: 11/07/1979
Profissão: Analista de Laboratório
Identidade nº. 5642812 SSP/PE
CPF nº. 039.907.584-46
Filiação: José Manoel de Souza e de Luiza Maria Vicente de Souza
Endereço: Vila Bom tempo, quadra M, 03, Goiana/PE
Ponto de Referência: Perto do Posto de Saúde
Fone: 81-99455-5976

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:

QUE; No dia 26/07/2018, por volta das 13h conduzia a sua moto e ao passar no quebra-molas perdeu o controle e sofreu um acidente na PB 044, indo ao chão na entrada das cinco Bocas, na cidade de Caaporã/PB, sentido a cidade de Goiana/PB, conforme ficha de atendimento do SAMU nº 2142517; QUE, o notificante foi socorrido para o Trauminha conforme documento em anexo e depois para o hospital de Emergência e traumas conforme Laudo médico que atesta CID10 S72.4, prontuário 1101104 e boletim de entrada nº 1097208; QUE, o veículo do notificante era uma HONDA/BIZ 125 EX, ANO 2011, MODELO 2011, AMARELA, PLACA PFL5846, CHASSI 9C2JC4830BR009070, em nome do notificante. E nada mais disse nem lhe foi perguntado. Requer registro de Ocorrência, e respectiva Certidão para fazer prova junto ao órgão competente.



Josenaldo Vicente de Souza
COMUNICANTE

[Assinatura]
Agente de Investigação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

Formulário Denatran - 01/92

DET-RN - PE

Nº 019727194/99

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA	COD RENAVAM	NUMERO	DATA
1	331629313	*****	21/08

JOSENAIRDO VICENTE DE SOUZA

GOIÂNIA - PE

039 907 584-46

PLACA
PEL5846

PLACANT / U.F.

9C2JG4B JDBR0005070

EAS /MOTONETRA

LICHO/GASOL

HONDA/BIZ 125 EX

ANO FAB 2011 ANO MOD 2013

2/P/124GL

PARTIC

AMARELA

I PVA

2018

QUITADO

VENC / COTAS

P	V	A
1	1	1
TAXA I.P.V.A	PARCELAMENTO / COTAS	** ** *
** ** *	** ** *	** ** *
3		

PREMIO TABULARIO (RS)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

AL. FID. ADM CONS. NAE HONDA LTDA

GOIÂNIA

DATA
26/03/18

Charles Andrew Souza Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PA

PE Nº 013/27194749 BILHETE DE SEGURO DPVAT JOSEFALDO VICENTE DE SOUZA		ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
GOIÂNIA - PE 1 V/A 039 907 584-46 ORF/GRUPO 331629313 DEBIVAN 2011 ANO FAP 08 ALIQUOTA 9C2JC4830BR009070 INSCRIÇÃO	DATA EMISSÃO 2018 25/03/18 VALOR R\$ 15.846 MARCA/ MODELO HONDA/ BIZ 125 EX	0	
PRÊMIO TARIFÁRIO R\$ (R\$) DEBIVAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)		2011 08 9C2JC4830BR009070 INSCRIÇÃO	
CUSTO DO BILHETE (R\$) SEGURO PAGO		(R\$) (R\$) (R\$)	
PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITACÃO		(R\$) (R\$) (R\$)	
SEGURADORA LIDER - DPVAT CNPJ 09.248.688/0001-04			



AVENIDA CRUZ CABUGA - ANUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 1881.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190310326710 Escritório: GOIANA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

01032671.0 03/2019-2

JOSE MANUEL DE SOUZA
VI. RESANTO DO TEMPO, N. 50003 - Q-M - CENTRO GOIANA PE 55900-000
INSCRIÇÃO: 062.400.160.0398.000 GRUPO: 7

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 01032671.0

LIGADO	POTENCIAL	REAL /
A129226717	27/02/2019	29/03/2019

ÁGUA
LEIT. ANT.: 481
LEIT. ATUAL: 488
LEIT. FAT.: 488

ESGOTO
LEIT. ANT.:
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.:

CONSUMO: 7 VOLUME: 0

PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	NÚMEROS DE AMOSTRAS	
		ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	46	46	46
COR APARENTE	46	46	44
COLORO RESIDUAL	46	46	46
COLIFORMES TOTAIS	46	46	46
E. Coli	46	46	46

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO

REFERÊNCIA	CONSUMO
07/2019	13/
01/2019	2/
12/2018	8/
11/2018	7/
10/2018	7/
09/2018	9/
MÉDIA	7/ 0

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E COLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

7 M3

8,65

	8,65	1,65	0,14
FIS	8,65	7,60	0,66
COFINS			

15/04/2019

8,65

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 17/04/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRICULA: 01032671.0

