



**EUDES BRITO**  
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURIDICA

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 judicium" 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

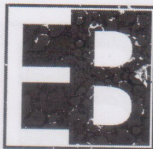
AUTORIZAÇÃO: O outorgante, por motivo deste instrumento, AUTORIZA em favor dos outorgados, a retenção de 20% (vinte por cento) do pagamento relativo ao valor total da condenação ou do acordo a que fizer jus, a título de pagamento dos honorários advocatícios, na ação que moverá contra a SEGURADORA LIDER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

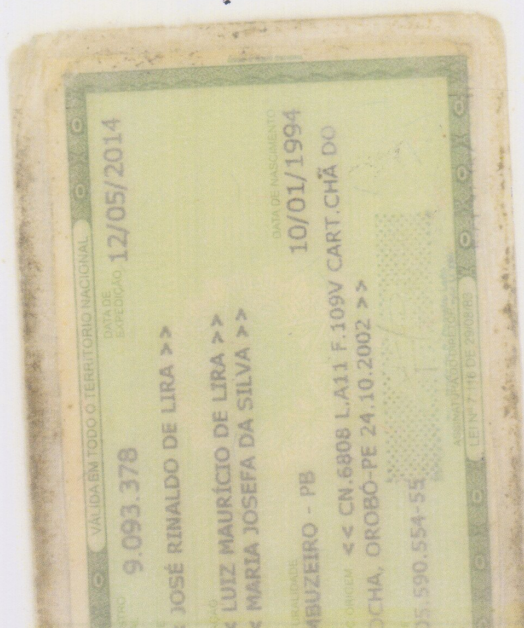
DECLARAÇÃO DE POBREZA

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 esculpido 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







[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

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

AV N SA DE FATIMA SN  
  
FEIRA NOVA/FEIRA NOVA  
55745-000 OROBO PE

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)

**DATA DE VENCIMENTO****23/10/2020**

TOTAL A PAGAR (R\$)

**0,00****DATA EMISSÃO**

16/

DATA DA A

16/

NÚMERO C

128

**CLASSIFICAÇÃO**

**B1 RESIDENCIAL - BA**  
**Monof**

**RESERVADO AO FISCO****3480.35D7.00F2.3B61.4****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  
POLÍCIA MILITAR  
BOLETIM DE Ocorrência

BO Nº 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) 02/02/2019	Hora (hh:mm) 08:50	<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
Circunstância do Fato		Local Principal da Ocorrência			
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) <b>RODOVIA ESTADUAL PB 082</b>				Número	
Complemento (Apto, Sala, Andar) <b>VIA PUBLICA</b>		Bairro <b>ZONA RURAL</b>		CEP <b>55745-000</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 <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input type="checkbox"/> Não					
Nome / Razão Social <b>JOSE RINALDO DE LIRA</b>					
Pai <b>LUIZ MAURICIO DE LIRA</b>					
Mãe					
Apelido / Nome Fantasia		Sexo <b>XM</b> <b>F</b>	Estado Civil <b>[ 7 ]</b>	1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)	
Data de Nascimento <b>10/01/1994</b>	Idade aparente <b>[ ]</b>	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)	
X RG <b>9.602.272</b> CNH		Órgão Expedidor <b>SSD</b>	UF <b>PE</b>	X CPF <b>105.500.554.55</b> <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual?	Órgão Expedidor <b>SSD</b> Naturalidade <b>UMBURETAMA - PE</b>
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) <b>TRAV. N. SRª DE FÁTIMA</b>		Número <b>42</b>		Complemento <b>Casa</b>	
Bairro <b>FEIRA NOVA</b>		CEP <b>55745-000</b>	Município <b>OROBÓ</b>	UF <b>PE</b>	Telefone / Contato (DDD-Número)
Altura Aparente <b>[ ]</b>	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 <b>[ ]</b>	1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg 4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele <b>[ ]</b>	1. Parda 3. Negra 2. Branca 4. Amarela Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão <b>Não Informada</b>		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 checked="" type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> XTESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Nome / Razão Social <b>FABIO JUNIOR DA SILVA</b>					
Pai <b>JOSE GOMES DA SILVA</b>					
Mãe <b>JANDIRA JOSEFA DA SILVA</b>					
Apelido / Nome Fantasia		Sexo <b>XM</b> <b>F</b>	Estado Civil <b>[ 7 ]</b>	1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)	
Data de Nascimento <b>16/05/1987</b>	Idade aparente <b>[ ]</b>	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)	
X RG <b>7.740.206</b> <input type="checkbox"/> CNH		Órgão Expedidor <b>SSD</b>	UF <b>PE</b>	<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual?	Órgão Expedidor Naturalidade <b>UMBURETAMA - PE</b>
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) <b>SÍTIO FEIRA NOVA</b>		Número <b>s/n</b>		Complemento <b>CASA</b>	
Bairro <b>ZONA RURAL</b>		CEP <b>55745-000</b>	Município <b>OROBÓ</b>	UF <b>PE</b>	Telefone / Contato (DDD-Número)
Altura Aparente <b>[ ]</b>	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 <b>[ ]</b>	1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg 4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele <b>[ ]</b>	1. Parda 3. Negra 2. Branca 4. Amarela Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO <b>AGRICULTOR</b>		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)	





1ª VIA

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

BO Nº 14E0207000108

Série-A  
1ª Parte

Fato	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição 126ª / 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?

