



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 Migues 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 - 1º ANDAR,
CENTRO, QUIXABA/PE, CEP 56.828-000

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

Email: drjohnlenon@hotmail.com





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 Migues 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 - 1º ANDAR,
CENTRO, QUIXABA/PE, CEP 56.828-000

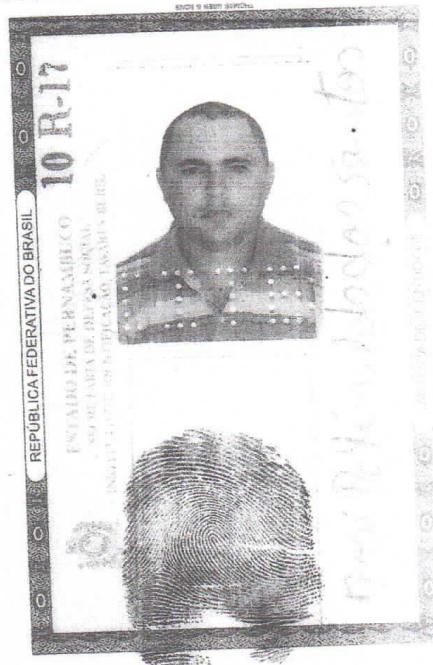
Telefones: (87) 9809-7805 / (87) 8856-4192

Email: drijohnlenon@hotmail.com



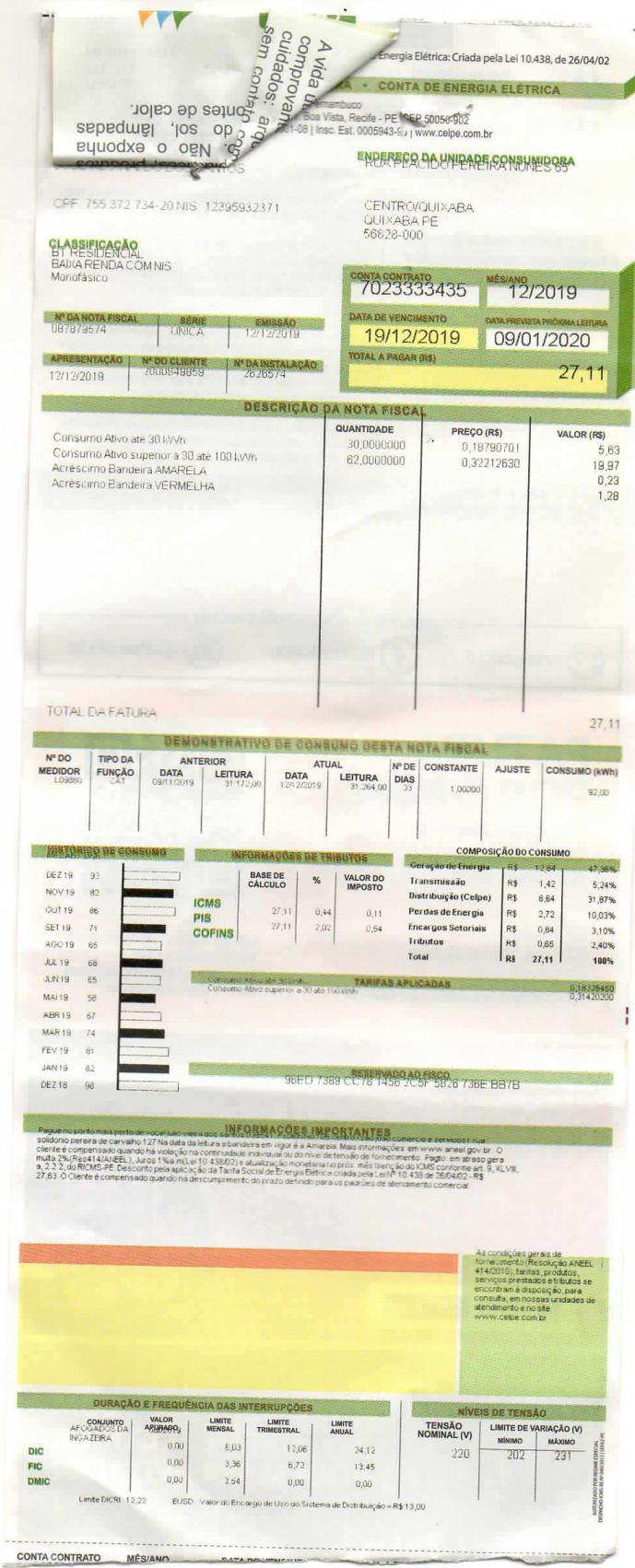
Assinado eletronicamente por: JOHN LENON PEREIRA DE LIMA - 31/01/2020 11:14:33
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013111143364900000056281593>
Número do documento: 20013111143364900000056281593

