

108786

Livro 1000

Pág. 154

POLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO

SESSÃO Nº 1000

SERVIÇO DE SAÚDE

Ata de Inspeção procedida pela Junta Militar de Saúde em reunião ordinária, por

Graduação	Nome
Unidade	de Cór. com 1, m cents, de altura
Sub-Unidade	e anos de idade Natural de
QPMG	Estado de
Número	Filho de
Moléstia ou defeito Físico:	

Parecer	Observações
Tratamento	
Prazo	
Lugar	
Pode prestar serviço?	

Derby, de de

Tempo de praça

Ferido em serviço público?

Afastado do serviço			
Mês e ano	Duração	Motivo	Diagnóstico

(Ass.)

Major Romo Alvarado A. L. C. Gomes

Cap. Luiz Custódio Falcão

Confere com original

Dr. Manoel Araújo

Dr. Manoel Araújo





hist 718-1
03 05 17



SECRETARIA DE
DEFESA SOCIAL

Pernambuco

POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
COMANDO GERAL DA POLÍCIA MILITAR
DIRETORIA DE SAÚDE (DS)

Rua Cel Silva Torres nº117, Capunga, Recife-PE CEP 52.010-200
Fone/fax (081) 31811811 e 31811813 / Email: dsprmpe@yahoo.com

DESPACHO	
Ao	2/1
	<i>procurador</i>
Em	04/08/17

Of. nº 0816/2017-JMS

SIGEPE: 5664674-2/2017

Recife, 20 de julho de 2017.

Ao Ilustríssimo
Comandante do 15º BPM

Assunto: DEVOLUÇÃO DE ATESTADO DE ORIGEM.
Ref. Of. nº 286/17 – 1ª EM, de 09 de junho de 2017.

Cumprimentando inicialmente V.Sª., e em resposta ao contido no documento de referência, incumbiu-me o Sr. Cel. PM/QOD Coordenador de Saúde, de fazer a devolução do Atestado de Origem e seus apensos, do **SD PM Mat. 108.786-0/15º BPM – JÚLIO CÉSAR SILVA DE OLIVEIRA**. O portador do Atestado de Origem, deverá comparecer a JMS nas 3ª, 4ª ou 6ª feiras, no horário das 08h às 11h, de posse do mesmo, para que seja submetido à inspeção de saúde controle. Conforme publicação em BG nº 164 de 31 de agosto de 2016.



Murilo Paulo Accioly da Silva Júnior – TC PM/QOM

Presidente da JMS

Oyama Arruda Jr.
Méd. PM QOM - CRM 11548
Ortopedia e Traumatologia

"Nossa Presença. Sua Segurança"







PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DINTER I - 15º BPM

BATALHÃO CEL JOSÉ BEZERRA DE AMORIM

BR 232, Km 180, s/nº, Edson M. Moura, Belo Jardim-PE CEP 55150-790

Fone (81) 3726.8951/8952/ E-mail: gp15bpm@gmail.com

Memorando nº 020/17-1ª CPM

Belo Jardim - PE, 12 de abril de 2017.

Ao Senhor

SÉRGIO ROBERTO GOMES DA SILVA

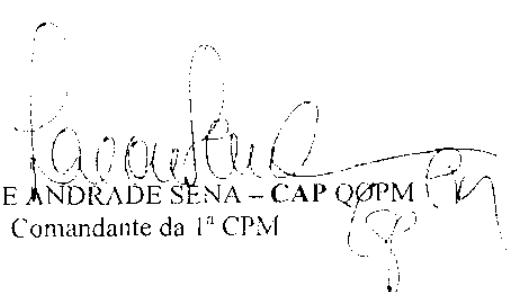
Maj. QOPM – Chefe da 1ª Seção do 15º BPM

Assunto: **Envio de Documentação**

Anexo: **Atestado de Origem**

Cumprimentando inicialmente V. Sª., remeto-lhe em anexo o atestado de origem do Sd QPMG 108786-0 JÚLIO CÉSAR SILVA DE OLIVEIRA.

Atenciosamente,


LEONE DE ANDRADE SENA – CAP QOPM
Comandante da 1ª CPM

LAS/SGI

Nossa Presença, Sua Segurança!





**DADOS PESSOAIS PARA PREENCHIMENTO DE ATESTADO
DE ORIGEM – JMS**

NOME: JÚLIO CÉSAR SILVA DE OLIVEIRA

POSTO/GRAD: Soldado PM Mat. 108786-0 UNIDADE: 15° BPM

COR PARDA IDADE: 34 ANOS ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: SÃO BENTO DO UNA ESTADO: PERNAMBUCO

FILIAÇÃO: JARICÉ ARAÚJO DE OLIVEIRA e MARIA LÚCIA SILVA DE OLIVEIRA

INTERNAMENTO: SIM ☐ NÃO ☒

ONDE:

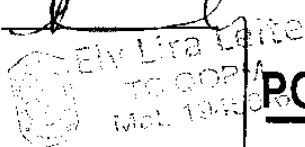
QUANTOS DIAS DE LICENÇA? _____

QUANTOS DIAS DE DISPENSA? 08 (oito) dias





Visto (1)



POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

CENTRO HOSPITALAR

ATESTADO DE ORIGEM

Corpo de tropa ou repartição (2) 15ºBPM – Batalhão Cel José Bezerra de Amorim

PROVA TESTEMUNHAL

Nós abaixo assinados atestamos que (3) O Sd QPMG/108786-0/1ªCPM/15ºBPM – JÚLIO CÉSAR Silva de Oliveira às (4) 10h00 do dia 04 de Abril de 2017 foi (5) vítima de acidente de trânsito (colisão transversal), estando o mesmo de serviço de 24hs, quando conduzia em sua mão de direção a viatura (motocicleta) da ROCAM Marca/Modelo: Honda/XRE 300, placa PCV-6140, na BR 232 - Espaço Urbano, Bairro Santo Antônio, nas proximidades do trevo de acesso à cidade de São Bento do Una, onde foi surpreendido pelo o Sr. Marcelo Aparecido de Lima Filho, o qual conduzia a motocicleta Marca/Modelo: Honda/NXR 160 Bros, placa: PCB-6282, que bruscamente tentou atravessar a via, colocando-se na frente do policial em tela e provocando assim o acidente. O Sd PM Júlio César sofreu diversas lesões, acompanhadas de fortes dores, nas seguintes regiões do corpo: Mãos, punhos, cotovelos e joelhos. O PM foi socorrido ao hospital municipal de São Bento do Una, haja vista, no momento do fato o hospital de Belo Jardim não dispunha de aparelho de Raio-X.

Quartel, em Belo Jardim – PE, Em 05 de Abril de 2017

- (6) 1. 1º Ten QOAPM/31713-6 Sérgio PAULINO da Silva –**
2. Cb QPMG/104711-6 ALAN Coutinho Procópio da Cunha
3. Sd QPMG/113503-1 Waldney William BATISTA de LIMA

Handwritten signatures and names: Sérgio - 1º TEN PM, Cb PM ALAN, Sd BATISTA L.

(Assinatura do subcmt ou seu substituto)

Handwritten signature of Neyre Cidreira Fernandes Silva
Neyre Cidreira Fernandes Silva
MAJ PM
Mat. 940.221-1

- (1) Rubrica do cmt. do Corpo ou Diretor da repartição
- (2) Indicar por extenso o corpo de tropa ou repartição
- (3) Indicar o nome, posto ou graduação, função cargo ou número
- (4) Indicar a hora, dia, mês e ano em que se produziu o acidente
- (5) Relatar o acidente sofrido, presenciado pelas testemunhas, com as circunstâncias que o cercaram, bem assim a natureza do serviço que a vítima desempenhava no momento do acidente sem, entretanto, referir-se à parte do corpo atingida ou perturbação mórbida resultante do acidente.
- (6) Nomes, postos ou graduações das testemunhas





PROVA TÉCNICA

Abaixo assinado (7) IVALDO SAMPAIO DE SOUZA
em serviço (8) MÉDICO PLANEJAD.
certifica que (3) TALVO CESAR SILVA DE OLIVEIRA
às (4) 11:24h de 14 de 04/2017 foi vítima do acidente consta
da prova testemunhal, apresentando ao exame as seguintes lesões ou perturbações
mórbidas resultantes do acidente sofrido; (9) FRATURA DE CLAVÍCULA
ESQUERDA, ATÉ O OMBRO ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (MOTO
ciclística).

Dr. Ivaldo Sampaio
Médico Clínico Geriatria
CRM 55.517

(Assinatura e posto do médico
em 14 de 04 de 2017)

PROVA DE AUTENCIDADE

O abaixo assinado (10) MAJ QOPM-940221-7/15 BPM- NEYRO CLES
MENEZES SILVA. Declara que reconhece cor
verdadeiras as firmas das testemunhas (F.F) o TEN SERGIO PAULINO A
SILVA, o Alcan Antônio Procópio da Cunha e o Dr Waldney Wil
Bertinato de Lima
e do médico (F.) DR. Ivaldo Sampaio.

e que (11) o PM sofreu o
acidente quando estava de serviço ordinário, conforme prova
testemunhal.

Quartel, em Belo Jardim – PE, Em 10 de 04 de 2017

Neyro Clesio Menezes Silva
MAJ PM
Mat 940 221-1

(Assinatura do subent ou seu substituto)

- (7) Nome e posto do médico
- (8) Indicar a função que exerce
- (9) Descrever o estado do acidente no momento em que lhe foram prestados os primeiros socorros médicos, tendo o cuidado de assinalar as lesões ou as perturbações mórbidas encontradas, tal como se fora auto de corpo delicto na parte referente à descrição das lesões e perturbações mórbidas
- (10) Indicar nome, posto, função unidade ou repartições em que serve
- (11) confirmar a exatidão do acidente, indicando a natureza do serviço de que a vítima se incumbia no momento do acidente, bem assim os fatos constantes da prova testemunhal.





