



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 088ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -  
DP88ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0178004563

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/11/2019 às  
15:03

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)  
que aconteceu no dia 21/10/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARUARU, 01, LESAO  
DOURADO - Bairro: GAIUCA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTORISTA DE ONIBUS (AUTOR / AGENTE )  
LUCIMARIO JOSE DA SILVA ( OUTRO )  
COLETIVO ( OUTRO )  
JULIO CESAR BEZERRA DE SA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s)  
Sr(s): MOTORISTA DE ONIBUS  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s)  
Sr(s): JULIO CESAR BEZERRA DE SA

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

MOTORISTA DE ONIBUS (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe:  
XXXXXXXXXXXX Data de Nascimento: 1/1/1900 Naturalidade: NÃO INFORMADO /  
PERNAMBUCO / BRASIL

COLETIVO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: XXXXXXXXXXXX  
Data de Nascimento: 1/1/1900 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JULIO CESAR BEZERRA DE SA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  
GENIVALDA UMBELINA DE SA Pai: JOSENILDO BEZERRA DE SA Data de Nascimento:  
28/7/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, 346, AV DOM BOSCO - CEP: 5 - Bairro:  
MAURICIO DE NASSAU - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

LUCIMARIO JOSE DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  
XXXXXXXXXXXX Data de Nascimento: 1/1/1900 Naturalidade: NÃO INFORMADO /  
PERNAMBUCO / BRASIL



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

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(s) Sr(s): **LUCIMARIO JOSE DA SILVA**, que estava em posse do(s) Sr(s): **JULIO CESAR BEZERRA DE SA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCK1555** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1887724779** Chassi: **6C2JC6890HR991262**  
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2017**

**ONIBUS (VEICULO)** de propriedade do(s) Sr(s): **COLETIVO**, que estava em posse do(s) Sr(s): **MOTORISTA DE ONIBUS**  
Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**Complemento / Observação**

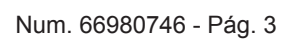
RELATA A VITIMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO NA AV LEAO DOURADO NO BAIRRO CAUICA, QUE A VITIMA ESTVA VINDO PELA ESQUERDA ONDE FOI TRANCADO PELO MOTORISTA DO ONIBUS DA EMPRESA COLETIVA QUE APOS CAUSAR O ACIDENTE O MOTORISTA DO ONIBUS FOI EMBORA SEM SOCORRER A VITIMA, QUE AVITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU LEVADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NESTA CIDADE

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

  
**JULIO CESAR BEZERRA DE SA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **CARLOS FERNANDO DE ARRUDA COSTA** - Matrícula: **111826-7**



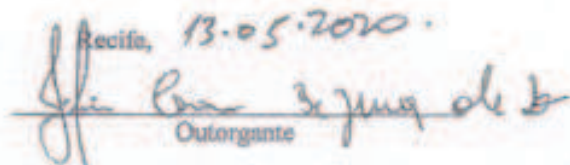
1823509218

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** JULIO CESAR BORGES DA SILVA, brasileiro, solteiro, portador do RG nº 6236003 SDS PE, inscrito CPF 040.180.274.43, residente e domiciliado na Rua Dom Bosco, nº 340 - Bairro MARICÓ DA NASSAU - CAMARU - PE.

