

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:

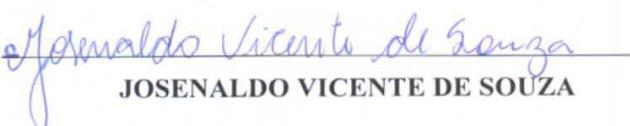
Viviane Evangelista de Souza Alves, brasileira, divorciada, inscrita na OAB-PE sob o nº18.789, com endereço profissional a Rua do Riachuelo nº 189, Edf. Almirante Barroso, Bairro; Boa Vista, Recife-PE.

RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita regulamente 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 bancária 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.

Jozenaldo 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.

joenaldo Vicente de Souza
JOSENALDO VICENTE DE SOUZA





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE POLÍCIA DE CAAPORÃ
Rua Augusto Correia Veloso, 56 – Centro CEP 58.326-000 Tel/Fax: (83) 3286 1402



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

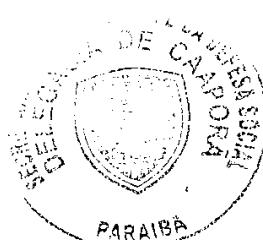
Endereço: Vila Bom tempo , quadra M, 03, Goiana/PE

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

Agente de Investigação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

-MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

PENB 013724197749 BLHFL DE SEGURO DPVAT
DETRAN PE CERTIFICADO DE REGISTRO E VENCIMENTO DE VÉHICULO
CÓDIGO DE INSCRIÇÃO: 331629313
PLACA: 2116B

JOSEPHINO VICENTE DE SOUZA

JOSEPHINO VICENTE DE SOUZA

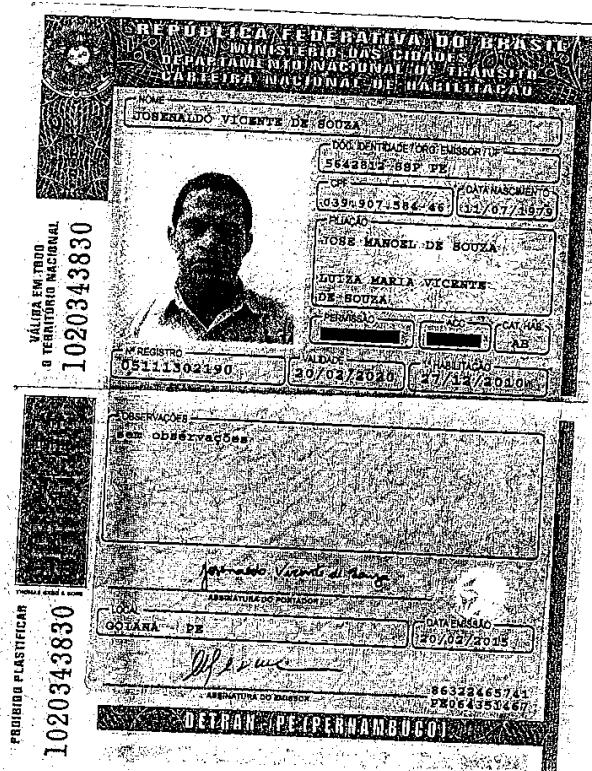
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

CONTRAN		GOLANA		PE		GOLANA		PE		GOLANA		PE	
PLACA/ANTO/PLACA		CÓDIGO UNICO		CLASSE		PLACA/ANTO/PLACA		CÓDIGO UNICO		CLASSE		PLACA/ANTO/PLACA	
331629313		9C21C48308B009070		2018		331629313		9C21C48308B009070		2018		331629313	
HONDA/BIZ 125 EX		HONDA/MODELO		ANO/FAB.		HONDA/BIZ 125 EX		HONDA/MODELO		ANO/FAB.		HONDA/BIZ 125 EX	
2P/124(L)		CATEGORIA		CÓDIGO UNICO		2P/124(L)		CATEGORIA		CÓDIGO UNICO		2P/124(L)	
P		P		1		P		P		1		P	
V		V		2		V		V		2		V	
A		A		3		A		A		3		A	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IPVA (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO		PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IPVA (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
SEGURADOR		PAGO		PAGO		PAGO		SEGURADOR		PAGO		SEGURADOR	
OBSERVAÇÕES													
AL. FID. ADM CONS NAE HONDA LTDA													
SEGURO LIDER													
CONTRAN													
GOLANA													
25/03/18													
Cleuzer Andrade Souza Ribeiro													
Dirigente Presidente DPTAN													
CNPJ 09.248.668/0001-04													
SEGURADORA LIDER - DPVAT													
Assinado eletronicamente por: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES - 06/02/2020 11:19:24 https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020611192408100000056573703 Número do documento: 20020611192408100000056573703													