INSPEÇÃO DE SAÚDE CONTROLE

(Parágrafo 2º do Artigo 51)

A Junta Militar de Saúde declara que inspecionou(3)

Julio Cesar Silva de Oliveira, Sd PM, mult.
108706-0 dono do presente atestado de origem, no
dia 11 de 09 de 2017 com o seguinte resultado(12)

leito ligamentar do punho esquerdo
(CID S63.5)

(13) Reufe, em 11 de 09 de 2017

(Assinatura do Presidente da Junta)

OBSERVAÇÕES

a Junta Militar de Saúde declara que o presente atestado de origem(14) Preenche
Preenche todas as formalidades
exigidas nas instruções reguladoras dos documentos sanitários de origem.

(13) Reufe, em 11 de 09 de 2017

(Assinatura do Presidente da Junta)

(12) Indicar o parecer e o diagnostico emitido em ata, pela Junta Médica de saúde

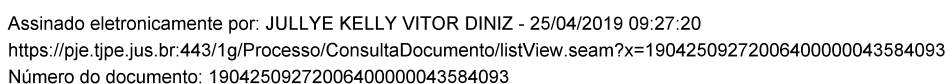
(13) Lugar onde se reúne a Junta Militar de Saúde

(14) Declarar se o atestado de origem apresentado à Junta Militar de Saúde preencha ou não todas as formalidades exigidas nas instruções reguladoras dos documentos Sanitários de Origem.





This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no text or other markings on the paper.





ASSOCIACAO DE MEDICOS - CRM Nº
CRM/PE 0441
Médico Clínic Geral
Dr. Volnei Gonçalves
LOCAL/PADE F DATA

... de ...
... de ...
... de ...

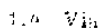
ASSOCIACAO DE MEDICOS
CRM/PE 0441
Médico Clínic Geral
Dr. Volnei Gonçalves





Num. 44246404 - Pág. 21





Page 14

Assinatura do Interrogado: _____

Assinatura do proponente pelo Proponente(a): _____

Immunosuppressive Effects of Polyoma Virus in BALB/c Mice



<https://pje.tpe.jus.br:443/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272006400000043584093>

Número do documento: 19042509272006400000043584093

Num. 44246404 - Pág. 23



12. Yield

... ..

James C. Thompson







SÃO BENTO DO UNA

MELHORA CADA DIA
Secretaria de Saúde

INST. NACIONAL DE ASSIST. MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - SUS - PE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado Zúlio CEFAR

portador da carteira profissional

nº _____ série _____ necessita de 08 (Oito)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

04.04.12
LOCALIDADE E DATA

Dr. Ivaldo Sampaio
Médico Clínico Geriátrico
CRM/PE 0441

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM Nº _____

NOTA - Este ATESTADO É válido para as finalidades previstas no art. 86 do RGPS
aprovado pelo decreto nº 68.501 de 14/03/67 e será expedido para
justificativo de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.







SÃO BENTO DO UNA

MELHOR A CADA DIA
Secretaria de Saúde

INST. NACIONAL DE ASSIST. MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - SUS - PE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado João César

portador da carteira profissional

nº _____ série _____ necessita de 08 (oito)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

11.04.17
LOCALIDADE E DATA

Dr. Ivaldo Sampaio
Médico Clínico Geriátrico
CRM/PE 6441

ASSINATURA DO MÉDICO - C.R.M. Nº _____

NOTA - Este ATESTADO É válido para as finalidades previstas no art. 86 do RGPS aprovado pelo decreto nº 68.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o Sr. Júlio Cezar S. de Oliveira, foi por mim atendido e orientado à resguardar-se das atividades físicas e laborativas por no mínimo 30(Trinta) dias.

CID: S62.0

Arcoverde, 17 de abril de 2017.

Dr. Luiz Guido
Ortopedista
CRM 0649

Luiz Inocêncio Guido CRM8649

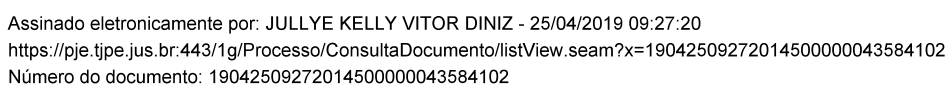




<p> IDENTIFICAÇÃO Nome do Paciente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Número do Documento: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____ </p>		<p> DIAGNÓSTICO Descrição do Problema: _____ Data da Consulta: ____/____/____ Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ Carimbo: _____ </p>
<p> TESTES E EXAMES Exames Realizados: _____ Resultados: _____ Data: ____/____/____ </p>		
<p> TRATAMENTO Medicamentos Prescritos: _____ Dose e Freqüência: _____ Data: ____/____/____ </p>		
<p> EVOLUÇÃO Evolução da Doença: _____ Data: ____/____/____ </p>		
<p> OPINIÃO Opinião do Médico: _____ Data: ____/____/____ </p>		
<p> TESTES E EXAMES Exames Realizados: _____ Resultados: _____ Data: ____/____/____ </p>		
<p> TRATAMENTO Medicamentos Prescritos: _____ Dose e Freqüência: _____ Data: ____/____/____ </p>		
<p> EVOLUÇÃO Evolução da Doença: _____ Data: ____/____/____ </p>		
<p> OPINIÃO Opinião do Médico: _____ Data: ____/____/____ </p>		
<p> TESTES E EXAMES Exames Realizados: _____ Resultados: _____ Data: ____/____/____ </p>		
<p> TRATAMENTO Medicamentos Prescritos: _____ Dose e Freqüência: _____ Data: ____/____/____ </p>		
<p> EVOLUÇÃO Evolução da Doença: _____ Data: ____/____/____ </p>		
<p> OPINIÃO Opinião do Médico: _____ Data: ____/____/____ </p>		