03/2019-2

15/04/2019

8,65

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



17/05/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

VÍTIMA JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO
CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME
BENEFICIÁRIO JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
CPF/CNPJ: 03990758446

590,00

Posição em 17-05-2019 09:26:48

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/05/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 26/07/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 26/07/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Josenaldo Vicente de Souza.	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura do Fêmur Distal Dir. Fratura da tíbia Direita.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): osteossíntese com placa e parafusos no fêmur distal e Tíbia Direita. fisioterapia motora 30 sessões.	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Déficit de força e ADM com dor
2º forte resultando em perda.
3º funcional de 70% no membro
4º inferior Dir.
5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 04/12/18 A 04/12/18 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL Goiânia

DATA 04/12/18

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Alison F. F. Vieira
Ortopede Traumatologia
CRM-PE 69137-6
R. 12B14





Documento de Alta

Nome: JOSÉNALDO VICENTE DE SOUZA			Número Prontuário: 110104
Data de: 11/07/1979	Sexo: Masculino	Data de Internação: 26/07/2018 19:42:59	Data de Alta: 09/08/2018 13:05:58
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: PACIENTE SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE 1/3 DISTAL DE FÊMUR E DIÁFISE DE TÍBIA DIREITOS COM OSTEOSINTESE			
Resumo da Internação: O MESMO			
Resultado de Exames: RADIOGRAFIAS E TOMOGRAFIAS			
Tratamento: PACIENTE SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE 1/3 DISTAL DE FÊMUR E DIÁFISE DE TÍBIA DIREITOS COM OSTEOSINTESE POR DR. SÁVIO E DR. CARLOS EM 07/08/2018 BLOCO HTOP			
Diagnóstico: S70.1 - Fratura da extremidade distal do fêmur			
Recomendações: PACIENTE RETORNARÁ AO AMBULATÓRIO HTOP EM 20/08/2018 PARA DR. SÁVIO BRUNO PRESCREVO CEFALOXINA, PACO, FOSIS E VERSA E ADDERA, VELUS E CURATIVO PSE ESTÉRIL			

Data: 09/08/2018

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM PB 6902 CRM RJ 22641
TEOT 1384CARLOS ALBERTO MARQUES
VIEIRA
CRM: 6902 - PB



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

ADRIANO VICENTE DE JESUS

4 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masc. ☐

Fem. ☐

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Resortamento

20 - QTDE

20

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura fechada (POM) bacia

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

M72.9

40 - OBSERVAÇÕES

Com 42 o pulm. b3 joelho (D)

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/3/17

43 - ASSINATURA

Dr. Carlos Augusto

REGISTRO DO CONSELHO

43 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

185161055203272

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls.1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

45 - ASSINATURA E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO

44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES





Código : 0003562
Cliente : JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
Médico : BERTYLLY MORAES
Convênio: PARTICULAR
RG:

Cadastro: 06/11/2018 - 15:03 hs
Sexo : M
Idade: 39 anos
Fone :

Serviços

FIS-P - FISIOTERAPIA PACOTE

Total: 300.00	Desconto: 0	Sinal: 300.00	Saldo: 0.00
---------------	-------------	---------------	-------------

Atendente: ROSALIA MARIA	Emissão: 06/11/2018	15:03	PACOTE DE 10 SESSOES
--------------------------	---------------------	-------	----------------------

Centro Médico
Bertylly Moraes
FIS-P





Código : 0004653
Cliente : JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
Médico : MARIA EMILIA
Convênio: PARTICULAR
RG: 03990758446


Cadastro: 28/09/2018 - 15:11 hs
Sexo : M
Idade: 39 anos
Fone :

Serviços

FIS-P - FISIOTERAPIA PACOTE
FIS-P - FISIOTERAPIA PACOTE

Total: 600.00 Desconto: 0 Sinal: 0.00 Saldo: 600.00

Atendente: LAIS Emissão: 26/11/2018 15:11


M^a Emilia de Barros Cavalcanti
FISIOTERAPEUTA
CREFITO: 166503P

11.490.539/0001-22
Centro Médico de Goiana Ltda.
Rua da Soledade, 60
Centro - CEP: 55900-000
Goiana - PE





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	11/07/79
NOME DA MÃE	LUIZA MARIA VICENTE DE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	1.101.104
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.097.208
DATA DO ATENDIMENTO	26/07/18
HORA DO ATENDIMENTO	17:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA + FRATURA DE FÊMUR DISTAL DIREITO
CID 10	S72.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, procedente do Ortopedia e Traumatologia. Paciente vítima de queda de moto, refere dor na coxa direita e limitação dos movimentos. Refere deformidade de tibia direita. Apresentando fratura distal de fêmur direito + fratura diafisária de tibia direita. Internação para tratamento cirúrgico. operado e evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coxa direita
RX de perna direita

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura diafisária de tibia direita
Fratura distal de fêmur direito.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura diafisária de tibia direita. Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito.