Assinado eletronicamente por: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES - 06/02/2020 11:19:24
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020611192408100000056573703
Número do documento: 20020611192408100000056573703

Num. 57516767 - Pág. 6



AVENIDA CRUZ CABUGA - NÚM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (81) 0800-081-0195
Inscrição Estadual: 1881.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 20190310326710

Escritório: GOIANA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

01032671-0 03/2019-2

JOSE MANOEL DE SOUZA
VI. RES. SANTO ANTONIO TEMPO, N. 30003 - Q-M - CENTRO COIANA PE 55900-000
INSCRIÇÃO: 062.400.160.0398.000

GRUPO: 7

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 01032671.0

LIGADO	POTENCIAL	DATA		VALOR
		DATA	VALOR	
A129226717	27/02/2019	29/03/2019		REAL /
ÁGUA	CONSUMO: 7			
LEIT. ANT.:	481	ESGOTO		
LEIT. ATUAL:	488	LEIT. ANT.:		
LEIT. FAT.:	488	LEIT. ATUAL:		
HISTÓRICO DE CONSUMO		COLIFORMES TOTAIS		
REFERÊNCIA/CONSUMO		E. Coli		
02/2019	13/			
01/2019	2/			
12/2018	8/			
11/2018	7/			
10/2018	7/			
09/2018	9/			
MÉDIA	7/ 0			
NÚMEROS DE AMOSTRAS				
PARÂMETROS		EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ		46	46	46
COR APARENTE		46	46	44
CLORO RESIDUAL		46	46	46
COLIFORMES TOTAIS		46	46	46
E. Coli		46	46	46
OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.				

CONSUMO POR FAIXA			VALOR R\$
RESTDENCIAL 001 UNIDADE	7 M3		8,65
CONSUMO DE ÁGUA			
PIS			
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

01032671.0

03/2019-2

8,65

VIA COMPESA

15/04/2019

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES - 06/02/2020 11:19:24
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020611192408100000056573703>
Número do documento: 20020611192408100000056573703

Num. 57516767 - Pág. 7

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



Assinado eletronicamente por: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES - 06/02/2020 11:19:24
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020611192419600000056573705>
Número do documento: 20020611192419600000056573705

Num. 57516769 - Pág. 1

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 da Souza.	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura do Fêmur Distal Dir. Fratura da tíbia Direito.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Osteossíntese com placa e parafusos no fêmur distal e Tíbia Diáfrago. 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: [] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. [] 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 A.D.M com dor
2º	forte resultando em perda funcional de 70% no membro inferior Dir.
3º	
4º	
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.

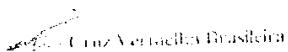
Local

Data

04/12/18

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PE 6913 / CRM-PE 17609
Assinatura e Carimbada





Documento de Alta

Nome: JOSE NALDO VICENTE DE SOUZA		Número Prontuário: 110104	
Data de nascimento: 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 FÉMUR E DIÁFISE DE TÍBIA DIREITOS COM OSTEOSÍTESE			
Resumo da Internação: O MESMO			
Resultado de Exames: RAD. OGRÁFIAS E TOMOGRAFIAS			
Tratamento: PACIENTE SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE 1/3 DISTAL DE FÉMUR E DIÁFISE DE TÍBIA DIREITOS COM OSTEOSÍTESE POR DR. SÁVIO E DR. CARLOS EM 07/08/2018 BLOCO HTOP			
Diagnóstico: S72.1 - Fratura da extremidade distal do fêmur			
Recomendações: PACIENTE RETORNARÁ AO AMBULATÓRIO HTOP EM 20/08/2018 PARA DR. SÁVIO BRUNO PRESCREVO CEFALEXINA , PACO , LEOXIS E VERSA E ADDERA , VELUS E CURATIVO FSE ESTÉRIL			