CID: S62.0.

Dr. Luiz Guido
Ortopedista
CRM 36.619







2017
12 de Junho

CEMFEA

CENTRO MÉDICO DE ARCOVERDE

Dr. LUIZ GUILDO
Ortopedista
Traumatologista

Dra. MARA SAMPÃO
Ortopedista
Traumatologista

Dr. GILMAR FERREIRA
Fisioterapia

Dra. NELLY CAMPAIO
Clínica Médica

Dra. NILMA MERENCIO
Nutricionista

Dr. JOSÉ IVAN VIDAL
Obstetrícia - Ginecologia
Ginecologia Geral

Dra. GILMA VARGAS CASSIANO
Fisioterapia Saúde da Mulher

Dr. LINDINEY LOPES
Odontologia

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o Sr. Júlio César Silva de Oliveira, foi por mim atendido e orientado à resguardar-se das atividades físicas e laborativas por no mínimo 30(Trinta) dias.

CID: S62.0.

Arcoverde, 14 de junho de 2017.

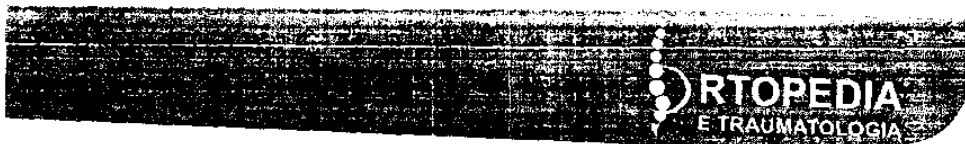
Luiz Inocêncio Guido CRM8649

Dr. Luiz Guido
Ortopedista e Traumatologista
CRM 8649

Luiz Inocêncio Patrício - Rua 131, Centro - Pça 5821-0142 5521-0002
Arcoverde-PE
cemfeaa@hotmail.com







DR. ALEXANDRE BRAGA / CRM 11925

ATESTADO MÉDICO

ATESTO para os devidos fins que o Sr.(a) Júlio
EM OLIVEIRA
necessita de 07 (sete) dias de licença, por
motivo de doença a partir de 11/04/14

11 de 04 de 14

Rua Ibicuí, 47 (Pronto Socorro de Fraturas)
M. de Nassau
Caruaru-PE
Fone: (81) 3722.8565

Rua Cel. Antonio Marinho, 36
Boa Vista
Belo Jardim-PE
Fone: (81) 3726.4950

RECEB. O ORIGINAL EM
18/07/14
35564-PM JAMES





2017
2017

CLÍNICA DE FISIOTERAPIA
CLÍNICA DE FISIOTERAPIA

CLÍNICA DE FISIOTERAPIA

Dr. LUIZ GUIDO
Ortopedista
Traumatologista

Dr. JOSE MARIA LOPES
Ortopedista
Traumatologista

Dr. GILBERTO LOPES
Fisioterapia

Dr. JULY KELY VITOR
Fisioterapia

Dr. JOSE MARIA LOPES
Ortopedista

Dr. JOSE MARIA LOPES
Ortopedista - Traumatologia
Clínica de Fisioterapia

Dr. GILBERTO LOPES
Fisioterapia

Dr. LUCAS LOPES
Ortopedista

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o Sr. Júlio César S. de Oliveira, foi por mim atendido e orientado à resguardar-se das atividades físicas e laborativas por no mínimo 20(Vinte) dias à partir do dia 17/07/2017.

CID: S62.0.

Arcoverde, 17 de julho de 2017.

Dr. Luiz Guido Inocêncio Guido CRM8649

Dr. Luiz Guido Inocêncio Guido CRM8649
Arcoverde, 17 de julho de 2017
compartilhado com

RECIBO DO ORIGINAL EM
12/07/17
SGT-PM-JAMES







HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL

Registro: 10126	Data Inicial: 04/08/2017
Paciente: JULIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA	Bloco: Enf/Apt: Leito:
Plano: UNIMED CO-PARTICIPATIVO HSG	Carteira: 1740886000425006
Idade: 18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA	

Atestado Médico

Para os devidos fins que o(a) paciente: JULIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA, necessita de __60 (sessenta)__
licença,
ativos de doença a partir de __04/08/2017__
M94 / s66.

