



**EUDES BRITO**  
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

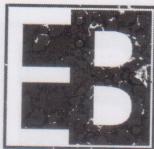
PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

Por este instrumento particular **JOSÉ RINALDO DE LIRA**, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, capaz, nascido em 10/01/1994, natural de Umbuzeiro/PB, filho de Luiz Maurício de Lira e de Maria Josefa da Silva, residente e domiciliado na Rua Travessa Nossa Senhora de Fátima, Feira Nova, Orobó/PE, CEP- 55745-000, portador do RG nº 9.093.378 – SSP/PE e CPF 105.590.554-55; nomeia e constitui seu bastante procurador o Bel. **EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB sob nº 15.907, com escritório profissional na Rua Rafael Virgulino de Aguiar, nº 07, 1º andar, Centro, Orobó/PE, portador do RG 3.624.307-SDS/PE e CPF/RF nº 687.511.924-20, para o fim de representá-los em juízo, em qualquer instância ou tribunal em que forem autores, réus, ou assistentes, podendo interpor recursos, contestar, representar em audiência como preposto, requerer todas as medidas que forem necessárias, preparatórias, preventivas ou incidentes, variar de ações e intentar outras de novo, usando dos poderes conferidos pela cláusula “ad judicia” e “et extra”, mais os de desistir, transigir, contestar, agravar, apelar, impugnar, protestar e levantar protestos, firmar compromissos, inclusive o de inventariante, assinar plano de partilha, requerer pagamento de quinhão hereditário, optar, em procedimentos de inventário pelo rito do arrolamento, acompanhando o feito em todas as suas fases processuais; fazer composições e requerer perante entidades públicas, particulares ou associativas o que for preciso para o fiel desempenho das obrigações decorrentes deste mandato, podendo substabelecê-los, com ou sem reserva de poderes. Orobó/PE, 05 de agosto de 2019

AUTORIZAÇÃO: O outorgante, por motivo deste instrumento, AUTORIZA em favor dos outorgados, a retenção de 20% (vinte por cento) do pagamento relativo ao valor total da condenação ou do acordo a que fizer jus, a título de pagamento dos honorários advocatícios, na ação que moverá contra a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT. Orobó/PE, 05 de agosto de 2019.

Outorgante - JOSÉ RINALDO DE LIRA

JOSÉ RINALDO DE LIRA



**EUDES BRITO**  
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

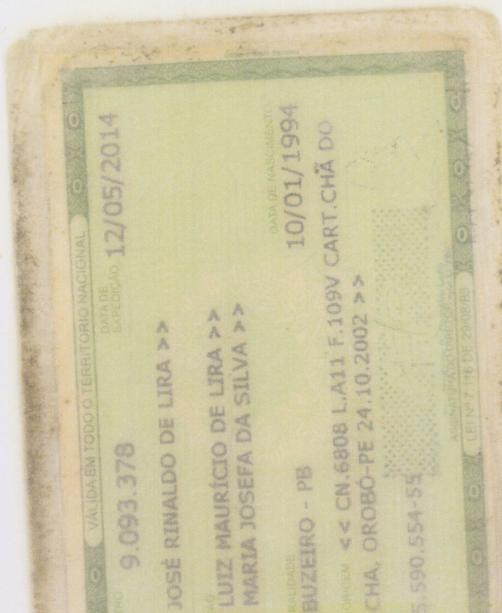
DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu **JOSÉ RINALDO DE LIRA**, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, capaz, nascido em 10/01/1994, natural de Umbuzeiro/PB, filho de Luiz Maurício de Lira e de Maria Josefa da Silva, residente e domiciliado na Rua Travessa Nossa Senhora de Fátima, Feira Nova, Orobó/PE, CEP- 55745-000, portador do RG nº 9.093.378 – SDS/PE e CPF 105.590.554-55; declaro para os devidos fins de direito e na melhor forma da lei que sou POBRE não dispondo de condições financeiras para arcar com as despesas do processo em defesa de nossos direitos sem que para tanto, não haja sérios prejuízos para nossa própria sobrevivência na forma da lei graciosa 1060/50 e de consonância com os princípios constitucionais esculpidos na Carta Magna de 1988. Declaração esta que presto a bem da verdade e de próprio punho. Orobó/PE, 05 de agosto de 2019.