Data: 09/08/2018

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM PB 6902 CRM PE 22641
TEOT11342

CARLOS ALBERTO MARQUES
VIEIRA
CRM: 6902 - PB



 SUS Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL		fis.1/2	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				2 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
3 - NOME DO PACIENTE <i>Adriano VICENTE DE JUVY</i>				4 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO <i>/ /</i>		7 - SEXO <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	8 - RACA/COR
9 - NOME DA MÃE				10 - TELEFONE DE CONTATO DDD <i>11</i> N° DO TELEFONE	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL				12 - TELEFONE DE CONTATO DDD <i>11</i> N° DO TELEFONE	
13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <i>16 - UF</i> <i>17 - CEP</i>	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA					
PROCEDIMENTO SOLICITADO				18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Piscostomia</i>	
				19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Piscostomia</i>	
				20 - QTDE <i>20</i>	
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)					
38 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Fusurin Fimur (pely btrzda) M72.4</i>		37 - CID 10 PRINCIPAL <i>M72.4</i>		38 - CID 10 SECUNDÁRIO <i>M72.4</i>	
39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
40 - OBSERVAÇÕES <i>Ganho o nro. 63 jsmto (D)</i>					
SOLICITAÇÃO					
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>13/3/17</i>		43 - DOCUMENTO () CNS () CPF <i>8516101515731231712</i>	
				44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>CRM PB 6902 CRV/TEO 172941</i>	
				45 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Carvalho 172941</i>	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		48 - DOCUMENTO () CNS () CPF	
				49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
				50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
				51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
				53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC <i>8 / / /</i>	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)					
54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				55 - CNES	

 SUS Sistema Único de 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 <i>honorato</i>		4 - N° DO PRONTUÁRIO <i>Viviane</i>		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO <i>1 / 1 /</i>		7 - SEXO <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
8 - NOME DA MÃE		9 - DDD		10 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - DDD		13 - 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 <i>Existe pice</i>		20 - QTDE <i>30</i>
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 <i>Existe d furur a fibro</i>		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 CARMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO) <i>Ortopedista Traumatóloga CDM</i>
43 - DOCUMENTO () CNS () CPF		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 () CNS () CPF		49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		51 - ASSINATURA E CARMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		53 - PÉRIODO DE VÁLIDADE 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

*Rosalia Maria
Bertylly Moraes
06/11/2018*





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

V.100
 M^a Emilia de Barros Cavalcanti
 FISIOTERAPEUTA
 CREFITO: 166503P

R\$1.490,539 (000,00)
 Centro Médico Goiana Ltda.
 Rua da Soledade, 60
 Centro - CEP: 55900-000
 Goiana - PE





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 FÉMUR DISTAL DIREITO
CID 10	S72.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, procedente do Ortotrauma Mangabeira, 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 Tarcisio 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 Escorrel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de março de 2019

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

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



Assinado eletronicamente por: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES - 06/02/2020 11:19:24
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020611192419600000056573705>
Número do documento: 20020611192419600000056573705

Num. 57516769 - Pág. 9



RELATÓRIO DE CIRURGIA

06-F-181

NOME:	JOSENALDO VICENTE DE SOUZA	BE/PRONTUÁRIO	1097208
IDADE:	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	COR:	DATA: 07/08/2018
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA	EMP:	LR:
CIRURGIA:	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA DIREITA		
CIRURGÃO:	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 DIAFISÁRIA DE TIBIA DIREITA	
FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO	

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

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NÃO

Descrição:

BÍOPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NÃO

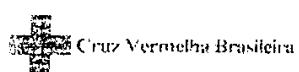
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

<input checked="" type="checkbox"/> ENFERMARIA	TERAPIA INTENSIVA
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: DATA: 07/08/2018