Jefferson Calume de Oliveira Junior CRM 18757

SD PM JULIO CESAR

MAT. 185786 - C

JE - BPM - 2ª CIA





[illegible]





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE - CMH

ATESTADO MÉDICO

Nome: Julio Cesar Silva Same nº: 102726

Posto/Grad. _____ Unidade _____

A) Dispensa para Tratamento de Saúde (DTS)

Dispensado do serviço por _____ dias, a contar _____

- () Exercícios Físicos
() Exercícios Militares
() Exercícios Profissionais
() Outras Restrições _____

Devendo ser cumprida na OME, no horário de expediente, em virtude da doença ou CID

B) Licença para Tratamento de Saúde (LTS)

Licença do serviço por 60 dias a contar de 19/10/17

Devendo ser cumprida fora da OME, em virtude da doença ou CID

SE 2

C) Apto a contar de _____

19/10/17
DATA

ASSINATURA E CARIMBO

Exercícios Militares: ordem unida, a pé firme ou em marcha, com ou sem armas; maneabilidade, com ou sem armas.

Exercícios Físicos: instrução com exercícios físicos de tropa, mesmo educativos, que exijam movimentos rápidos e sincronizados.

Exercícios Profissionais: atividade específica policial militar ostensiva, ou de guarda, e qualquer que exija esforço físico, atividades exercidas fora da OME em que serve.

IMPRESSO NO PARQUE GRÁFICO DO GASIS - RUA BETÂNIA S/N - DERBY-RECIFE-PE

172.016.095.226







ATESTADO MÉDICO


ATESTO para os devidos fins que o(a) Sr.(a) Julio
Cesar S. de Oliveira

necessita de 60 (sessenta) dias de licença,

por motivo de doença a partir de 12/12/17

CID S63.3

Caruaru 17 de 12 de 17


Anderson Calume
Ortopedia e Traumatologia
CRM: PE 17.157

Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 CEP 55.014-250 - Caruaru - PE
CNPJ: 22.721.288/0001-26



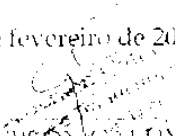


LAUDO MÉDICO

O Sr(a). JULIO CEZAR SILVA DE OLIVEIRA foi submetido a tratamento cirurgico de lesão de fibrocartilagem triangular, no momento em reabilitação fisioterápica e sem condições de trabalho por 60 dias.

CID: S63.3

Caruaru, 06 de fevereiro de 2018


DR. JEFFERSON CAMELO
FISIOTERAPIA E TRAUMATOLOGIA
CRL 18757
CRM - PE 18757







SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE - CMH
ATESTADO MÉDICO

Nome:

Julio Cesar Silva de Jesus

Same nº:

558785-1

Posto/Grad.

Sd.

Unidade

15 BPM

A) Dispensa para Tratamento de Saúde (DTS)

Dispensado do serviço por _____ dias, a contar _____

- () Exercícios Físicos
() Exercícios Militares
() Exercícios Profissionais
() Outras Restrições _____

Devendo ser cumprida na OME, no horário de expediente, em virtude da doença ou CID

B) Licença para Tratamento de Saúde (LTS)

Licença do serviço por 15 dias a contar de: 09/02/18

Devendo ser cumprida fora da OME, em virtude da doença ou CID

(S633)

C) Apto a contar de _____

09, 02 18

DATA

Al. F. Nauron...
CRM 15277

ASSINATURA E CARIMBO

Exercícios Militares: ordem unida, a pé firme ou em marcha, com ou sem armas; maneabilidade, com ou sem armas.

Exercícios Físicos: instrução com exercícios físicos de tropa, mesmo educativos, que exijam movimentos rápidos e sincronizados.

Exercícios Profissionais: atividade específica policial militar ostensiva, ou de guarda, e qualquer que exija esforço físico, atividades exercidas fora da OME em que serve.

IMPRESSO NO PARQUE GRÁFICO DO CASIS- RUA BETÂNIA S/N- DERBY-RECIFE-PE.







SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE - CMH
ATESTADO MÉDICO

Nome: José S. Oliveira Same nº: _____

Posto/Grad. _____ Unidade _____

A) Dispensa para Tratamento de Saúde (DTS)

Dispensado do serviço por _____ dias, a contar _____

- () Exercícios Físicos
() Exercícios Militares
() Exercícios Profissionais
() Outras Restrições _____

Devendo ser cumprida na OME, no horário de expediente, em virtude da doença ou CID

B) Licença para Tratamento de Saúde (LTS)

Licença do serviço por 60 (sessenta) dias a contar de: 24.02.18

Devendo ser cumprida fora da OME, em virtude da doença ou CID

S63.3

C) Apto a contar de _____

23/02/18
DATA

ASSINATURA E CARIMBO

Exercícios Militares: ordem unida, a pé firme ou em marcha, com ou sem armas; manobabilidade, com ou sem armas.

Exercícios Físicos: instrução com exercícios físicos de tropa, mesmo educativos, que exijam movimentos rápidos e sincronizados.