JOSÉ RINALDO DE LIRA

Eu, **JOSÉ RINALDO DE LIRA**, declaro que a declaração acima assinada é verdadeira. Autorizo a utilização de meus dados para fins de comprovação ao valor total da declaração de pobreza, para fins de advocacy, na forma que for necessário. Orobó/PE, 05 de agosto de 2019.





Assinado eletronicamente por: EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO - 27/10/2020 08:29:01  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102708290165900000068754776>  
Número do documento: 20102708290165900000068754776

Num. 70119192 - Pág. 1

26/10/2020

Celpe - Companhia Energética de Pernambuco

Imprimir Segunda Via de Conta

**NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social

Atendimento ao d

Agência de Regulação d  
de Pernambuco-ARPE: 0800-72  
Ag  
167-L

**DADOS DO CLIENTE**

ANTONIO PEDRO VENTURIANO  
CPF: 893.392.234-20 NIS: 12537856068

DATA DE VENCIMENTO

**23/10/2020**

DATA EMISSÃO

16/

DATA DA P

16/

NÚMERO E

128

TOTAL A PAGAR (R\$)

**0,00**

**CLASSIFICAÇÃO**

**B1 RESIDENCIAL - BA**  
Monof

**RESERVADO AO FISCO**

**3480.35D7.00F2.3B61.A**

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10832999	3,24
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	42,00	0,18570856	7,79
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09262775	2,77
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	42,00	0,15879043	6,66
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,88
-	-	-	-

Tarifas Aplicadas



ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA MILITAR  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO N°  
19E0207000108

Série-A  
1ª Parte

22º BPM OROBÓ

02 / 02 / 2019

09:10

01/02

Descrição a Natureza <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL</b>		Aviso de Ocorrências do CIODS Nº -							
Data (dd/mm/aa) <b>02 / 02 / 2019</b>	Hora (hh:mm) <b>08:50</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Auditoria Conhecida <input type="checkbox"/> Auditoria desconhecida	<input checked="" type="checkbox"/> Consumado <input type="checkbox"/> Tentado	<input checked="" type="checkbox"/> Culposo <input type="checkbox"/> Doloso	<input type="checkbox"/> Flagrante <input type="checkbox"/> Ato Infracional				
Circunscrição do Fato Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) <b>RODOVIA ESTADUAL PB 082</b>		Local Principal da Ocorrência Complemento (Apto, Sala, Andar) <b>VIA PÚBLICA</b>							
Município <b>OROBÓ</b>		UF <b>PE</b>	Ponto de Referência <b>FAZENDA DE DOUTOR AFONSO</b>						
<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA		<input type="checkbox"/> IMPULTADO	<input type="checkbox"/> SUSPEITO	TESTEMUNHA	<input type="checkbox"/> OUTROS				
Nome / Razão Social <b>JOSE RINALDO DE LIRA</b>		TESTEMUNHA							
Pai <b>PAULO MAURICIO DE LIRA</b>									
Mãe <b>JANDIRA DA SILVA</b>									
Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM <b>F</b>	Estado Civil <b>[7]</b>	1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amasiado(a) 6. Separado(a)	7. Não Informado				
Data de Nascimento <b>10 / 01 / 1994</b>	Idade aparente [ ]	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto – Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade [ 7 ] 1.º Grau Completo 2.º Grau Incompleto 3.º Grau Completo	4. 2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto				
X RG a 002 272	CNH ene	Órgão Expedidor SSC	UF PE	CPF 405 500 551-6	Órgão Expedidor SSC	Naturalidade 110117E100-00			
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) <b>TRAV. N. SRº DE FÁTIMA</b>		CEP <b>55745-000</b>		Número <b>42</b>	Complemento Casa				
Bairro <b>FEIRA NOVA</b>		Município <b>OROBÓ</b>		UF <b>PE</b>	Telefone / Contato (DDD-Número)				
Altura Aparente [ ]	1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m	4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso [ ]	1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg	4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele [ ]	1. Parda 2. Branca	3. Negra 4. Amarela	Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão Não Informada				Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)			
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)				Dentes (Descrever)			
<input type="checkbox"/> VÍTIMA		<input type="checkbox"/> IMPULTADO		<input type="checkbox"/> SUSPEITO	<input checked="" type="checkbox"/> TESTEMUNHA	<input type="checkbox"/> OUTROS		<input type="checkbox"/> TURISTA	
Nome / Razão Social <b>FABIO JUNIOR DA SILVA</b>						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Pai <b>JOSE GOMES DA SILVA</b>									
Mãe <b>JANDIRA JOSEFA DA SILVA</b>									
Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM <b>F</b>	Estado Civil <b>[7]</b>	1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amasiado(a) 6. Separado(a)	7. Não Informado				
Data de Nascimento <b>16 / 05 / 1987</b>	Idade aparente [ ]	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto – Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade [ 7 ] 1.º Grau Completo 2.º Grau Incompleto 3.º Grau Completo	4. 2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto				
X RG 7.740.206	CNH SSD	Órgão Expedidor PE	CPF PE	CNPJ PE	Outro-Qual?	Órgão Expedidor	Naturalidade <b>UMBURETAMA - PE</b>		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) <b>SITIO FEIRA NOVA</b>		CEP <b>55745-000</b>		Número s/n	Complemento CASA				
Bairro <b>ZONA RURAL</b>		Município <b>OROBÓ</b>		UF <b>PE</b>	Residência / Comércio (LILIO-PIRENEU)				
Altura Aparente [ ]	1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m	4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso [ ]	1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg	4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele [ ]	1. Parda 2. Branca	3. Negra 4. Amarela	Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO AGRICULTOR				Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)			

