

SUBSTABELECIMENTO

SUBSTABELECENTE:

SILVANA CARLA BRITO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE, brasileira, advogada, inscrita na **OAB-PE nº 32.544**, com endereço profissional na Rua Bernardo Guimarães, nº 506, bairro – Santo Amaro, Recife/PE, CEP: 50.050-440.


SUBSTABELECIDOS:

EWERSON VILAR DE LIMA, brasileiro, advogado, inscrito na **OAB-PE nº 28.570**, com endereço profissional na Rua Bernardo Guimarães, nº 506, bairro – Santo Amaro, Recife/PE, CEP: 50.050-440.

PODERES:

Substabeleço, sem reservas, todos os poderes recebidos de _____, constante nas procuração anexa aos presentes autos, inclusive os específicos e especiais, ficando habilitado a praticar todos os atos necessários ao pleno, bom e fiel desempenho do presente mandato em trâmite nesta comarca.

Recife, 15 de Janeiro de 2019.


Silvana Brito
OAB/PE 32.544



INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: Jose Amaro da Silva
(Nacionalidade) Brasileira (o), Solteiro (Estado Civil), recuso (Profissão),
portador(a) da Cédula de Identidade nº 28.055.056, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº
641.727.834-49, residente domiciliado(a) Rua Dr. Jose Maria
Nº 390, Centro - Bequinhos CEP.: 55660-000.
OUTORGADOS: **EWERSON VILAR DE LIMA**, brasileiro, casado, advogado, portador, respectivamente, da
OAB-PE **28.570**, com endereço profissional na Avenida , endereço eletrônico:
evi.advogado@yahoo.com.br

PODERES: Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPD, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar ao **OUTORGADO** o percentual de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Eu, , DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

Outorgante/Declarante

Jose Amaro da Silva

1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOSE AMARO DA SILVA FILHO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
28055056 SSP PE

CPF
641.727.834-49

DATA NASCIMENTO
21/01/1969

FLAÇÃO
JOSE AMARO DA SILVA
SEVERINA BEZERRA
TORRES

PERMISSÃO
[]

ACC
[]

CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
03316110331

VALIDADE
18/11/2019

HABILITAÇÃO
28/06/2004

OBSERVAÇÃO
A

Jose Amaro da Silva Filho
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BEZERRA - PE

DATA EMISSÃO
19/11/2014

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

75305942616
PE062962310

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1017306759

PROIBIDO PLASTIFICAR
1017306759



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERAMBUCO
 AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
 RECIFE, PERNAMBUCO
 CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-08
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

SINISTRO 3180479561 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE AMARO DA SILVA FILHO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE
SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JOSE AMARO DA SILVA FILHO

CPF/CNPJ: 64172783449

Posição em 14-02-2019 10:36:28

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
➔ Documentação médico-hospitalar	Vítima	Não Conforme	



457208
0256057/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0181001241**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/07/2018** às **14:57**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **13/12/2017** às **14:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, BR 232 - Bairro: CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **VIA LOCAL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
GUSTAVO CESAR BEZERRA DA SILVA (OUTRO)
JOSE AMARO DA SILVA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) **SR(a): JOSE AMARO DA SILVA**
FILHO



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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSE AMARO DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **SEVERINA BEZERRA TORRES**
Pai: **JOSE AMARO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/1/1969** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **28055056/SDS/PE (RG), 64172783449 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, RUA DR JOSE MARIA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

GUSTAVO CESAR BEZERRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GUSTAVO CESAR BEZERRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE AMARO DA SILVA FILHO**



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYM5714** (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO) Renavam: **111385756** Chassi: **9C2KD081HR423015**
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017**

Complemento / Observação

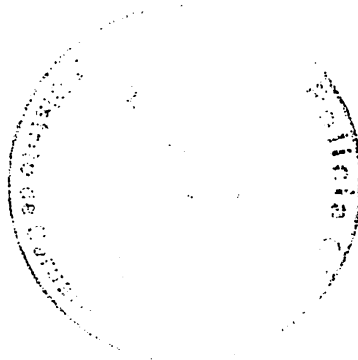
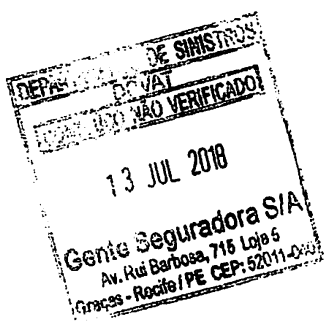
RELATA A VITIMA JOSE MARO DA SILVA FILHO QUE VINHA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA NA VIA LOCAL DA BR 232 PROXIMO AO POSTO DE LIU QUANDO UM CARRO FOI ULTRAPASSAR E A VITIMA ACABOU COLIDINDO ,O CARRO SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO,A VITIMA FICOU CAIDA NO CAHAO SENDO SOCORRIDO PELO SAMU QUE LEVOU A VITIMA PARA UNIDADE MISTA SAO JOSE NO DIA 31-12-2017 COM O N DO REGISTRO 828155 QUE JA FOI ATENDIDO E LIBERADO,NO DIA 18-12-2017 AINDA SENTINDO FORTES DORES VOLTOU A UNIDADE MISTA SAO JOSE COM O REGISTRO 828972 QUE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DE PRONTURAI 264436 ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM UMA FRATURA DOS OSSOS DA MAO ESQUERDA QUE FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL JESUS PEQUENINO NUMERO DE ATENDIMENTO 485479 PARA REALIZAR TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA MAO ESQUERDA.ASSIM COMO COSNTA NA DOCUMENTCAO MEDICA APRESENTADA.