Num. 57217173 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: JOHN LENON PEREIRA DE LIMA - 31/01/2020 11:14:33
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013111143375700000056281594>
Número do documento: 20013111143375700000056281594

Num. 57217174 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: JOHN LENON PEREIRA DE LIMA - 31/01/2020 11:14:33
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013111143386300000056283679>
Número do documento: 20013111143386300000056283679

Num. 57219109 - Pág. 1

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL REGIONAL EMILIA CÂMARA
VERMELHO

NOTIFICADO

SUS	Unidade: HRUC / Tricentenário					Data: 20/05/2018			
PACIENTE	Nome: JOSÉ REGINALDO dos santos Residência: Rua Procurador Pereira Nunes, Centro/Aracaju-PE					Nº da Ocorrência: (323) Telefone:			
RESPONSÁVEL	Nome: Mãe: Maria do Socorro dos santos Residência					Telefone:			
CONDICÃO		PROFISSÃO		SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE		DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
<input type="checkbox"/> SEGURADO	GUARDA MUNICIPAL		<input checked="" type="checkbox"/> MASC.	11/11/1973	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO	NÚMERO		ÓRGÃO EMISSOR	
<input type="checkbox"/> ESPOSA			<input type="checkbox"/> FEM.		<input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO	4184744		SOS-PE	
<input type="checkbox"/> FILHO					<input type="checkbox"/> UF				
<input type="checkbox"/> OUTROS									
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA		PACIENTE / HORA		ATENDIMENTO			
<input type="checkbox"/> ANDANDO	<input type="checkbox"/> DE AUTO	SAÍDA	CHEGADA	CHEGADA 19:42		-	H - MIN	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO	
<input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA	<input type="checkbox"/> OUTROS	CHEGADA	SAÍDA					<input type="checkbox"/> CASO POLICIAL	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO		TEMPERATURA		Exames Complementares			
MAX.	MIN.			AXILAR:	RENAL	<i>Itens de exame</i>			
120	80					HOSPITAL REGIONAL EMILIA CÂMARA VERMELHO NOTIFICADO			
<p>1 - Uva Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Síndrome - Sintomas</p> <p><i>Paciente vítima de acidente de moto há 2 horas.</i></p> <p>A - Vida adagas pernas, sem edema em parada aguda.</p> <p>B - MV diminuído em HTO, com espasmo sobtentâneo e cefalofagia na costela.</p> <p>C - Hemo diarreicamente estéril, quadriplegia espástica, abdome firme</p> <p>D - ECG: 15, isquemias posturais.</p> <p>E - Faciesna exposta inúmeras escoriações, lúmen fibra e fôrmas.</p>									
<p>Destino Dado ao Paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado</p> <p>Encaminhado</p> <p>Removido</p> <p style="text-align: right;"><i>CONFIRMO</i></p>						<p>Impressão Diagnóstica</p> <p><i>Fratura 3º costela RIO HTO + Palor difuso + Horadada + Fratura clavícula RIO + MTC 3º RIO Tumor 3º RIO Quinto dedo RIO</i></p> <p><i>Dr. Francisco Gomes Cirurgião Geral e Obstétrico CRM/CREMEPE: 6740</i></p>			
<p>Óbito às: 14:58:02/05/2018 HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO Dia: Av. Manoel Virginio Sobrinho, S/N - KM 01 PE 320 CNPJ: 42.800.800-0001-01 Código: 4431g Encaminhado ao IML com o original</p> <p><i>Assinatura / Carimbo - CRM / CRO</i></p>						<p>Licença Concedida</p> <p><i>Dr. Francisco Gomes Cirurgião Geral e Obstétrico CRM/CREMEPE: 6740</i></p>			





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 185ª CIRCUNSCRIÇÃO - QUIXABA - DP185°CIRC DINTER2/21°DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 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 PÚBLICA**

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 MUNICÍPIO 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 OPPOSTA 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

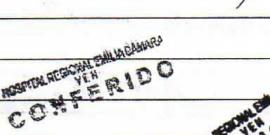
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº 87.947