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA MILITAR  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1ª VIA

BO N° 1460207000108

Série-A  
1ª Parte

Fato	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição 126º / OROBÓ	Data ou Registro 02/02/2019	Hora do Registro 09:10 h	Nº da Folha / Total de Folhas 02/02					
Modus Operandi	Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?							
	Local de Entrada?		Forma de Entrada?							
	Alterações no Local?		Forma de Evasão?							
	Crimes Sexuais?		Estelionato?							
Nº	Envolvido	Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série					
	Quantidade	Valor		Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não					
	Qual o motivo do registro do objeto?									
Nº	Envolvido	Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série					
	Quantidade	Valor		Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não					
	Qual o motivo do registro do objeto?									
Nº	Envolvido	Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série					
	Quantidade	Valor		Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não					
	Qual o motivo do registro do objeto?									
Nº	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan					
	01	Honda / CG 150 TITAN ES	VERMELHA	2008	958137668					
	PE	Chassi 9C2KC08508R044570	Placa KIZ 5832		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não					
Nº	Qual o motivo do registro do veículo									
	Envolvido no Acidente de Trânsito									
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan					
Nº	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido?						
				<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não						
	Qual o motivo do registro do veículo									
A vítima José Rinaldo de Lira, estava pilotando a Moto de placa KIZ 5832-PE, de propriedade do senhor Fabio Junior da Silva, quando em uma curva deu uma sobrada e caiu, sofrendo várias lesões, foi socorrido pelo SAMU de Umbuzeiro-PB para o Hospital de trauma da cidade de Campina Grande-PB.										
Exames Periciados: S. Solicitado R. Realizado										
Tipo de Exame		Envolvido	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Envolvido	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo de Exame		Envolvido	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	
<input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Recebedor				Matrícula		Viatura		Unidade		
Responsáveis	Responsável pelo Preenchimento		Interessado(a):							
	Matrícula N°									
	Ass.: Nome:									

## CENTRO DE DIAGNÓSTICO



- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

### LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. JOSÉ RINALDO DE LIRA foi vítima de acidente de trânsito no dia 02/02/2019, sofrendo TRAUMA TÓRACICO FECHADO, LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA E FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO, submetido a tratamento cirúrgico no Hospital de Trauma de Campina Grande -PB (drenagem torácica, redução cirúrgica e fixação com placa e parafusos para fratura do úmero esquerdo) e tratamento conservador para luxação acrômio-clavicular esquerda. Atualmente apresenta ao exame físico deformidade acentuada no ombro esquerdo (art. Acrômio-clavicular), limitação moderada da amplitude funcional do ombro esquerdo com atrofia muscular e déficit de força muscular do MSE. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 13/05/2019

Dr. Roberto de Castro Costa  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 11730 / TEOT: 7334

**ROBERTO DE CASTRO COSTA**  
**CRM: 11.730**



## CENTRO DE DIAGNÓSTICO



- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

PACIENTE: JOSE RINALDO DE LIRA

EXAME: RAIOS X BRAÇO E AP/P

DATA: 13/05/2019

SOLICITANTE: DR. ROBERTO DE CASTRO COSTA

CONVÊNIO: PART.