ALTA HOSPITALAR:	09/08/18
DATA DA EMISSÃO:	12/11/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLA
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





CERTIDÃO

Nº. 0283/2019

Atendendo solicitação de **JOSENALDO VICENTE DE SOUZA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº148228 e prontuário nº2018.07.003464 pertencente a paciente que foi atendido dia 26/07/2018 às 14h42min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em punho direito.

Submetido à avaliação médica, e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de punho direito. Paciente encaminhado ao trauma.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de março de 2019

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITTY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 148228 Atd: Nao Regui
Data: 26/07/2018
Hora: 14:42:50
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSENAI DO VICENTE DE SOUZA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.07.003464

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 5642812 Fone: 989500605

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 11/07/1979 Id: 39 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, OSIC A CUNHADA-LAURIVALDA

Bairro: CENTRO Cidade: GOIANA UF: PE

Mae: LUIZA MARIA VICENTE DE SOUZA

Pai: JOSE MANOEL DE SOUZA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: A CUNHADA LAURIVALDA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

RECEBADO

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM CAAPORA PB 044

Vitima de violência por: ENTRADA DAS CINCO BOCAS/12:30 COND

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:

FR:

[X] Aparentemente Bem [] Grave

PC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[X] Regular [] Chocado

[] Vômito

Observacao

Queixa Principal

VITIMA DE QUEDA DE MOTO NEGA VOMITO E DESMAIO
SEGUNDO O SAMU DE CAAPORA (SIC)

História - Exame Físico: - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico

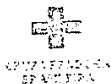
Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Davi Christian
Médico Residente - Clínica Ger
CRM PB 10876





RELATÓRIO DE CIRURGIA

10 F 1581

NOME: JOSEALDO VICENTE DE SOUZA BE/PRONTUÁRIO 1097208
IDADE: SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: 07/08/2018
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA DIREITA
CIRURGIÃO: DR. CARLOS 1º ASS: DR. SAVIO
2º ASS: MR DANIEL 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA DIREITA	
FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA DIREITA	
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO
DESCRIÇÃO:
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: DATA: 07/08/2018

Daniel
MEI
CRM

Daniel
CRM 11134





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

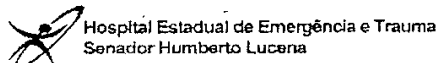
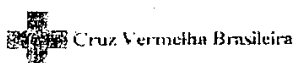
Paciente JOSEALDO VICENTE DE SOUZA		BAE 1097208	Data/Hora Entrada 26/07/2018 17:24:35	Data Baixa
Data de nascimento 11/07/1979	Idade 39a 15d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (81) 89500605
Mãe LUIZA MARIA VICENTE				Prontuário
Endereço PROJETADA, SN		Bairro CONJUNTO BOM TEMPO	Município GOIANA	UF PE
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO DE ASSIS FREITAS	Nº Cons. Regional 5303/PB	
Data/Hora Classificação 26/07/2018 17:24:35			Data/Hora Prescrição 26/07/2018 17:32:24	
Anamnese APOS QUEDA DE MOTO REFERE DOR NA COXA DIREITA E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS, NAO CONSEGUE AMBULAR SOLICITO RX E AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA ALTA DA CIRURGIA GERAL				
CUIDADOS SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA				
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA				
CID10				
Código	Descrição			
T14.9	Traumatismo não especificado			
Conduta n observação				

JOSEALDO VICENTE DE SOUZA

Dr. Francisco de Assis Freitas
Cirurgia Geral e UTI
CRM-5303FRANCISCO DE ASSIS FREITAS
(CRM: 5303/PB)

Boletim registrado por: ANA CARLA FELICIANO DA SILVA em 26/07/2018 17:26:54

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=346432&pesquisa=S&pe>



AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1097208



Identificação do paciente				
ID 1310270	Nome JOSENALDO VICENTE DE SOUZA			Sexo Masculino
Data de nascimento 11/07/1979	Idade 39 anos 1 mes 3 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 110104
Mãe LUIZA MARIA VICENTE			Pai JOSE MANOEL DE SOUZA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) - CUNHADO(A)	
DDD Móvel 81	Fone Móvel 89500605	DDD Fixo 81	Fone Fixo 97347555	
Tipo documento CNH	Número documento 05111302190	Nº Cns		
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)			Tipo UNIDADES SAUDE	UF PB
Endereço	Naturalidade GOIANA		CBO/R	
Endereço				
CEP 55900000	Município de residência GOIANA	UF PE	Logradouro PROJETADA	
Número SN	Complemento		Bairro CONJUNTO BOM TEMPO	
Admissão				
Data e Hora 26/07/2018 17:24:35	Número da pulseira 1000059892921		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco			Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Velo de ambulância Não	Trauma Não	
Velo de transporte AMBULANCIA		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
CID				
Atendido por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA				
Tempo 02min 19seg				