**OUTORGADO:** PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista, CEP 50070-075, Recife/PE.

**PODERES:** Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 13.05.2020.  
  
Outorgante





ATENDIMENTO: BLA FE CANECA - NUN. - 00152 - IMARCIO DE NASS  
RJ CARIMBU PE 55012-330

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |                                      |                      |    |      |      |      |        |      |      |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------|----------------------|----|------|------|------|--------|------|------|------|
| DADOS DO CLIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     | NATURAL: 5348769 Nov/2019            |                      |    |      |      |      |        |      |      |      |
| OSÉNELO BEZERRA DE SA                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                                      |                      |    |      |      |      |        |      |      |      |
| V D BOSCO, N. 00940 - MAURICIO DE ASSIS CARUARO DE 55012-550                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                                      |                      |    |      |      |      |        |      |      |      |
| NÚMERO: 041.701.180.0001.000 GRUPO: 1 DER. AUTOMÁTICO: 000348.00                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                                      |                      |    |      |      |      |        |      |      |      |
| SITUAÇÃO AGUA                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SITUAÇÃO ESGOTO     | NÍVEL DE CONTAMINAÇÃO                |                      |    |      |      |      |        |      |      |      |
| 1. DRTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                               | FACTIVEL            | 1                                    |                      |    |      |      |      |        |      |      |      |
| PROTECTOR                                                                                                                                                                                                                                                                                               | DOA (EST. ANTERIOR) | DATA DE ATUAL                        | TIPO DE CONSUMO (M3) |    |      |      |      |        |      |      |      |
| 07/08/2005                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 23/12/2019          | 22/11/2019                           | REA.                 |    |      |      |      |        |      |      |      |
| <b>QGM:</b><br>.EIT ANT: 1206 CONSUMO: 0<br>.EIT ATU: 1206<br>.EIT FAT: 1206                                                                                                                                                                                                                            |                     |                                      |                      |    |      |      |      |        |      |      |      |
| <b>HISTÓRICO DE CONSUMO</b><br>REFERÊNCIA CONSUMO                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                                      |                      |    |      |      |      |        |      |      |      |
| PARAMETROS                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     | MÉDIA DE AMOSTRAS                    |                      |    |      |      |      |        |      |      |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     | EAIG. PORT.                          | ANÁLISES: ATENÇÃO    |    |      |      |      |        |      |      |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     | M3 2.914/11                          | REALIZ. A 15/12      |    |      |      |      |        |      |      |      |
| 01/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 00                  | TURBIDEZ                             | 169                  |    |      |      |      |        |      |      |      |
| 01/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 05                  | COR APARENTE                         | 169                  |    |      |      |      |        |      |      |      |
| 01/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 04                  | CLORO RESIDUAL                       | 169                  |    |      |      |      |        |      |      |      |
| 01/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 09                  | CLORO RESIDUAL                       | 169                  |    |      |      |      |        |      |      |      |
| 01/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 02                  | SOL. F. TOYAS                        | 169                  |    |      |      |      |        |      |      |      |
| 01/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 10                  | E. COLI                              | 169                  |    |      |      |      |        |      |      |      |
| MÉDIA: 04                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     | Qualidade de Água: www.copasa.com.br |                      |    |      |      |      |        |      |      |      |
| OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENTE 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS<br>(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO<br>RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA<br>(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES<br>ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA |                     |                                      |                      |    |      |      |      |        |      |      |      |
| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     | CONSUMO                              | TOTAL (R\$)          |    |      |      |      |        |      |      |      |
| ÁGUA                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                                      |                      |    |      |      |      |        |      |      |      |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                      |                      |    |      |      |      |        |      |      |      |
| MULTA P/IMPUNTUALIDADE 30/2019                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                                      | 0,20                 |    |      |      |      |        |      |      |      |
| TAXA FORTADO DEC. 18.253/04 11/2019                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |                                      | 13,22                |    |      |      |      |        |      |      |      |
| <table border="1"> <tr> <td>PA</td> <td>0,00</td> <td>1,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>ESGOTO</td> <td>0,00</td> <td>2,00</td> <td>0,00</td> </tr> </table>                                                                                                                                       |                     |                                      |                      | PA | 0,00 | 1,00 | 0,00 | ESGOTO | 0,00 | 2,00 | 0,00 |
| PA                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 0,00                | 1,00                                 | 0,00                 |    |      |      |      |        |      |      |      |
| ESGOTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 0,00                | 2,00                                 | 0,00                 |    |      |      |      |        |      |      |      |

YENCIRENTÖ: 05/12/2019

TOTAL A PAGARE: 13.48

**SENSACELL**

IDENTIFICANDO A EXISTÊNCIA DE O FATURAS DEPENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 657,77; REGULARIZE SEU OBITO E EVITE A NEGATIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.



### DECLARAÇÃO

DECLARO, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuízos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 13 de Maio de 2020.