### LAUDO RADIOLÓGICO

#### RAIOS X BRAÇO E AP/P

##### ACHADOS:

- Placa e parafusos radiopacos de fixação para correção de fratura em metade proximal do úmero. Não defino sinais de desalinhamento desta fratura.
- Relações articulares preservadas.
- Calcificação/densificação de partes moles adjacentes à fratura.

DR. RODRIGO MOREIRA  
CRM 15690





**SAMU  
192**



**ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE UMBUZEIRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

## **DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que **JOSÉ RINALDO DE LIRA**, 25 anos, foi vítima de um acidente motociclístico, queda de moto, no dia 02 de fevereiro de 2019 às 09h10min, BR Umbuzeiro, sentido Natuba próximo a fazenda Dr. Afonso, onde recebeu os primeiros socorros pela equipe plantonista da Unidade de Suporte Básico (USB 49). O paciente encontrava-se consciente, orientado, verbalizando, segundo curiosos o mesmo fazia uso de capacete, estava deitado sem o mesmo, referindo dor em região de clavícula esquerda, apresentando edema e deformidade com provável fratura, saturação oscilando, colocado cateter de O2 nasal, sem sucesso, trocado por máscara com reservatório, porém não elevando a saturação, solicitado avaliação do médico da USA de Aroeiras, assim o mesmo avaliando e fazendo a remoção para o hospital de Trauma em Campina Grande.

Por expressão da verdade, firmo e assino a presente declaração.

UMBuzeiro, 11 de Março de 2019.

  
Paulo Rosemberg Rodrigues da Silva  
COREN-PB 318.133-ENF

Paulo Rosemberg Rodrigues da Silva

Paulo Rosemberg Rodrigues da Silva  
COORDENADOR DO SAMU

**CNPJ: 09.494.245/0001-97-PB**

**End:** Av. Carlos Pessoa, 92 – Centro – Umbuzeiro - PB

**Fone:** (83) 3395-1194

**e-mail:** saude.umbuzeiro@hotmail.com





**SUS**  
Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES**

**2362856**

**3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE**

**4 - CNES**

**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES**

**2362856**

**Identificação do Paciente**

**5 - NOME DO PACIENTE**

**JOSE REINALDO DE LIRA**

**6 - N.º DO PRONTUÁRIO**

**1825543**

**7 - CARTÃO DO SUS**

**8 - DATA DE NASCIMENTO**  
**02/02/1993**

**9 - SEXO**  
**Male**  **Fem**

**10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL**

**MARIA JOSEFA DA SILVA**

**11 - FONE DE CONTATO**  
**DDD 83 N.º DE TELEFONE 980213766**

**12 - ENDEREÇO (RUA, N.º,BAIRRO)**

**RUA FEIRA NOVA , 0 , CENTRO**

**13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA**

**Orobó**

**14 - CÓDIGO DE MUNICÍPIO** **15 - UF** **16 - CEP**  
**260970 PE 000000**

**17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

*Paciente vítima de trânsito no mtno.  
Trauma torácico fechado. Hemothorax esquerdo*

**18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**

**Tratamento cirúrgico**

**19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)**

**demora**

**20 - DIAGNÓSTICO INICIAL** **21 - CID 10 PRINCIPAL** **22 - CID 10 SECUNDÁRIO** **23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**  
**Hemotorax. Trauma torácico fechado.**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
**Dracostomia com drenagem fechada.**

**25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO**

**26 - CLÍNICA** **27 - CARATER DA INTERNAÇÃO** **28 - DOCUMENTO** **29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE**  
**Cirurgia Torácica** **02** **(X) CNS** **( ) CPF** **980016281756784**

