



JOHN LENON

OAB nº 35.885/PE

ADVOGADO

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da cédula de identidade nº 4.184.744 SDS/PE, inscrito no CPF nº 755.372.734-20, residente e domiciliado na Rua Antônio Migue dos Santos, nº 65, Centro, Quixaba/PE, CEP 56.828-000.

OUTORGADOS: JOHN LENON PEREIRA DE LIMA, brasileiro, solteiro, portador do CPF de nº 091.246.364-36, inscrito na OAB/PE nº 35.885 e **LAURINDO ANTÔNIO DE MEDEIROS NETO**, brasileiro, casado, portador do CPF de nº 045.724.684-78, inscrito na OAB/PB 19.634, com escritório profissional localizado na Rua Severino Oliveira Santos, nº 34, 1º andar, Centro, CEP 56828-000, Quixaba/PE, onde recebe às intimações de estilo, art. 106, I do CPC, endereço de e-mail drjohnlenon@hotmail.com.

PODERES: O(s) OUTORGANTE(S) confere(m) ao OUTORGADO amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no art. 104 do Código de Processo Civil, e poderes especiais para praticar todos os atos do processo, substabelecer poderes, nomear preposto, renunciar a quaisquer valores que excedam o teto dos Juizados Especiais Federais, **inclusive receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, TRANSIGIR, NEGOCIAR, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, FIRMAR ACORDO e assinar declaração de hipossuficiência econômica**, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais, Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, bem como instituições bancárias, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente.

Quixaba/PE, 27 de janeiro de 2020.

OUTORGANTE

RUA SEVERINO OLIVEIRA SANTOS, Nº 34 - 1ª ANDAR,
CENTRO, QUIXABA/PE, CEP 56.828-000

Telefones: (87) 9809-7805 / (87) 8856-4192

Email: drjohnlenon@hotmail.com

1





JOHN LENON

OAB nº 35.885/PE

ADVOGADO

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da cédula de identidade nº 4.184.744 SDS/PE, inscrito no CPF nº 755.372.734-20, residente e domiciliado na Rua Antônio Miguez dos Santos, nº 65, Centro, Quixaba/PE, CEP 56.828-000, declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50 e o artigo 98 do CPC, pobre no sentido legal da acepção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Quixaba em, 27 de janeiro de 2020.

José Reginaldo dos Santos

JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS

RUA SEVERINO OLIVEIRA SANTOS, Nº 34 - 1ª ANDAR,
CENTRO, QUIXABA/PE, CEP 56.828-000

Telefones: (87) 9809-7805 / (87) 8856-4192

Email: djohnlenon@hotmail.com



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.184.744 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/03/2015

NOME << JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS >>

FILIAÇÃO << JOSÉ AUGUSTO DOS SANTOS >>
<< MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS >>

NATURALIDADE QUIXABA - PE DATA DE NASCIMENTO 11/11/1971

DOC. ORIGEM << CC.170 L.802 F.19V CART. QUIXABA-PE 29.09.1994 >>

CPF 755.372.734-20

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

41 002 980206123233.6333994 F-65 78.033 - 3022

10 R-17

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE DEFESA SOCIAL

JOSE REGINALDO DOS SANTOS

11/11/1971

755.372.734-20



Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

CEPE - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Recife - PE CEP 50050-902
Rua da Vista, Recife - PE CEP 50050-902
Fone: (71) 3241-1111 | E-mail: atendimento@cepe.com.br | www.cepe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PLACIDO PEREIRA LINS 65

CPF 755 372 734-20 NIS 1235932371

CENTRO/QUIXABA
QUIXABA PE
56628-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

CONTA CONTRATO 7023333435 **MÊS/ANO** 12/2019

DATA DE VENCIMENTO 19/12/2019 **DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA** 09/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$) 27,11

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,0000000	0,18790701	5,63
62,0000000	0,32212630	19,97
		0,23
		1,28

TOTAL DA FATURA 27,11

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO BASTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
100000	SET	08/11/2019		31 172,00	12/12/2019	31 264,00		33	1,00000		92,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS	CONSUMO (kWh)
DEZ 19	92
NOV 19	82
OUT 19	86
SET 19	71
AGO 19	65
JUL 19	68
JUN 19	65
MAI 19	58
ABR 19	67
MAR 19	74
FEV 19	81
JAN 19	82
DEZ 18	98