Objeto Envolvido Nº	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Qual o motivo do registro do objeto?			

Objeto Envolvido Nº	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Qual o motivo do registro do objeto?			

Objeto Envolvido Nº	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Qual o motivo do registro do objeto?			

Dados do Veículo Nº	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan
	01	Honda / CG 150 TITAN ES	VERMELHA	2008	958137668
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido?	
	PE	9C2KC08508R044570	KIZ 5832	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Dados do Veículo Nº	Qual o motivo do registro do veículo				
	Envolvido no Acidente de Trânsito				

Dados do Veículo Nº	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan
	01	Honda / CG 150 TITAN ES	VERMELHA	2008	958137668
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido?	
	PE	9C2KC08508R044570	KIZ 5832	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Dados do Veículo Nº	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido?	
	PE	9C2KC08508R044570	KIZ 5832	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
	Qual o motivo do registro do veículo				

Dados do Veículo Nº	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido?	
	PE	9C2KC08508R044570	KIZ 5832	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
	Qual o motivo do registro do veículo				

Dados do Veículo Nº	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido?	
	PE	9C2KC08508R044570	KIZ 5832	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
	Qual o motivo do registro do veículo				

Dados do Veículo Nº	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido?	
	PE	9C2KC08508R044570	KIZ 5832	<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 Pernambuco 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	Tipo de Exame	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
-----------------------------------	------------------------------------	-----------	---------	---------

Responsável pelo Preenchimento	Interessado(a):
--------------------------------	-----------------

Ass.:	Ass.:
-------	-------

Nome:	Nome:
-------	-------







## CENTRO DE DIAGNÓSTICO

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

- ULTRASSONOGRRAFIA  
- 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: 11.730 / TEOT: 7334

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





## CENTRO DE DIAGNÓSTICO



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

- ULTRASSONOGRRAFIA  
- 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 PARAIBA  
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.

UMBUEIRO, 11 de Março de 2019.

*Paulo Rosenberg Rodrigues da Silva*

*Paulo Rosenberg Rodrigues da Silva*  
COREN-PB 518.133-ENF

**Paulo Rosenberg 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**





02/02/2019

**GOVERNO DA PARAIBA**  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

**ATENDIMENTO URGÊNCIA**  
PRONT (B.E) Nº: 1825496 CLASS. DE RISCO: VERMELHO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 02/02/2019  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Patricia Maria Gonçalves

**PACIENTE: JOSE REINALDO DE LIRA** CEP: 50000000 Nascimento: 02/02/1993  
Endereço: RUA FEIRA NOVA

Cidade: Orobó Sexo: M Telefone: 980213766  
Nome da Mãe: MARIA JOSEFA DA SILVA Bairro: CENTRO  
RG: Idade: 026 Nº: 0  
Responsável: Profissão: AJUDANTE  
Estado Civil: Casado(a) CNS: 12499889  
Motivo: ACIDENTE DE MOTO Data de Atendimento: 02/02/2019 CONVÊNIO: SUS  
Médico: Hora: 11:23:03 Especialidade:  
CRM:

**EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS**  
Paciente infante de 2 anos de idade, vítima de acidente de trânsito, com queixa de dor no membro superior direito, com lesão de pele e dor no membro superior direito. Exame físico: sem alterações. Exame de pele: sem alterações. Exame de membros superiores: dor no membro superior direito. Exame de membros inferiores: sem alterações. Exame de cabeça e pescoço: sem alterações. Exame de tórax: sem alterações. Exame de abdômen: sem alterações. Exame de genitália: sem alterações. Exame de sistema nervoso: sem alterações. Exame de sistema circulatório: sem alterações. Exame de sistema respiratório: sem alterações. Exame de sistema urinário: sem alterações. Exame de sistema digestivo: sem alterações. Exame de sistema endócrino: sem alterações. Exame de sistema reprodutivo: sem alterações. Exame de sistema imunológico: sem alterações. Exame de sistema integumentar: sem alterações. Exame de sistema locomotor: sem alterações. Exame de sistema sensorial: sem alterações. Exame de sistema nervoso central: sem alterações. Exame de sistema nervoso periférico: sem alterações. Exame de sistema nervoso autônomo: sem alterações. Exame de sistema nervoso vegetativo: sem alterações. Exame de sistema nervoso somático: sem alterações. Exame de sistema nervoso visceral: sem alterações. Exame de sistema nervoso motor: sem alterações. Exame de sistema nervoso sensorial: sem alterações. Exame de sistema nervoso integrativo: sem alterações. Exame de sistema nervoso regulatório: sem alterações. Exame de sistema nervoso adaptativo: sem alterações. Exame de sistema nervoso homeostático: sem alterações. Exame de sistema nervoso fisiológico: sem alterações. Exame de sistema nervoso patológico: sem alterações. Exame de sistema nervoso funcional: sem alterações. Exame de sistema nervoso orgânico: sem alterações. Exame de sistema nervoso sistêmico: sem alterações. Exame de sistema nervoso central: sem alterações. Exame de sistema nervoso periférico: sem alterações. Exame de sistema nervoso autônomo: sem alterações. Exame de sistema nervoso vegetativo: sem alterações. Exame de sistema nervoso somático: sem alterações. Exame de sistema nervoso sensorial: sem alterações. Exame de sistema nervoso integrativo: sem alterações. Exame de sistema nervoso regulatório: sem alterações. Exame de sistema nervoso adaptativo: sem alterações. Exame de sistema nervoso homeostático: sem alterações. Exame de sistema nervoso fisiológico: sem alterações. Exame de sistema nervoso patológico: sem alterações. Exame de sistema nervoso funcional: sem alterações. Exame de sistema nervoso orgânico: sem alterações. Exame de sistema nervoso sistêmico: sem alterações.

**EXAMES SOLICITADOS:**  
( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia:  
( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias:  
( ) Tomografia Computadorizada ( )


**SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:**  
Especialista: ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA Dia: 02/02/2019  
Especialista: NCR às: Dia: / /

**MÉDICO SOLICITANTE**  
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:  
Nº PRESCRIÇÕES E CONDUITAS HORÁRIO REALIZADO  
1 SFQ 2-1000ml.vv 13h  
2 10mg. paracetamol.vv  
3  
4  
5  
6

**QUEIMADURA:**  
Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau  
DIAGNÓSTICO / CID: Brutano

OBS:  
OBS FICHA: SUS TEMPORARIAMENTE INDISPONÍVEL  
MECANISMOS DO TRAUMA  
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)  
1. Abrasão 19. Fratura óssea fechada  
2. Amputação 20. Fratura óssea aberta  
3. Anel 21. Hematoma  
4. Contusão 22. Injúria de pele  
5. Escoriação 23. Injúria de pele  
6. Dor 24. Laceração  
7. Edema 25. Luxação  
8. Empalhamento 26. Mordedura  
9. Enfisema subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal  
10. Enfiamento 28. Objeto Enfiado  
11. Equimose 29. Ocorrência  
12. F. Arma branca 30. Paralisia  
13. F. Arma de fogo 31. Paralisia  
14. F. Arma de fogo 32. Paralisia  
15. F. Arma de fogo 33. Paralisia  
16. F. Arma de fogo 34. Paralisia  
17. F. Arma de fogo 35. Paralisia  
18. F. Arma de fogo 36. Paralisia



 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>	
2 - N° DO ESTABELECIMENTO <b>2362856</b>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>	
4 - CNES <b>2362856</b>	
<b>Identificação do Paciente</b>	
5 - NOME DO PACIENTE <b>JOSE REINALDO DE LIRA</b>	
6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>1825543</b>	
7 - CARTÃO DO SUS	
8 - DATA DE NASCIMENTO <b>02/02/1993</b>	
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>MARIA JOSEFA DA SILVA</b>	
11 - TELEFONE DE CONTATO <b>83 980213766</b>	
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) <b>RUA FEIRA NOVA, 0, CENTRO</b>	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Orobó</b>	
14 - CÓDIGO MUNICIPAL - 15 - UF - 16 - CEP <b>260970 PE 000000</b>	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <p style="font-size: 1.2em;">Paciente vítima de acidente de moto. Trauma Torácico fechado. Hemotórax Esquerdo.</p>	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <p style="font-size: 1.2em;">Tratamento cirúrgico</p>	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <p style="font-size: 1.2em;">Hemotórax</p>	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Hemotórax - Trauma Torácico Fechado.</b>	
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <b>Tratamento com drenagem fechada.</b>	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA <b>De Torácica</b>	
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>	
28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF <b>980016281756784</b>	
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016281756784</b>	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>DAGJANE MARTINS FRAZAO</b>	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>	
31 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 32 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
33 - CNPJ DA SEGURADORA 34 - CNPJ EMPRESA 35 - N° DO BILHETE 36 - SÉRIE	
37 - CNPJ DA EMPRESA 38 - CNPJ DA EMPRESA 39 - CNPJ DA EMPRESA	
40 - CNPJ DA EMPRESA 41 - CNPJ DA EMPRESA	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - COD. ORGÃO EMISSOR 45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
49 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	





### Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	José Reinaldo de Souza	Idade:	26
Convênio:	SUS	Data:	02/02/19
Procedimento:	Drenagem de Tórax		
Cirurgião:	Dr. Dagoberto	Auxiliar:	
		Anestesista:	Dr. Sabele
Início:	14:16	Término:	14:35
		Anestesia:	Sedação + local

[illegible][illegible]

Observações:

(16:30h) 02/02/19 Retirado 4250ml de débito drenado  
debits sangüinolentos

Pollyanna Chaves  
Enfermeira  
COREN-SP 113204-18

Assinatura Anestesiista

Circulante

Relatório de Operação

MOD 103





Nome do Paciente <u>José Rinaldo de Souza.</u>		Nº Prontuário
Data da Operação <u>02.02.19.</u>	Enf.	Leito
Operador <u>Dr. Aguiar.</u>	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia <u>Dr. Espelho.</u>	Tipo de Anestesia <u>Local + Sedação.</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório		
<u>Amiotomia e.</u>		
Tipo de Operação		
<u>Orquiectomia com liganção devida.</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório		
<u>0 mesmo.</u>		
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 Visceral

01. Paciente em decúbito dorsal na rede.  
02. Ginéceu e amnióceu na campo operatório com rd. de  
    Mostrando.  
03. Posição de campos cirúrgicos estéril.  
04. Posição lateral em  $50^{\circ}16^{\circ}40^{\circ}$  EIC  
05. Mini-laparotomia lateral e  
06. Sutura do plano.  
07. Posição de campo.  
08. Sutura do plano.  
09. Sutura.

Drª Dagiane M. Freixo  
Cirurgia Torácica  
CRM-PA 8109

Drª Dagiane M. Frezão  
 Cirurgia Torácica  
 CRM-PB 6109

Mod. 018

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



19/02/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.  
NOME: Ywry De Paiva Camara

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 19/02/2019



GOVERNO  
DA PARAÍBA



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 123811

DATA DA CIRURGIA: 19/02/2019

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

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE REINALDO DE LIRA

Data da Internação: 02/02/2019

Atendimento: 1825543

Diagnostico Pré-Operatório: 0408020393 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA  
DIAFISE DO UMERO (E)

Diagnostico Pós-Operatório: 0408020393 TRATAMENTO CIRURGICO 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:  $\phi$

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

Dr. Ywry De Paiva Camara  
Cirurgião Geralista  
CRM-18.255

<http://10.1.1.148/projetohtcg/impredescr.php?ID=698&contar=1825543>

1/1







GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho



SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTOSE / PRÓTESE

NOME DO PACIENTE: Mari Steinert IDADE \_\_\_\_\_

( ) PACIENTE INTERNADO ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO:

Fract. displac. uniu. @

MATERIAL ESPECIAL:

Placa fixa 4,5 JCP  
longa

JUSTIFICATIVA MÉDICA DA SOLICITAÇÃO DO MATERIAL:

Fr. uniu. @

Dr. Eudes Jorge Cabral Barbosa de Brito  
CRM - 78 999  
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**

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, retorne 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







(1)



Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPrensaTRABALHE  
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	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/nVmJb6fhFwIQojilCNh/api_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4OkxwUgBiX21TCU9PTsreVuw=)
25/06/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/gkQFLSb1yknkiBgB9aFs/api_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4OkxwUgBiX21TCU9PTsreVuw=)

Chat



Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intenso (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 cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (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					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fala (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
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

www.pje.tjpe.com.br - pje@tjpe.com.br

Endereço: Rua Celso Aguiar Magalhães, 4779, 22º andar, Emp. Isaac Newton - Ilha do Leite, 50.070-160 - Recife - PE, Brasil. Fone: (51) 3447-7999. Fax: 55 (0) 3447-7999.  
 Endereço: Rua Av. João Machado, 553 s/s 308 a 316 - Edif. Plaza Center - Centro, 58.013-520 - João Pessoa - PB, Brasil. Fone: (51) 3447-7999. Fax: 55 (0) 3447-7999.  
 Endereço: Av. Francisco Neves, 1832 s/s 206/207 - Torre Norte - Edif. Salvador Trade Center - Cam. das Árvores - 41.820-020 - Salvador - BA, Brasil. Fone: (51) 3447-7999. Fax: 55 (0) 3447-7999.



**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 <b>09.248.608/0001-04</b> MATRIZ	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>		DATA DE ABERTURA <b>10/12/2007</b>
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) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>10/12/2007</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](#)