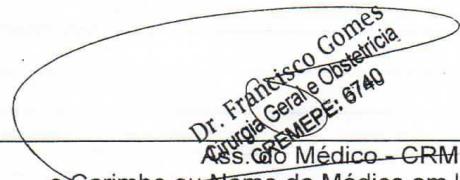
Data 20/05/18

Hora 12:00 hs

PACIENTE	Nome: José Reginaldo dos Santos		Categoria: Sua CC
	Sexo: M	Idade: 51	Cor: Estado Civil: DIVORCIADO
RESPONSÁVEL	Naturalidade: Olinda PE Profissão: Guarda Municipal		
	Endereço: Rua Plácido Pereira Nunes		
ATENÇÃO MÉDICA	Pessoa de Quem Depende: Mae do Socorro dos Santos Parentesco: mãe		
	Endereço:		
	Internado por Ordem de _____		
	Ass. Médico - CRM _____		
	<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Cirúrgico	Hora do Atendimento Médico _____
	Pressão Arterial _____	MX _____ MN.	P脉 _____ BPM
	Temperatura _____ °C		
	Queixa Principal _____	<p style="text-align: center;">Confere Com 920/0010-241 HOSPITAL DO BRICENHO Regional Av. Manoel Vitorino Sobrinho, S/N - CEP 52010-320 Fax: 81-3200-0000. At. da Ingazeira</p> 	
	História da Doença Atual _____		
	<p style="text-align: center;">20/05/2020, Gestante Socorro da Sudorese Gestante de 30 sem dias Fazia dia com cintilância tóxica</p> 		
	<p style="text-align: center;">17 31 46</p>		

LA'GRÁFICA (87) 9635-7820 / 9917-1863

EXAME FÍSICO

Inspeção:	GUB, consciente guinchado - u d dorm		
Palpação:	DORT A palpabilidade é firme, e ma grande, com alguma dor Técnica de palpação, não dolorosa, post - abdominal		
Ausculta:	RIVZ MM DTS		
Hipótese Diagnóstica:	POLIEMERITATIZO + INFEÇÃO (L... de mui organizado para o se anexicústicosegundo		
Alta	Condições de Alta		
Curado _____	<input type="checkbox"/>	Tempo de Permanência Hospitalar _____ dias	
Melhorando _____	<input checked="" type="checkbox"/>	Óbito em _____	Motivo:
Inalterado _____	<input type="checkbox"/>	Hora _____	<input type="checkbox"/>
Piorado _____	<input type="checkbox"/>	+ 48 Horas _____	<input type="checkbox"/>
Óbito _____	<input type="checkbox"/>	- 48 Horas _____	<input type="checkbox"/>
Transferido para _____	Decisão Médica _____ Alta Pediada _____ Transferência _____ Indisciplina _____		
Diagnóstico definido:	Fatores do clínico t		
Tratamento:	No fluxo. Foi visto p/ cirurgia		
Diagnóstico anátomo-Paritológico			
Data	28/05/18		
 Dr. Francisco Gomes Clínica Geral Obstétrica CRMPE: 6740 Ass. Gô Médico - CRM e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma			



UNIDADE**Laudo de Cirurgia**

Nome do Paciente	N.º do Registro	Data Admissão
------------------	-----------------	---------------

Nome do Procedimento Cirúrgico

DRENAGEM DE VASOS SANGUÍNEOS FEVERADO

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

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Drenos
20/01/18						

*Incisão em Q241 SUB BLVY USTO
Introduzir incisão LAM. Operário
de 20x20 mm no nº 34, Gaze
do dreno com Relyme 2-V. Arado*

*Confere fone 241-5206-241
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
Av. Manoel Virgílio Soárez, km 10,5
CEP: 66.300-000, Ar. da Ingá, PA*

1º Auxiliar	2º Auxiliar	Cirurgião <i>J. LENON PEREIRA DE LIMA</i> Cirurgia Geral e Obstétrica CREMEPE 6740
-------------	-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

Lagráfica (87) 9917-1862 / 9635-7820



Conferência Hospitalar
10.655.820/001-66
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
Av. Presidente Robinson Simões, 320
CEP 56300-000 - Petrolina - PE