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

Jose Amaro da Silva Filho
JOSE AMARO DA SILVA FILHO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FRANCISCO MIGUEL DA SILVA** - Matrícula: **136042-6**

Francisco Miguel da Silva



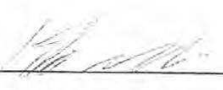


DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido da Sra. Flavia Cristina de França, Identidade 6921760 SDS-PE, CPF 063158474-98 que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado por este serviço ao Sr. José Amaro da Silva Filho, número da ocorrência – ID 0050, no dia 13 de dezembro de 2017, às 15h e 02min, com queixa de acidente de trânsito na via local da BR 232, Bezerros - PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.

Bezerros, 04 de Janeiro de 2018.


Klevio Maranhão
Coord. RUE/SAMU
Bezerros-PE

Klevio Maranhão
Coord. Técnico da Rede de Urgência
e Emergência/Bezerros

Rua: Vitoriano Pereira de Lima, 84 – Centro - CEP 55660-000 – Bezerros – PE
FONE/FAX: 3728-6716/6717 - RAMAL-34



Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO: 828 949	
DATA: 12.12.17		HORA: 07:24		TELEFONE: 996545879	
NOME: Jéssica		NOME DA MÃE: Rosângela da Silva Fúlio		IDADE: 48 anos	
DATA DE NASCIMENTO: 01/01/69		ACOMPANHANTE: Espôsa			
END: Rua Manoel		BAIRRO: São Pedro			
CIDADE: Bezerros		SINAIS VITAIS			
PA: 110,80 mmHg		HGT: 345 mg/dL		PESO: — kg	
		T: — °C		Téc. Enfermagem/COREN	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO

I - Sinais de Emergência imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

1. ☐ Apnéia ☐ Cianose ☐ Estridor ☐ FC < 50 ou > 140 bpm ☐ FR < 10 ou > 32 irpm
2. ☐ Extremidades frias ☐ Enchimento capilar letificado ☐ Pulso fraco ou ausente ☐ PCR ☐ Sudorese
3. ☐ PAS < 80 ou > 200 mmHg ☐ PAD < 40 ou > 130 mmHg ☐ HGT < 40 ou > 41 mg/dl ☐ Convulsão no momento
4. ☐ Politraumatismo/Glasgow <= 12 ☐ Letargia ☐ Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
5. ☐ Intoxicação exógena ☐ PAF ☐ PAB ☐ Sangramento intenso
6. ☐ Broncoaspiração ☐ Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

- Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

1. ☐ Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ☐ TCE leve ☐ PAS < 90 ou > 180 mmHg ☐ PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas
2. ☐ Febre > 39°C ☐ Febre com imunodepressão ☐ Histórico de convulsão nas últimas 24 horas ☐ Impossibilidade de deambulação
3. ☐ Tumor pastoso ☐ Mucosas ressecadas ☐ Vômitos no momento
4. ☐ Queimaduras de 1ª e 3ª áreas não críticas SCQ < 10% ☐ Víctima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
5. ☐ Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
6. ☐ Dor Abdominal intensa ☐ Dor Torácica intensa ☐ Melena ☐ Hematêmese ☐ Enterorragia ☐ Epistaxe
7. ☐ Acidente perfuro-cortante com material biológico ☐ Crise asmática

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

- ☐ Febre sem outros sinais clínicos < 39°C ☐ Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- ☐ Lombalgia intensa ☐ Entorse, suspeita de fraturas, luxações
- ☐ Dor abdominal sem alterações de sinais vitais ☐ Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
- ☐ Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação ☐ Enxaqueca ☐ Dor de ouvido moderada a grave
- ☐ História de convulsão sem alteração do nível de consciência ☐ Abscessos ☐ Intercorrências ortopédicas

Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

- ☐ Queixas crônicas sem alterações agudas ☐ Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ☐ Coriza crônica ou recorrente
- ☐ Queimaduras de 1ª grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- ☐ Troca de curativos ou retiradas de pontos
- ☐ Administração de medicamento ☐ Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
- ☐ Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional ☐ Solicitação de exames e receitas não urgentes
- ☐ Constipação intestinal sem outros sintomas ☐ Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

Relho
relho
Mão esquerda queimada + dor intensa

Alergias: (X) NÃO () SIM,

Jane Larissa Moura Pereira
Enfermeira
COREN-PE 467978
Assinatura da enfermeira e carimbo