Flávia Rosa Bezerra de Lencastre





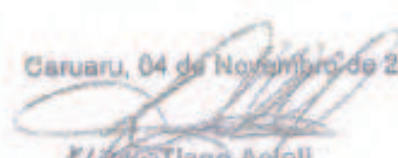
CARUARU

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. JULIO CÉSAR BEZERRA DE SÁ portador do CPF: 040.180.274-43 e RG: 6.238.003 SDS-PE, que consta nos registros de ocorrências N°1910210125 do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia 21/10/2019 às 09h e 02min, no endereço AVENIDA LEÃO DOURADO, CAIUCA, CARUARU-PE, com queixa de COLISÃO MOTO X ÔNIBUS tendo sido enviada UNIDADE DE SUPORTE que prestou atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para o HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE.

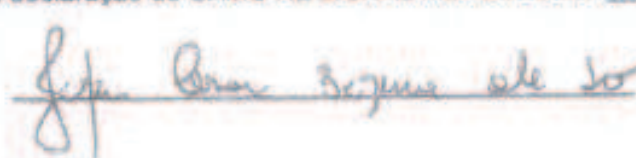
De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 04 de Novembro de 2019.

  
Paulo Tiago Adoll.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 04 / 11 / 2019

  
Paulo Antonio Coelho Castor





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JULIO CESA BIZERRA DE SA  
Data Nasc.: 28/07/1981 Idade: 38 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:  
CPF: 04018027443 RG: 6236003 CNS:  
Endereço: AV DOM BOSCO Nº: 340  
Bairro: M DE NASSAU Cidade: CARUARU Estado: PE  
CEP: 55028381 Fone: 937191848 Profissão:  
Nome da Mãe: GENIVALDA UMBELINA DE SA  
Acompanhante:  
Motivo de Atendimento: ACIDENTE MOTOCICLISTICO  
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 21/10/2019 09:52 Médico: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Queixa Principal / HDA:  
Paciente, vítima de trauma automobilístico. Chegou a lateralidade  
com um ombro, altura do batido perna esquerda. Nega  
queda, desmaio ou vômito

Exame Físico: PA: FC: FR:  
A: Vias aéreas livres  
B: Pulso periférico presente  
C: Hemodinamicamente estável  
D: ECO IS - Pupilas isocorais e reagentes  
E: Ferimento em perna esquerda

Diag. Provisório:

Trauma  
\* Baixo x lateral Perfil \* Baixo x de Perna  
\* Baixo x de Tórax AP esquerda AP e Perfil  
\* Baixo x de Bacia AP \* Presença da Ortopedia

Prescrição:

Dieta: Z010

Data

Horário

Ors 1000 ml  
Medicamentos  
Dr. Valmir  
Cirurgia Geral  
CRM 19405  
7h30 - 13h30  
7h30 - 13h30





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

28/04/58 # CG - Mudeleiro #  
34.084 380,00.  
ND: Polietileno sterno.  
Ponte metal: c/ ganchos de dr. em uma extremidade  
em outra, estéril, de 10 ganchos.  
Exes. Raio-X de punho esquerdo. Fratura de tíbia  
e fíbula.  
2 Tensões radiográficas: 1/ estéril.  
CP: 1) Alto do CG; 2) A solo; 3) Solução par-

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

( ) Paciente ( ) Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

RG:

Nome:

Tel.:

Endereço:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura

Autorização de Procedimento

( ) Paciente ( ) Familiar

RG:

Nome:

Tel.:

Endereço:

Procedimento:

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

( ) Alta ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadui-se ( ) Termo de Alta a Pedido  
( ) Transferência: ( ) Internamento

Condição de Alta

( ) Curado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_

Usuário do Atendimento  
EDJAILMARG

21/10/2019 09:53:11  
2 de 2

Scanned by CamScanner



Data e hora retirada da senha: 21/10/2019 09:40

Nome Paciente: JULHO CESA BIZERRA DE SA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 28/07/1981  
Sexo: Masculino  
Idade: 38  
Senha: U0011  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 21/10/2019 09:42 - 21/10/2019 09:45

IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE ORIUNDO DE CARUARU TRAZIDA PELO SAMU VITIMA DE COLESÃO CARRO/MOTO APRESENTA DOR EDEMA TRAUMA E MIE, POSSIVEL FRATURA DE TIBI E FIBULA

Medicamento(s): HAS - DM -

Observação: PACIENTE COM MACA SEM SENHA (SAMU)