	Sistema Único de Saúde	Ministério 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		M.R.E.C		2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		M.R.E.C		4 - CNES
Identificação do Paciente				
5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS)		6 - SIS PRENATAL		7 - SENHA/REGULAÇÃO
8 - NOME DO PACIENTE		9 - DATA DE NASCIMENTO		10 - N.º DO PRONTUÁRIO
José Reinaldo dos Santos		11/11/17		82942
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		13 - N.º DO TELEFONE DE CONTATO		Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3
Aminha dos Socorros dos Santos		DDD		N.º DO TELEFONE
14 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)		15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		16 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
Rua Flávio Pereira Nunes		Chiná - PE		17 - UF
				18 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
<p>Paciente vítima de acidente automobilístico com dor no abdômen e suspeita de fratura na perna.</p> <p>Exame com dor no abdômen e suspeita de fratura na perna.</p> <p>Cirurgia R. A. U. Abdome e fratura no fêmur. Dura</p>				
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
<p>Já realizados exames de sangue e Rx de fratura</p>				
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL		22 - CID 10 PRINCIPAL		
Fratura fémur direito + fratura tibia direita		T818		
23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIO		24 - CID 10 SECUNDÁRIO		
Abdome doloroso + fratura costela		T818		
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				
Tomografia computadorizada de abdome e torax				
26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
Tomografia computadorizada de abdome e torax		014112019011719		
28 - CLÍNICA		29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		
Trauma		Internação hospitalar		
30 - DOCUMENTO		31 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
() CNS		() CPF		
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		33 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
Dr. Francisco Gonçalves Lima		00/05/2018		
34 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
35 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		39 - N.º DO BILHETE
36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				40 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				41 - CNPJ DA EMPRESA
				42 - CNAE DA EMPRESA
				43 - CBOR
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
() EMPREGO		() EMPREGADOR		() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO				
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		46 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		51 - N.º DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
47 - DOCUMENTO		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		
() CNS		() CPF		
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		
/ /				

LAFRÁGICA [87] 9635-7820





GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

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

MÉDICO SOLICITANTE:
FRANCISCO ERLANDIO DE MELO JUNIOR

DATA DA SOLICITAÇÃO:
28/05/18 10:17

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 LEITO:
CIRURGICO

ESPECIALIDADE:
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO:
CASA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:
11/06/18 07:12

MEDICO AUTORIZADOR:

Laís Mariana 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 SOFRU 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

DESCRÍPCAO 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

Laís Marina dos Santos
ENFERMEIRA
COREN - PE 383116





IMAGINOLOGISTA

TOP IMAGEM

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

Ultrassonografia - Doppler Velocimetria 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.

[Handwritten signature]
Data da impressão: 17 de Janeiro de 2019
Rua Aparício Veras, 411 Centro
Afogados da Ingazeira - PE - CEP: 56.800-000
MORADA: 38-1304 / 99943-0001
gem@hotmail.com

[Handwritten signature]
JOSE EDSON DE MOURA JUNIOR - CRM. 11653 Casa de Saúde
Dr. José Evóide de Moura



HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CAMARA
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE



ATESTADO MÉDICO

Atesto que: José Reginaldo dos Santos,
Profissão:

está sob os meus cuidados médicos, devendo portanto:

- Afastar-se do trabalho por 30º (Reento) 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: Fractura da clavícula E

Procedimento: Agudo cirúrgico

CID 10: S42.0.

Afogados da Ingazeira

20 de 05 de 2018

~~Dr. Francisco E. Melo Jr.~~
~~Ortopedia e Traumatologia~~
~~CRM PE 13.269 SBOT 11.823~~



**ATESTADO/LAVADO
(AO INSS)**

José Reginaldo dos Santos
Tive fratura clavícula e ombro,
sendo tratado cirurgicamente. Evolui
com dor no ombro L, sendo que
consultado ao Dr. José R. de Souza
e diagnosticado amplo envolvimento
de tendão, sendo feito USG confirmando
Socl. Rancho Rodo o ombro O envia
ao trauma. Evoluindo com dor
no ombro R MM! Tratamento
único pode ser necessário,
caso de envolvimento de tendão
CID/MX5 C/vidade Vigilante per tempo
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

16/01/19 André Quintas
CRM: 15378
Ortonedista / Traumatologista





PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

José Reginaldo Santos

Até que o
momo realize o
fisioterapeuta continuo.

No momento, com
limites com
e força nse.

Talita Carvalho Leite
Fisioterapeuta
CRF-ES 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

Carta nº 13727279