DR. CARLOS
CRM-11134





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSENALDO VICENTE DE SOUZA	BAE 1097208	Data/Hora Entrada 26/07/2018 17:24:35	Data Baixa
Data de nascimento 11/07/1978	Idade 39a 15d	Sexo Masculino	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 WAMBULAR

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	Treumatismo não especificado

Conduta

n observação

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Dr. Francisco de Assis Freitas
Cirurgia Geral e UTI
CRM: 5303

FRANCISCO DE ASSIS FREITAS
(CRM: 5303/PB)

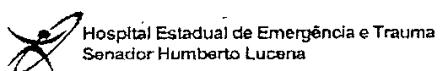
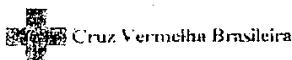
Boletim registrado por: ANA CARLA FELICIANO DA SILVA em 26/07/2018 17:26:54

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



Assinado eletronicamente por: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES - 06/02/2020 11:19:24
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020611192419600000056573705>
 Número do documento: 20020611192419600000056573705

Num. 57516769 - Pág. 12



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 UNIDADESAUDE
mall	Naturalidade GOIANA	UF PB		
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 150	Plano de saúde Não	Véio de ambulância Não	Trauma Não	
ólo 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



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 FÉMUR 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 Caaporã
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

PREFEITURA DE
CAAPORÃ
construindo... sua nova história

SAMU

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 26/07/18	ID da Ocorrência 2192517	<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 Josualdo Vicente de Souza					Idade 39	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Cupíssura <input type="checkbox"/> Taquara <input checked="" type="checkbox"/> Pitimbu <input type="checkbox"/> BR 101 <input type="checkbox"/> Acaú <input type="checkbox"/> Outro:			Bairro Cinco Bocas		Médico Regulador Dinant	
Logradoiro PB 044 - Entrada das cinco bocas						
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:						
Apóio 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 Tercelos <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 Dr. Davi Amorim de Souza CIRURGIA GERAL CONGENITAL						
Responsável e Função (Assinatura e Carimbo) Traumínha (Osteotrauma) Destino (Unidade Hospitalar)						

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSPARÊNCIA
Motivo:	Hospital de Origem:
► CAUSAS EXTERNAS ► 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: <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:
	Hospital de Destino:
	Responsável:
	ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Intervenções Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Quais?

1. DADOS VITAIS
110 x 80 FC: 92 FR: 22 HGT: 140 SpO2 - S/O2: 99.1 SpO2 - C/O2: _____

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções: Instabilizadas + AVP + Medicamento (administração)

Evolução do Enfermeiro:

Paciente consciente e orientado, vítima de queda de moto, fazendo uso de capacete, sem uso de óculos. Fratura fechada de tibia e perna associada ao mma. Realizou protocolo de trauma, administrado medicamentos conforme orientações da reguladora e encaminhado ao Osteotrauma (Unguabira).

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

1 fátil 40mg + 1 dexametasona 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:

Crepitação Hemoptise Expectorção Enfisema subcutâneo Hálito Etílico

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 Cheio Ausente

3.4 - E.C.G.

Normal Alterado Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECG: _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

Abortamento Hemorragia vaginal Trabalho de parto Normal _____ semanas

Encontrado: Decúbito Dorsal Lateral Ventral Sentado Deambulando outro: _____

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

PROCEDIMENTOS

<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaringea	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input checked="" type="checkbox"/> Talas / Tração
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Cricotireóstomia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input checked="" type="checkbox"/> Puncão venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros: _____

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

1 fita HGT, 1 lanceta, algodões, 1 equipo macrogatos, 1 jato 20, 1 SRL, 3 ataduras 20 cm, esparadrapo.

PERFECES DA VÍTIMA

Não

Sim

Objetos: _____

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do recebedor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: Gildéia

MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: _____

COREN: _____

ENFERMEIRO(A): Maina

COREN: 529.827

MÉDICO(A): _____

CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - Recusa Remoção Recusa Atendimento

NOME: _____ **RG / CPF:** _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____

Observação: _____

TESTEMUNHA: _____

TESTEMUNHA: _____