Protocolo de Encaminhamento	
TIPO DE OCORRÊNCIA Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
IDENTIFICAÇÃO Nome do Paciente: <u>João da Silva</u> Sexo: <u>M</u> () F () Profissão: <u>Trabalhador</u> Endereço Residencial: <u>Rua da Paz, 123</u> Cidade: <u>Recife</u> Estado: <u>PE</u>	
CAUSA EXTERNA (ACIDENTOLOGIA) Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passageiro () Motocicleta () Atropelamento: Pedestre () Ciclista () Automóvel: Colisão () Passagem () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N () Semi-Afogação/Submersão () Soterramento () Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau () Quedas: () Altura Aproximada: <u>1,5</u> Metros Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo: <u>Arma Branca/Tipo: ()</u> Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: Mecanismo de Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento	
CAUSAS CLÍNICAS História Clínica Atual: <u>Doença crônica</u> Hipótese Diagnóstica: <u>Doença crônica</u>	
AValiação Clínica Temperatura: <u>36,5</u> F.C.: <u>90</u> P.A.: <u>120/80</u> Glucose Capilar (HGT): <u>100</u> Dispnéia S () N () Tiragem Intercostal S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N () Sinais Expiratórios: S () N () B.A.N.: S () N () Deformidade do Tórax S () N () Gemido/Estridor: S () N () Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Perfusão Periférica: Boa () Lenta () Bulhas Cardíacas () Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino () Coloração da Pele: Normocrada () Palidez () Cianose () Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()	
Classificação FR: RN 35-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30 FC: RN 120-160 Crianças 60-140 Adulto 60-100	



Prefeitura Municipal de Bezerra de Menezes
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA**

~~SECRET~~

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE AMARO DA SILVA FILHO
Data Nasc.: 21/01/1969 **Idade:** 48
CPF: 64172783449 **RG:**
Endereço: RUA DOUTOR JOSE MARIA
Bairro: SAO PEDRO **Cidade:** BEZERROS
CEP: 55660000 **Fone:**
Nome da Mãe: SEVERINA BEZERRA TORRES
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 376662 **Prontuário:** 264436
Sexo: MASCULINO **Cor:** PARDA **Religião:**
CNS: 700006776512706 **Nº:** 390
Profissão: MECANICO **Estado:** PE

19/12

19112

2 - ATENDIMENTO Data: 18/12/2017 11:08

Queixa Principal / HDA:

Médico: MEDICO PLANTONISTA

$$\text{Der} + \text{Free ME}$$

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Dr. Gustavo Linares
CIRUJIA DO TACOMA

Prescrição:

Dieta: _____

CRM/FE: 15582
Mat. (SES 319.366-7)

Horário

TANA LUNA
 4005 1000
 1000 1000



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

18/12/2017 11:03



Nome Paciente: JOSE AMARO DA SILVA FILHO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 21/01/1969
Sexo: Masculino
Idade: 48
Senha: U0012
Convênio:
Atendimento:

18/12/2017 11:02 - KARINA ALBUQUERQUE NEGROMONTE - COREN: SE/NÚ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

POUCO URGENTE

Cor:

VERDE

Queixa-Principal:

PCTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM FRATURA DOS OSSOS DA MAO EQUERDA
SENHA5322124

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - EDEMA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: KARINA ALBUQUERQUE NEGROMONTE
Data: 18/12/2017 11:03

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério 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

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jose Urrazo da Silva Filho

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7101010161716151121016

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/01/69

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

264436

11 - NOME DA MÃE

Suzana Bezerra Torres

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

9641044160

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Catarina José Maria São Pedro n: 390

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Buzios

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**Suporte após trauma em mão esquerda.**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

insuficiência de tratamento ambulatorial

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

Rx + Citometria

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO
() JCN () JCPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº COBILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

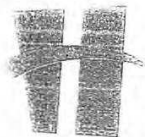
() JCN () JCPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





HOSPITAL JESUS PEQUENINO

LAUSE MEDICO

O Paciente José
Mário da Silva Filho en-
contra-se em pré-operatório
de fístula do 5º metacarpo E.



[Handwritten signature]
09/01/19

[Handwritten signature]
Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 3764

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099



RELATORIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 15-12-17	DATA DO INICIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 15/08-18
NOME COMPLETO DA VITIMA: JOSE AMARO DA SILVA FILHO	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Lesão com perda de força e limitação de amplitude de movimento em flexão e extensão do punho E.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS: Realizado fisioterapia e acupuntura com laser, alongamento e cinesioterapia, acupuntura para melhora do quadro clínico.	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? : <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATOMICO OU ORGÃO AFETADO	
Lesão em mão E, com perda de força manuseio e flexão de mão com sequelas em 50% de sua atividade laborativa.	
AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERIODO DE 15-08-18 A 05-10-18 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL Bayer	DATA 08-10-18 ASSINATURA E CARIMBO