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
27,11	0,44	0,11
27,11	2,02	0,54

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Geração de Energia	13,94	47,36%
Transmissão	1,42	5,24%
Distribuição (Cepe)	8,64	31,87%
Perdas de Energia	2,72	10,03%
Encargos Setoriais	0,84	3,10%
Tributos	0,65	2,40%
Total	27,11	100%

TARIFAS APLICADAS

Descrição	R\$
Consumo Ativo até 30 kWh	0,18790701
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,32212630

RESERVAÇÃO AO FISCO
90ED 7589 CC 78 1456 2C5F 5826 73BE B87B

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais próximo de você ou via site www.cepe.com.br. O cliente é responsável por manter o medidor em funcionamento e em boas condições. O cliente é responsável por manter o medidor em funcionamento e em boas condições. O cliente é responsável por manter o medidor em funcionamento e em boas condições.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

CONJUNTO AFETADO	VALOR APLICADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	0,00	5,03	12,06	24,12
FIC	0,00	9,36	6,72	13,45
DMIC	0,00	3,54	0,00	0,00

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

CONTA CONTRATO 7023333435 **MÊS/ANO** 12/2019



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL REGIONAL EMILIA CAMARÁ
VEN
NOTIFICADO

SUS		Unidade: <u>HRVCL Tricentenário</u>		Data: <u>20/05/2018</u>	
PACIENTE	Nome: <u>JOSE REGINALDO DOS SANTOS</u>	Nº da Ocorrência: <u>(323)</u>			
	Residência: <u>Rua Práximo Pereira Nunes / Centro / Araxá - PE</u>	Telefone: _____			
RESPONSÁVEL	Nome: <u>Mãe: Maria do Socorro dos Santos</u>	Telefone: _____			
	Residência: _____	_____			
CONDIÇÃO	PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE
<input type="checkbox"/> SEGURADO <input type="checkbox"/> ESPOSA <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> OUTROS	<u>GUARDA MUNICIPAL</u>	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	<u>14</u> <u>11</u> <u>1973</u>	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO <input type="checkbox"/> UF	NÚMERO: <u>4184744</u> ÓRGÃO EMISSOR: <u>SDS-PE</u>
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA		PACIENTE / HORA	ATENDIMENTO
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> DE AUTO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS		SAÍDA CHEGADA		CHEGADA SAÍDA: <u>19:40</u>	_____ H _____ MIN <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> CASO POLICIAL
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		
MAX.: <u>120</u> MIN.: <u>90</u>			AXILAR.: _____ RENAL: _____		
Exames Complementares			Exames Complementares		
1 - Lesa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas			<p><u>Integridade</u></p> <p>HOSPITAL REGIONAL EMILIA CAMARÁ VEN NOTIFICADO</p>		
<p>Paciente vítima de acidente de moto há 1 hora.</p> <p>A - Via aérea permeável, sem obstrução em particular.</p> <p>B - MV diminuído em HTU, com crepitações subcutâneas e crepitações no costado.</p> <p>C - Hm dinamicamente estável, gástrico em crepitações, abdome não favelado.</p> <p>D - ECG: 15, isocônicos, potassêmico.</p> <p>E - Ferimento exposto em membro superior direito, com hemorragia ativa e fômites.</p>			<p>Tratamento</p> <p>01 - SF 0,9% 1000ml EV</p> <p>02 - Dipirona 0,15g + AN EV</p> <p>03 - Toraxal 50mg - 0,15g + SF 0,9% 1000ml EV</p> <p>04 - Manguito de compressão</p> <p>Dr. [Assinatura]</p>		
Destino Dado ao Paciente			Impressão Diagnóstica		
<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado			<p><u>Fratura da costela 12</u></p> <p><u>Fratura da costela 11</u></p> <p><u>Fratura da costela 10</u></p> <p><u>Fratura da costela 9</u></p> <p><u>Fratura da costela 8</u></p> <p><u>Fratura da costela 7</u></p> <p><u>Fratura da costela 6</u></p> <p><u>Fratura da costela 5</u></p> <p><u>Fratura da costela 4</u></p> <p><u>Fratura da costela 3</u></p> <p><u>Fratura da costela 2</u></p> <p><u>Fratura da costela 1</u></p>		
Encaminhado			Licença Concedida		
Removido			<p>Dr. Francisco Gomes</p> <p>Cirurgião Geral e Obstetra</p> <p>CREMEPE-6740</p> <p>Assinatura: _____</p> <p>Carimbo: CRM / CRO</p>		
Óbito às _____			Assinatura: _____		
Dia _____			Carimbo: _____		
Encaminhado ao HVL _____			Carimbo: _____		