**30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE** **31 - NOME DO PROFISSIONAL ASSISTENTE** **32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE** **33 - NOME DO PROFISSIONAL ASSISTENTE**  
**DAGJANE MARTINS FRAZAO** **02/02/2019** **Dr. Dagjane Martins Frazao** **Home.**  
**CNPJ/IE 5149**

**34 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO** **35 - CNPJ DA SEGURADORA** **36 - N.º DO BILHETE** **37 - SÉRIE**

**38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO** **39 - CNPJ EMPRESA** **40 - CNAE DA EMPRESA** **41 - CBOR**

**42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA** **43 - ( ) EMPREGADO** **44 - ( ) AUTÔNOMO** **45 - ( ) DESEMPREGADO** **46 - ( ) APOSENTADO** **47 - ( ) NÃO SEGURADO**

**48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR** **49 - COD. ÓRGÃO EMISSOR** **50 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**51 - DOCUMENTO** **52 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR**  
**( ) CNS** **( ) CPF**

**53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO** **54 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)**

*/ /*



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: José Reinaldo de Souza	Idade: 26	
Convênio: SUS	Data: 02/02/19	
Procedimento: Desagm. de Tóice		
Cirurgião: Dr. Daglane Auxiliar:		
Anestesista: Dr. Isabela		
Início: 14:16	Término: 14:35	Anestesia: Sedação + local

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
14:40	112/39	82	91 bpm	Alex	+	Consciente
15:20	108/52	76	89	Pollyanna	+	Consciente
16:15	118/57	75	96	Pollyanna	+	Consciente

**Observações:**  
(16:30h) 02/02/19 Retirado 4250 ml do débito sanguíneo  
débito sanguíneo

---

Assinatura Anestesista

## Circulante

Relatório de Operação

MOD 103





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDE

Nome do Paciente	Jorge Reinaldo de Souza		Nº Prontuário
Data da Operação	02/02/19	Enf.	Leito
Operador	Dr. Dagiane	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Dr. Ephelle	Tipo de Anestesia: General + Sedação	
Diagnóstico Pré-Operatório Hemoborax e.			
Tipo de Operação Fracoromia com Drenagem fechada e.			
Diagnóstico Pós-Operatório O membro.			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

### Descrição da Operação

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

01. Paciente em decúbito dorsal sob redação.  
02. Anestesia e antineuropia da região operatória com sed.  
03. Operação  
04. Abordagem de campo cirúrgico estéril  
05. Cirurgia fechada em 5°/6°/4°GIC  
06. Histerotomia lateral e  
07. Anestesia por planos.  
08. Abordagem para o sacro.  
09. Fixação das artérias.  
10. Curativo.

Dr. Dagiane M. Frezão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 6169  
WON

Mod. 018

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



19/02/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.

Data: 19/02/2019

NOME: Ywry De Paiva Camara



Número do Prontuário: 123811

DATA DA CIRURGIA: 19/02/2019

Número do Atendimento: 1825543 Clin: ORTOPEDIA 2 / Enf: 1 / Lei: 3

### DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE REINALDO DE LIRA

Data da Internação: 02/02/2019

Atendimento: 1825543

Diagnóstico Pré-Operatório: 0408020393 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO (E)

Diagnóstico Pós-Operatório: 0408020393 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO (E)

Cirurgia: RAFI Data da Cirurgia: 19/02/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDREY LEAL WANDERLEY

Aux 1: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3: (f)

Instrumentador: NORMA

Anestesista: DIEGO

Tipo de anestesia: GERAL + BLOQUEIO

Relatório Imediato do Patologista: NDN

Exame Radiológico no Ato: NÃO

Acidente Durante Operação: NÃO

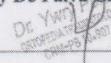
Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO EM VIA DE HENRY PROXIMAL EM BRAÇO ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA
4. EVIDENCIADA FRATURA COM PEQUENA COMINUIÇÃO POSTERO-LATERAL APROX 1,5CM
5. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA
6. OSTEOSÍNTESE COM PLACA DCP LARGA 8 FUROS + 6 PARAFUSOS CORTICais
7. LAVADO DE FO COM SORO FISIOLÓGICO
8. APOSIÇÃO DE FRAGMENTOS EM PEQUENA FALHA COMO ENXERTO AUTÓLOGO
9. FECHAMENTO POR PLANOS COM VICRYL 0 + NYLON 3-0
10. CURATIVO
11. RX CONTROLE.