Imprimir





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	11/07/79
NOME DA MÃE	LUIZA MARIA VICENTE DE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	1.101.104
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.097.208
DATA DO ATENDIMENTO	26/07/18
HORA DO ATENDIMENTO	17:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA + FRATURA DE FÊMUR DISTAL DIREITO
CID 10	S72.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, procedente do Ortotrauma de Mangabeira, vítima de queda de moto, refere dor na coxa direita e limitação dos movimentos. Refere dor e deformidade de tibia direita. Apresentando fratura distal de fêmur direito + fratura diafisária de tibia direita. Internação para tratamento cirúrgico. operado e evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coxa direita
RX de perna direita

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura diafisária de tibia direita
Fratura distal de fêmur direito.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura diafisária de tibia direita. Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur distal direito.

ALTA HOSPITALAR:	09/08/18
DATA DA EMISSÃO:	12/11/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Prefeitura Municipal de Caaporá
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

PREFEITURA DE
CAAPORÁ
construindo uma nova história

SAMU

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 26/07/18	ID da Ocorrência 2142513	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe 47	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base 13 : 00 Hs	Hora de Chegada no Local 13 : 05 Hs
Paciente / Usuário José da Vinte de Souza				Idade 39	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Cupissura <input type="checkbox"/> Taquara <input type="checkbox"/> Pitimbu <input type="checkbox"/> BR 101 <input type="checkbox"/> Acaú <input type="checkbox"/> Outro:				Bairro Cinco Bocas		
Logradouro PB044 - Entrada das cinco bocas				Médico Regulador Dimant		
Quantidade de vítima(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input checked="" type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Traumático (Ototoxica) Destino (Unidade Hospitalar)				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo) Dr. David Anderson de Souza Cirurgião Geral CRM 10.941		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA		<input type="checkbox"/> TRANSPARÊNCIA	
<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO		Hospital de Origem: _____	
Motivo: _____		Responsável: _____	
CAUSAS EXTERNAS <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: _____		Hospital de Destino: _____	
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____		Responsável: _____	
		ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Quais? _____	

1. DADOS VITAIS
110 x 80 FC: 92 FR: 22 HGT: 140 SpO2 - S/O2: 99% SpO2 - C/O2: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: _____

Intervenções: **Imobilização + AVF + Medicamentos (administração)**

Evolução do Enfermeiro:

Paciente consciente e orientado, vítima de queda de moto, fazendo uso de capote, sem ^{lesão} ~~lesão~~ ^{estilo} ~~estilo~~. Fratura fechada de tíbia e luxação no MMS. Realizado protocolo de trauma, administrado medicação conforme orientações de regulação e encaminhado ao **Ototoxica (Mangabeira)**.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

1 xilatil 40mg + 1 diclofenaco 4mg



2 - VIA AÉREA:

☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☒ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Fétido

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☒ Normal

3.1 - EDEMAS:

☒ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO

☒ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Chelo ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL: _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☒ Sentado ☐ Deambulando ☐ outp: _____

Nível de Consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão
☐ Cânula Orofaríngea
☒ Colar cervical
☐ Controle de hemorragia
☐ Cricotireoidostomia
☐ Curativo

☐ DEA
☐ Desobstrução vias aéreas
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilação / Cardioversão
☐ Entubação Orotraqueal
☐ Inalação de Oxigênio (O2)
☒ Imobilização de membros

☐ KED Adulto
☐ KED Infantil
☐ Massagem cardíaca externa
☐ Orotraqueal
☒ Prancha Longa
☒ Punção venosa
☐ Sonda gástrica

☐ Sonda vesical
☐ Sedação
☒ Talas / Tração
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ VMI
☐ VMNI
☐ Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

1 fita HGT, 1 lanceta, algodão, 1 equipe macropotes, 1 jaleco 20, 1 SRL, 3 ataduras 2,0 cm, esparadrapo.

PETENCES DA VÍTIMA

☐ Não

☐ Sim

Objetos:

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: Gildeneo

MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: _____

COREN: _____

ENFERMEIRO(A): Maira

COREN: 529.827

MÉDICO(A): _____

CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____ RG / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____

TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____