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 185ª CIRCUNSCRIÇÃO - QUIXABA - DP185ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0275000124**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/06/2018** às **15:39**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **20/5/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ANTONIO SALVADOR DE ARAUJO, 0001, PROXIMO A IGREJA** - Bairro: **CENTRO** - **QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTROS (AUTOR \ AGENTE)
JOSE REGINALDO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE REGINALDO DOS SANTOS

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

JOSE REGINALDO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS** Pai: **JOSE AUGUSTO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **11/11/1971** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MUNICIPIO DE QUIXABA, 165, RUA PLACIDO PEREIRA NUNES, PRÓXIMO A CRECHE - CEP: - Bairro: - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL**

OUTROS - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE REGINALDO DOS SANTOS RELATA QUE NO DIA DO FATO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA HONDA, ANO 2010, MOD 2010, COR PRETA, PLACA PFC9109, CHASI 9C2KC1620AR058651, RENAVAM 257043780, VINHA DIREÇÃO LAGOA DA CRUZ PARA QUIXABA QUANDO NO INTUITO DE DESVIAR-SE DE UM MOTORISTA QUE VINHA NA DIREÇÃO OPOSTA EM ALTA VELOCIDADE O SENHOR JOSE COLIDIU SUA MOTO EM UMA ARVORE, OCASIÃO EM QUE SOFREU DIVERSOS FERIMENTOS.

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

JOSE REGINALDO DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **VICENTE TEOTONIO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **221126-2**



ENF_____LEITO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº 87.947
Data 20/05/18
Hora 22:00 h

PACIENTE

Nome: José Reginaldo dos Santos Categoria: Sus
Sexo: M Idade: 41 Cor: Estado Civil: DIVORCIADO
Naturalidade: Barra de São Pedro - PE Profissão: Guarda municipal
Endereço: Rua Plácido Pereira Nunes

RESPONSÁVEL

Pessoa de Quem Depende: Mãe do Socorro dos Santos Parentesco: mãe
Endereço: _____

Ass. Médico - CRM

NOTIFICADO

☐ Clínico ☐ Cirúrgico Hora do Atendimento Médico

Pressão Arterial _____ MX _____ MN. Pulso _____ BPM

Temperatura _____ °C

Queixa Principal_

História da Doença Atual

ATENÇÃO MÉDICA

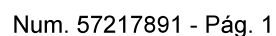
201 no 2170, (sent
to the de. (Hendy
Borsten Rm, and
the Church light
in 2170

HOSPITAL REGIONAL DE LA CAMARAS
VEN
CONFERIDO

HOSPITAL REGIONAL EMILIANO
VEN
NOTIFICADO

$$\begin{array}{r} 17 \\ 71 \\ \hline 46 \end{array}$$

LA'GRÁFICA (87) 9635-7820 / 9917-1862



UNIDADE

Laudo de Cirurgia

Nome do Paciente

N.º do Registro

Data Admissão

Nome do Procedimento Cirúrgico

DRENAGEM DE TORAX ESQUERDO FECHADO

Descrição do ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Drenos
20/05/18						

Realizado em 20/05/18 sob anestesia geral. Incisão 4cm. Drenagem de torax esquerdo n.º 34. Fechamento do torax com Rphu 2-0. Curativo.