Data 19/02/2019

Assinatura/Carimbo

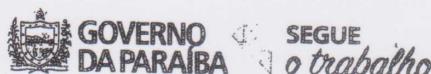
Ywry De Paiva Camara



<http://10.1.1.148/projetohtcg/impreddescri.php?ID=69&contar=1825543>

1/1





SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTOSE / PRÓTESE

NOME DO PACIENTE: Yuri Reisaldo IDADE \_\_\_\_\_  
( ) PACIENTE INTERNADO ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO:

Fract. distal da ulna e

MATERIAL ESPECIAL:

Placa fixa 4,5 DCP  
longa

JUSTIFICATIVA MÉDICA DA SOLICITAÇÃO DO MATERIAL:

Fix. ulna e

Dr. Eudes Jorge Cabral Barbosa de Brito  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM-PB #866  
ASSINATURA E CARIMBO

PARECER DA DIREÇÃO TÉCNICA:

\_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 08 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190369367**      **Vítima: JOSE RINALDO DE LIRA**

**Data do Acidente: 02/02/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE RINALDO DE LIRA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =      R\$ 2.362,50

**Recebedor: JOSE RINALDO DE LIRA**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 1**

**Agência: 000002369-8**

**Conta: 0000021074-9**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

Pag. 01347/01348 - carta\_15R - INVALIDEZ



**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





()



Buscar no site



A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3190369367 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOSE RINALDO DE LIRA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

**BENEFICIÁRIO** JOSE RINALDO DE LIRA

**CPF/CNPJ:** 10559055455

#### Posição em 18-09-2020 08:36:18

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

01/08/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50
------------	--------------	----------	--------------

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
13/08/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/nVmJb6fhFwlQojilCNh/api_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4OkxwUgBiX21TCU9PTsreVuw=">Download</a>
25/06/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/gkQFLSb1yknlkiBgB9aFs/api_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4OkxwUgBiX21TCU9PTsreVuw=">Download</a>

[Chat](#)


Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (70%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante, (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle estinctoriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

18

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

Av. Gov. Aluízio Alves, 4779, 22º andar, Emp. Isaac Newton, Ilha do Leite, 50.070-160 - Recife - PE - Brasil. Fone: (81) 3447-7999. Fax: (81) 3447-7999  
 Rua 101, 145, Av. João Machado, 353 s/s 308 a 316 - Edif. Plaza Center - Centro - 58.013-520 - João Pessoa - PB - Brasil. Fone: (83) 3241-1035 / 3241-1075  
 Rua 101, 145, Av. Tancredo Neves, 1632 s/s 206/207 - Torre Norte - Edif. Salvador Trade Center - Cm. das Árvores - 41.820-020 - Salvador - BA - Brasil. Fone: (71) 3271-3939



## Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

### Contribuinte,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</b>		
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 09.248.608/0001-04 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 10/12/2007
NOME EMPRESARIAL <b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA</b>		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>65.12-0-00 - Sociedade seguradora de seguros não vida</b>		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS <b>65.11-1-01 - Sociedade seguradora de seguros vida</b>		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>205-4 - Sociedade Anônima Fechada</b>		
LOGRADOURO <b>R SENADOR DANTAS</b>	NÚMERO <b>74</b>	COMPLEMENTO <b>5,6,9,14 E 15 ANDA RES</b>
CEP <b>20.031-205</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>CENTRO</b>	MUNICÍPIO <b>RIO DE JANEIRO</b>
UF <b>RJ</b>		
ENDEREÇO ELETRÔNICO <b>CITACAO.INTIMACAO@SEGURADORALIDER.COM.BR</b>	TELEFONE <b>(21) 3861-4600</b>	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>10/12/2007</b>	
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>		
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL		
SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia **06/09/2017 às 15:28:06** (data e hora de Brasília).

Página: **1/1**

[Consulta QSA / Capital Social](#)

[Voltar](#)



Preparar Página  
para Impressão

A RFB agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).  
[Atualize sua página](#)