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es):  
- DEFORMAÇÃO?  
- EDEMA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(s) por: IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/10/2019 09:45

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned by CamScanner





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 23/10/20 Horário: 10:00 Registro: 34444 Leito: 36

Nome do Paciente: Julio Cesar Bizerra de Sa

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

| EXAME FÍSICO                         |                                                                                                     |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado Geral:                        | (X) Regular ( ) Comprometido ( ) Grave (X) Normocorado ( ) Hipocorado                               |
|                                      | (X) Anictérico ( ) Ictérico ( ) Cianótico (X) Aclanótico (X) Hidratado ( ) Desidratado ( ) Anasarca |
| AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA                |                                                                                                     |
| Nível de Consciência:                | (X) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Torporoso ( ) Sonolento ( ) Alerta                              |
| Nível de Orientação:                 | (X) Orientado ( ) Desorientado                                                                      |
| AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA               |                                                                                                     |
|                                      | (X) Espontânea (X) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Taquipneico ( ) Bradipneico                           |
| O2 Suplementar:                      | ( ) Sim (X) Não ( ) Caeter Nasal ( ) Macronebulizador ( ) Venturi                                   |
| Murmúrios Vesiculares:               | (X) Presentes ( ) Ausentes ( ) Diminuídos                                                           |
| Ruidos Adventícios:                  | ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estertores ( ) Crepantes <u>mb!</u>                                      |
| Expansibilidade Torácica Conservada: | (X) Sim ( ) Não                                                                                     |
| Tosse:                               | ( ) Sim (X) Não ( ) Produtiva ( ) Não Produtiva                                                     |
| SISTEMA CARDIOVASCULAR               |                                                                                                     |
| FC: bpm PA: mmHg Pulso: bpm          | (X) Cheio ( ) Filiforme ( ) Ausentes                                                                |
| Acesso Venoso Central:               | ( ) Sim (X) Não Qual: _____ BNF EM 2T (X) Sim ( ) Não                                               |
| Acesso Venoso Periférico:            | (X) Sim ( ) Não Qual: <u>ME 123120</u>                                                              |
| SISTEMA GASTROINTESTINAL             |                                                                                                     |
| Nome do Paciente:                    | _____                                                                                               |
| Abdome:                              | (X) Plano ( ) Globoso ( ) Distendido ( ) Escavado (X) Depressível ( ) Ascítico                      |
|                                      | ( ) Doloroso (X) Não Doloroso RHA: (X) Presentes ( ) Ausentes                                       |
| Dieta:                               | <u>120</u> SNG: ( ) SNE: ( ) P/ Gavagem: Sim ( ) Não ( )                                            |
| Eliminações Intestinais:             | (X) Presente ( ) Ausente Frequência: _____                                                          |
| SISTEMA GENITO-URINÁRIO              |                                                                                                     |
| Diurese:                             | (X) Presente ( ) Ausente (X) Espontânea ( ) SVD Aspecto: _____                                      |
| SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO          |                                                                                                     |
| Deambulação:                         | ( ) Sim (X) Não ( ) Com auxílio ( ) Repouso Relativo ( ) Repouso Absoluto                           |
| Mobilidade:                          | ( ) Ativa (X) Passiva                                                                               |
| Imobilização:                        | (X) Sim ( ) Não Tipos: (X) Tala gessada ( ) Tração transesquelética ( ) MJ                          |
|                                      | ( ) Tipóia ( ) Fixador externo ( ) Outros Local: <u>ME</u>                                          |
| CURATIVO:                            | ( ) Sim (X) Não ( ) Fechada ( ) Aberta                                                              |
| Localização:                         | _____ Cobertura: _____                                                                              |
| Descrição:                           | ( ) Necrose ( ) Fibrina ( ) Granulação Exsudato: ( ) Sim ( ) Não ( ) Purulento                      |
|                                      | ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Sero-sanguinolento Odor: sim ( ) não ( )                           |
| Obs.:                                | _____                                                                                               |

Procedimentos Realizados:

Verificar admitido com uma curadura no coto de Belata Enfermeiro(a)  
que sofreu acidente na segunda perna (metatarsal), fraturando tíbia e fíbula E.