Exercícios Profissionais: atividade específica policial militar ostensiva, ou de guarda, e qualquer que exija esforço físico, atividades exercidas fora da OME em que serve.

IMPRESSO NO PARQUE GRÁFICO DO CASIS- RUA BETÂNIA S/N- DERBY-RECIFE-PE-





HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL

LAUDO MÉDICO

O paciente JULIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA, encontra-se em tratamento e acompanhamento de pós operatório de lesão de fibrocartilagem triangular do punho esquerdo + alterações degenerativas dos ossos do carpo. No momento em reabilitação fisioterápica, sugiro 30 dias de licença de suas atividades e então nova avaliação

Caruaru, 21 de agosto de 2018

Dr. Jefferson Calume
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão e Microcirurgia
CRM 18757

Dr Jefferson Calume
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão e Microcirurgia
CRM 18757





**HOSPITAL MEMORIAL SÃO
GABRIEL
LAUDO MÉDICO**

Declaro para os devidos fins que o paciente **JULIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA**, apresenta artrose pós traumática punho esquerdo, com dor e limitação de amplitude de movimento e déficit de força. Sem condições de retorno ao trabalho por 60 (sessenta) dias.

Cid: S63.3 + M19.1

Caruaru, 18 de SETEMBRO de 2018

Dr. Jefferson Calume
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM-PE 18.757

Dr Jefferson Calume
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão e Microcirurgia
CRM 18757





HOSPITAL MEMORIAL



ATESTADO MÉDICO

ATESTO para os devidos fins que o(a) Sr.(a) Paulo
Cesau Silva de Oliveira

necessita de 60 (sessenta) dias de licença,

por motivo de doença a partir de 20/11/18

CID S63

Caruaru 20 de 11 de 18

Maurício de Nassau
Médico
CRM 11.157

Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 CEP 55.014-250 - Caruaru - PE
CNPJ: 22.721.288/0001-26





Atendimento: 487230 - JULIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA Conta: 36645 - PARTICULAR Tipo: Sem Classificação

Atendimento: 487230 Remessa: 28668 - 11/2017 Conta: 36645

[DADOS DO PACIENTE]
Paciente.....: 98079 - JULIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA
Nascimento.....: 23/04/1983 Sexo: Masculino Fone: 997563069
Endereco.....: RUA ANTONIO CAVALCANTE VALENCA 206 MENINO JESUS DE PRAGA SAO BENTO DO UNA

[ATENDIMENTO ATUAL]
Internacao.....: 14/11/2017 11:33
Alta.....: Motivo...: ALTA APOS PROCEDIMENTO CIRURGICO
Periodo da Conta: 14/11/2017 a
Localização.....: APTO. 44 - LEITO B
Medico/CRM.....: JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR / 18757
Procedimento.....: 30737028 SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL CID.: S633

[DADOS DO CONVENIO]
Convenio.....: 040 - PARTICULAR
Plano.....: APARTAMENTO
Guia.....: Validade.:
Carteira.....: Validade.:
Tipo de Acomod...: APARTAMENTO_COBERTURA

Resumo da Conta Hospitalar

Grupo de Procedimento / Setor	Sub-Total	Taxas	Desconto	Flime	Total
GASTOS EXTRAS (FRIG./REF./TELEFONIA)					24,00
INTERNAMENTO 4	24,00				24,00
Total da Conta: R\$					24,00

GASTOS EXTRAS (FRIG./REF./TELEFONIA)

Setor 352 INTERNAMENTO 4

Procedimento	Unid./Ativ	Qtde	VI Unitario	VI Total
11000031 ALMOÇO	UND	1	20,00	20,00
11000034 SANDUICHE MISTO	UN	1	4,00	4,00
Total do Setor:				24,00
Total de GASTOS EXTRAS (FRIG./REF./TELEFONIA):				24,00
Total da Conta: R\$				24,00
Co-participacao/Franquia/Desconto:				0,00

[Assinatura manuscrita]







2017
10 de julho

SECRETARIA
DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE

Dr. LUIZ GUIDO
Ortopedista
Traumatologista

Dr. JACQUES BARBOSA
Ortopedista
Traumatologista

Dr. GILMAR FERREIRA
Fisioterapia

Dr. HILLY CAMALLO
Clínica Médica

Dr. FÁBIO MOURÃO
Nutricionista

Dr. JOSÉ IVAN VIEIRA
Obstetra - Ginecologia
Ginecologia

Dr. GILBERTO LOPES
Fisioterapia - Suporte de Cuidado

Dr. ANDRÉ LOPES
Odontologia

P/ J. Júlio César S. de Oliveira.

S,
R,

Uso interno:

Bioflac 7,5mg.....01cx/
Tomar 01 comprimido de 12 em 12 horas.

Mirtax 10mg.....01cx/

Tomar 01 comprimido a noite.

Uso local:

Compressas mornas 30' de 08 em 08 horas.

Arcoverde, 17 de julho de 2017.

Luiz Inocência Guido CRM8649.

VOLTAR EM: 17/08/2017.