Confere 1000-24
10.583.920-24
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
Av. Manoel Virgílio 800 - KM 01 PE 20
CEP 55.800-000 - Av. da Indústria PE

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Cirurgião

Dr. Francisco Gomes
Cirurgia Geral e Obstetrícia
CREMEPE 6740

Lagráfica (87) 9917-1862 / 9635-7820

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério da
Saúde
Secretaria de Saúde de
Pernambuco**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS)	6 - SIS PRENATAL	7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - Nº DO PRONTUÁRIO
9 - NOME DO PACIENTE	10 - DATA DE NASCIMENTO	11 - SEXO	
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	13 - Nº DO TELEFONE DE CONTATO		
14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	16 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	17 - UF
18 - CEP			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRICO CLÍNICO/ EXAME FÍSICO	20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICADAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID. 10 PRINCIPAL
23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIO	24 - CID 10 SECUNDÁRIO
25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
30 - DOCUMENTO	31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO				38 - CNPJ DA SEGURADORA				39 - Nº DO BILHETE				40 - SÉRIE			
36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				41 - CNPJ DA EMPRESA				42 - CNAE DA EMPRESA				43 - CBOR			
37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO															
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA															
() EMPREGO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO															

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	46 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

LA'GRÁFICA (87) 9635-7820



Assinado eletronicamente por: JOHN LENON PEREIRA DE LIMA - 31/01/2020 11:14:34

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013111143478300000056282268>

Número do documento: 20013111143478300000056282268

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
HOSPITAL REGIONAL EMILIA CAMARA - AFOGADOS DA INGAZEIRA

DATA DA SOLICITAÇÃO:
28/05/18 10:17

MÉDICO SOLICITANTE:
FRANCISCO ERLANDIO DE MELO JUNIOR

Nº SOLICITAÇÃO
450643

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:
JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Nº DO PRONTUÁRIO:

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:
11/11/1971

SEXO:
MASCULINO

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
JOSE AUGUSTO DOS SANTOS

TELEFONE DE CONTATO:
8799554883

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE:

AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO:
10/06/18 12:52

OBSERVAÇÃO:

PACIENTE SEGUE COM TRANSPORTE DO SEU MUNICÍPIO QUIXABA.

OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:

Regulador

MÉDICO REGULADOR:

CARLOS HENRIQUE REMIGIO LEAO

TIPO DE LEITO:

CIRURGICO

ESPECIALIDADE:

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO:

CASA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:
11/06/18 07:12

MÉDICO AUTORIZADOR:

Laís Marina dos Santos
ENFERMEIRA
COREN - PE 383116



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL EMILIA CAMARA - AFOGADOS DA INGAZEIRA	DATA DA SOLICITAÇÃO: 28/05/2018 10:17
MÉDICO SOLICITANTE: FRANCISCO ERLANDIO DE MELO JUNIOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 15940

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: JOSE REGINALDO DOS SANTOS	Nº DO PRONTUÁRIO: 450643
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 11/11/1971
	SEXO: Masculino
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: JOSE AUGUSTO DOS SANTOS	TELEFONE DE CONTATO: 8788086594
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	CÓD. IBGE MUNICÍPIO:
	UF:
	CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE SOFREU TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO, APÓS ACIDENTE DE MOTO. ESTAVA INTERNADO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM DE TÓRAX). REFERE DOR E APRESENTA DEFORMIDADE E DIFICULDADES DE MOVIMENTO NO MEMBRO.
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): RX DE OMBRO ESQUERDO.
DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
CID 10 PRINCIPAL:
CID 10 SECUNDÁRIO:
CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
CLÍNICA:	
CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA	DOCUMENTO: ()CNS (X)CPF
Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 03946883419	

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: CASA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA	DATA DE AUTORIZAÇÃO: 11/06/18 07:12
TIPO DE LEITO: CIRURGICO	ESPECIALIDADE: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
MÉDICO AUTORIZADOR:	

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: CARLOS HENRIQUE REMIGIO LEAO	DATA DA SOLICITAÇÃO: 28/05/18 10:17
DOCUMENTO: ()CNS (X)CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 44725167487
	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR: CRM 8958

ESCLARECIMENTOS

Lais Marina dos Santos
ENFERMEIRA
COREN - PE 383116





IMAGINOLOGISTA

TOP IMAGEM

J MOURA SOARES LTDA - CNPJ: 11.469.145/0001-52

Ultrassonografia - DopplerVelocimetria Colorida - Mamografia Digital
Densitometria Óssea - Ecocardiografia - Tomografia Computadorizada
Ultrassonografia Tridimensional - Ultrassonografia Morfológica - Raio X Digital
Ressonância Magnética

RUA APARICIO VERAS, , Fone: (87)3838-2926, Cep: 56.800-000, AFOGADOS DA INGAZEIRA

Pedido: 183630	Paciente: JOSE REGINALDO DOS SANTOS
Sexo: MASCULINO	Idade: 47 anos, 2 meses e 6 dias.
Data do exame: 17/01/2019	Médico(a) solicitante: Solicitação Médica

Ultrassonografia do Ombro Esquerdo

OMBRO ESQUERDO

Pele e subcutâneo: Morfologia e ecotextura preservada.