Scanned by CamScanner





Nome: JULIO CESAR BEZERRA DE SA (1025905)

Admissão: 328235

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

### RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: <<S82

#### CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 23/10/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 24/10/2019.

#### TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA OSSOS DA PERNA ESQ

#### MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

#### ORIENTAÇÕES:

1 - CEFALLEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 8 HORAS POR 7 DIAS;

2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;

3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS;

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 24/10/2019 às 14:26

Dr. Alisson Fabio Fernandes Vieira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE 69.000.178-05  
RABT 12814

Dr. [a]ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM:



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

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

242741

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Juno Goulart Silva de Sá

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

347441

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/07/81

9 - SEXO

Masculino

10 - RAÇA/COR

Branca

11 - NOME DA MÃE

Gemealda umbelinda de Sá

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cruzeta

17 - CDD - IBGE MUNICÍPIO

150000

18 - UF

PE

19 - CEP

55000-000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

- 4 meses com febre alta e tosse  
- 1 mês com febre alta e tosse

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

- febre alta e tosse

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

- 15 - 1 - Anemia

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

- febre alta e tosse

24 - CID 10 PRINCIPAL

R57.0

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

R57.0

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

R57.0

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - Nº DOCUMENTO EMBORRACHADO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - Nº DOCUMENTO EMBORRACHADO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - Nº DOCUMENTO EMBORRACHADO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/08/2020

36 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

37 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

38 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - 2 - ACIDENTE TRABALHO TIPO

38 - 3 - ACIDENTE TRABALHO TRÁFEGO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO CONTRATO

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - ENDEREÇO DA EMPRESA

44 - CIDR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

45 - 1 - EMPREGADO

45 - 2 - EMPRESÁRIO

45 - 3 - AUTÔNOMO

45 - 4 - DESEMPREGADO

45 - 5 - INDETERMINADO

45 - 6 - NÃO SEGURO

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD - ORGÃO EMISOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

49 - 1 - CNES

49 - 2 - JORF

50 - Nº DOCUMENTO (CNES/JORF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





Nome: JULIO CESAR BEZERRA DE SA (1615960)

Admissão: 328235

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

### RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, JULIO CESAR BEZERRA DE SA é portador do diagnóstico:

<<FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQ

CID: <<S82

maneceu internado do dia 23/10/2019 a 25/10/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 24/10/2019.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 150 CENTO E CINQUENTA dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial.

Moreno, 25/10/2019.

Dr. Alisson Fabiano Fernandes Vieira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 38130 CRM-PE 17008  
SBOT 12614

**ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - CREMEPE: 17008**

**ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.**

OBS: Documentação original para o INSS

01 - Cópia autenticada para a empresa

01 - Cópia simples fica com o paciente

F - declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 24/10/2019 as 14:27

Dr. Alisson Fabiano Fernandes Vieira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 38130 CRM-PE 17008  
SBOT 12614

**Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA**

CRM:





Laudo  
Ortopédico  
Dr. Paulo de Tarso Silveira Claudino  
CRM 11014  
Membro titular da Sociedade Brasileira  
de Ortopedia e Traumatologia

Júlio César Beyer  
de Sá

CID S82.2  
S82.4

Fratura de tíbia  
e fíbula esquerda consolidadas  
✓ vítima de fratura por  
ocidente em 21/10/2019.

Foi submetido a cirurgia  
(t-laste bloqueada). Tem  
tendinite patelar com o  
sequela.

05/03/2020

Av. Pedro Jordão, 1252 - Município de Nassau - Caruaru - PE  
Fones: (81) 3722.2202 - 3045.4586



**SINISTRO 3200040827 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** JULIO CESAR BEZERRA DE SA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

**BENEFICIÁRIO** JULIO CESAR BEZERRA DE SA

**CPF/CNPJ:** 04018027443

**Posição em** 20-08-2020 12:48:27

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

| <b>Data do<br/>Pagamento</b> | <b>Valor da<br/>Indenização</b> | <b>Juros e<br/>Correção</b> | <b>Valor<br/>Total</b> |
|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 28/02/2020                   | R\$ 1.687,50                    | R\$ 0,00                    | R\$ 1.687,50           |