Dr. Luiz Guido
Ortopedista e Traumatologista
CRM-8649

Assinado eletronicamente por: JULYKE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272022400000043584110
Número do documento: 19042509272022400000043584110



RECEITUÁRIO



1ª VIA FARMÁCIA		2ª VIA - COPIA
Paciente: JULIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA		
Nº: 23/04/1983	Idade: 34	SEXO: Masculino
COPIA		

Rx	
CEFALEXINA 500MG-----28COMP	
TOMAR 01 COMP VO 6/6H POR 07 DIAS	
PARACETOL 400MG-----14 COMP	
TOMAR 01 COMP VO 12/12H POR 07 DIAS	

M. T. ZAR DECS	
NAO RETIRAR TALA E CURATIVO	
RETOURNO DIA 28 DE NOVENBRO AS 08:00 HORAS AO HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL	

Dr. Jefferson Colunha
Ortopedista
Clínica de Mãos

JEFFERSON COLUNHA DE OLIVEIRA JUNIOR - CRM: Nº.18757





RECEITUÁRIO



1ª VIA FARMÁCIA		2ª VIA PACIENTE	
JULIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA			
23/04/1983	34	SEX	Masculino
CID: D57		CDP:	

<p>CELESTINA 500MG-----28COMP</p> <p>TOMAR 01 COMP VO 6/6H POR 07 DIAS</p> <p>MAXSOLID 400MG-----14 COMP</p> <p>TOMAR 01 COMP VO 12/12H POR 07 DIAS</p>			
---	--	--	--

<p>MOBILIZAR DEDOS</p> <p>NAO RETIRAR TALA E CURATIVO</p> <p>RETOVAR DIA 28 DE NOVEMBRO AS 08H DA MANHA AO HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL</p>			
--	--	--	--

Jefferson Calume
 Médico - Ortopedia
 Clínica de Mãos
 CRM: 18757

JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR - CRM: Nº.18757







SÃO BENTO DO UNA

Secretaria Municipal de Saúde

 **HOSPITAL MUNICIPAL**
MARIA TEREZA MENDONÇA

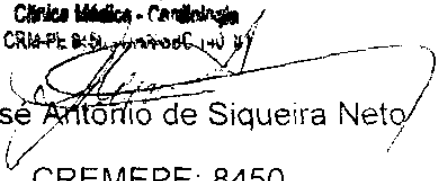
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **JÚLIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA**, RG nº 50454 e CPF 058.414.554-35, deu entrada nesta unidade hospitalar no dia 04.04.2017 às 11h24min com fratura no punho E vítima de queda em acidente de trânsito.

CID – S62

São Bento do Una, 20 de junho de 2017

Dr. José Siqueira
Clinico Médico - Cardiologia
CREMEPE 8450


Dr. José Antônio de Siqueira Neto

CREMEPE: 8450

Avenida Manoel Cândido, S/N – Centro-CEP 55370-000 – São Bento do Una – PE. Fone: (81) 3735 0714.
E-mail: hmsbu@yahoo.com.br. CNPJ 10.091577/0007-00





Paciente: JULIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA
Prontuário: 98079
Convênio: UNIMED CARUARU
Data do Exame: 02/08/2017 10:07:24
Médico: JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
Data de Nascimento: 23/04/1983
Atendimento: 409421
Pedido: 85882
Sexo: M

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PUNHO

TÉCNICA:

Exame realizado em vários planos e ponderações, sem injeção de contraste paramagnético endovenoso.

COMENTÁRIOS:

Discreto derrame nas articulações rádio-cárpica, intercárpica, bem como discreta distensão líquida do recesso pré-estiloide, associando-se leve sinovite nestes compartimentos.

Foco de ectasia vascular/alteração fibrocística na base do primeiro metacarpo.

Focos de edema da medular óssea pós-contusionais no capitato e no piramidal sem detectarmos fratura.

Foco de ectasia vascular no semilunar.

Discretos focos de afilamento condral na articulação rádio-cárpica, sem edema subcondral.

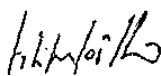
Ventres musculares e feixes vasculonervosos anatômicos.

Tendões sem alterações evidentes.

Sinais de leve estiramento/alteração pós-contusional nas estruturas cápsulo-ligamentares do punho em sua porção dorsal, sem roturas.

Demais ligamentos preservados.

Afilamento da lâmina ulnar da fibrocartilagem triangular que se insere na ponta do processo estiloide da ulna, podendo representar lesão parcial, sem evidencia definitiva


Dr. FELIPE MENDONÇA COELHO
Médico Radiologista
CRM: 16391

1/2





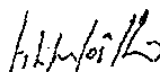
Paciente: JULIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA
Prontuário: 98079
Convênio: UNIMED CARUARU
Data do Exame: 02/08/2017 10:07:24
Médico: JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
Data de Nascimento: 23/04/1983

Atendimento: 409421
Pedido: 85882

Sexo: M

de transfixação completa. Há discreta alteração degenerativa no corpo da fibrocartilagem triangular.

Restante do estudo sem outras particularidades.