Músculo deltóide: Morfologia e ecotextura preservada.

Bursa subdeltóide: Com líquido.

Tendão do infraespinhoso: Morfologia e ecotextura preservada.

Tendão do cabo longo do bíceps: Morfologia e ecotextura preservada.

Articulação acrômioclavicular: Morfologia e ecotextura preservada.

Opinião do Relatório:

- TENDINITE DO SUBESCAPULAR COM DISCRETOS SINAIS DE RUPTURA DE FIBRAS;
- ESPAÇO SUBACROMIAL DE 4mm (NORMAL IGUAL OU ACIMA DE 4mm);
- TENDINITE DO SUPRAESPINHAL COM RUPTURA PARCIAL DE FIBRAS;
- BURSITE SUBDELTOIDIANA SUBACROMIAL.

Data de impressão: 17 de janeiro de 2019
Rua Aparicio Veras, 411 Centro
Afogados da Ingazeira - PE - CEP: 56.800-000
Fone: (87)38-1304 / 99943-0001
gem@hotmail.com

JOSE EDSON DE MOURA JUNIOR - CRM. 11653



Casa de Saúde
Dr. José Evóide de Moura



HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CAMARA
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

GOVERNO DE
Pernambuco

ATESTADO MÉDICO

Atesto que: José Reginaldo dos Santos
Profissão: _____

está sob os meus cuidados médicos, devendo portanto:

- ☒ Afastar-se do trabalho por 30 (trinta) dias
☐ Afastar-se das aulas por _____ (_____) dias
☐ Afastar-se da Educação Física por _____ (_____) dias
☐ É portador de deficiência física permanente incapacidade para sua atividade
☒ Encaminhado(a) ao INSS para Perícia Médica / Auxílio Doença*
☐ Acompanhante do paciente _____

* Os atestados Médicos, são apenas referência para a solicitação de benefício junto ao INSS.

Serão informados diagnósticos, o C.I.D. 10, e o tempo previsto na recuperação.

Fica a critério do Médico Perito, a avaliação e concessão ou não do benefício pretendido, de acordo com as observações que lhe forem pertinentes e legislação em vigor.

Diagnóstico: Fratura do clavículo E

Procedimento: Aguia cirurgia

CID 10: 542.0.

Afogados da Ingazeira 20 de 05 de 20 18

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PE 15.946 SBO 11.623



André Quintas

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEMBRO TITULAR DA SOCIEDADE BRASILEIRA (SBOT)

ATESTADO/LAU DO
(AO INSS)

Jose Reginaldo dos Santos
tem patologia clara em ambas as mãos,
sendo tratado cirurgicamente. Evolu-
ção das cartilagens A, sendo que
constatado ao exame: Nódulos, dor,
e diminuição amplitude de movi-
mento; realizado USG confirmando
Sd. Manguito Rotador em ambas as mãos
ao trauma. Evaluando com o
método RNM: Tratamento
cirúrgico para ser realizado,
sendo afastamento de suas
atividades físicas por tempo
indeterminado.

Consultas
Fraturas
Osteoporose
Artrite
Artrose
Bursite
Correção Postural
Dor Lombar (coluna)
Tendinite
Artroscopia do Joelho

Consultório: Centro Diagnóstico (Anexo a Casa de Saúde)
Av. Aparício Veras, 411 - Centro - Afogados da Ingazeira - PE - Fone: (87) 3838-1304
Filial: Flores-PE - Fone: (87) 9 9615-1171

André Quintas
CRM: 15378
Ortopedista / Traumatologista





PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

José Reginaldo Santos

Atendo que o
paciente realiza 12
fisioterapia contínuo
no momento, com
limites LDM
e força MCE.

Talita C. Carvalho Leite
Fisioterapia
CREITO 177353-F

Data: 29/01/19

Carimbo e Ass. do Médico(a)

GRÁFICA ASA BRANCA (87) 3838.1345





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

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180569530

Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00583/00584 - carta_04 - INVALIDEZ

00060292



Carta nº 13727279