Dr. FELIPE MENDONÇA COELHO
Médico Radiologista
CRM: 16391

2/2



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz"
Roberto de Oliveira

340952





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo:	
CRM:	UF:
End.:	
Cidade:	UF:
Tel.:	

1ª VIA - FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA - PACIENTE

Carimbo do Médico

Paciente: [assinatura]

Endereço: _____

Prescrição: [assinatura]

[assinatura]

Data: 27/12/19

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
Identidade:	Órgão Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Tel.:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico
____/____/____
Data







SÃO BENTO DO UNA

MELHOR A CADA DIA
Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

W. André Carlos
re - d.

re - d.

gan -

re - d.

11/54
17

Dr.IVALDO Sampaio
Médico Clínico Geriatria
CRM-PE 644

Secretaria Municipal de Saúde de São Bento do Una - PE.
Rua Joaquim Nabuco S/N, São Bento do Una - PE. / Telefone: (81) 3735-0720





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

HOSPITAL MEMORIAL
São Gabriel

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL

CNPJ: 22.721.288/0001-26

End. completo: Av. José Veríssimo, 752

Maurício de Nassau - 55014-250

Telefone: (81) 3727-7250

Cidade: Caruaru

UF

PE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

DATA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Orgão Emissor

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

Campo e assinatura do farmacêutico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA

1ª VIA FARMÁCIA - 2ª VIA PACIENTE





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

UNIDADE MEMBRAS

São Gabriel

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL

CNPJ: 22.721.288/0001-20

End. completo: Av. José Veríssimo, 752

Maurício de Nassau - 55014-250

Telefone: (81) 3727-7250

Cidade: Caruaru

UF: PE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Prescrição de...

DATA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: _____ Órgão Emissor _____

End. _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Carimbo e assinatura do farmacêutico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA

1ª VIA FARMÁCIA - 2ª VIA PACIENTE





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo:	HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL
CNPJ:	22.721.288/0001-26
End. completo:	Av. José Veríssimo, 752
	Maurício de Nassau - 55014-250
Telefone:	(81) 3727-7250
Cidade:	Caruaru
UF:	PE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

____/____/____
DATA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	_____
Ident.:	_____
Orgão Emissor	_____
End.:	_____
Cidade:	_____
UF:	_____
Telefone:	_____

1ª VIA FARMÁCIA - 2ª VIA PACIENTE

Dr. Jefferson Calume
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Mão
CRM-PE 18.757

Carimbo e assinatura do farmacêutico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	
DATA	





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo:	HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL
CNPJ:	22.721.288/0001-26
End. completo:	Av. José Veríssimo, 752
	Maurício de Nassau - 55014-250
Telefone: (81) 3727-7250	Cidade: Caruaru UF PE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Juliana Gomes Silva

Pr

Prac. Conf. - Odont

Caruaru - PE

11/04/2019

Dr. Jefferson Calume
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Mão
CRM-PE 18.757

____/____/____
DATA

Carimbo e assinatura do farmacêutico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	_____
Ident.:	_____ Órgão Emissor _____
End.:	_____
Cidade:	_____ UF: _____
Telefone:	_____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico _____ DATA _____	

1ª VIA FARMÁCIA - 2ª VIA PACIENTE





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo:	
CRM:	UF:
End.:	
Cidade:	UF:
Tel.:	

1ª VIA - FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA - PACIENTE

Carimbo do Médico

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
Identidade:	Órgão Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Tel.:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

____/____/____

Data





Pl. Jilte Cezar S. de Oliveira

2

Use me as

†cragex10mg.....01ex/
------------------	------------

Tornar 01 comprimido de 06 em 06 horas

$$C_{\text{max}} = 0.001 \text{ g/g} \quad \text{and} \quad C_{\text{min}} = 0.0001 \text{ g/g} \quad \text{for } 1 \leq i \leq 5$$

1997, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

Use local

Compras as mornas 30' de 08 em 08 horas

Age 100, 100% shell dry 2017

Luiz Inácio Guido CRM8649.

VOLTAR EM: 16/05/2017.







R_1

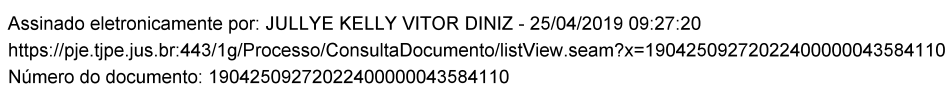
Artrosil 160mg.....01cx/
Tomar 01 comprimido de 12 em 12 horas.

Compressas de gelo 30' de 02 em 02 horas.

Luiz Inocência Guido CRM8649.

VOLTAR EM: 13/06/2017.

Dr. Luiz Guido
Ortopedista
CRM 35.438





CLICO

Clinica Médica

Cardiologia

Pediatria

Ginecologia

Obstetrícia

Ultra-Som

Dentista

**Laboratório
de Análises**

Ortopedia

Traumatologia

Fonoaudiologia

Fisioterapia

RPG

Raio X

**Densitometria
Óssea**

Handwritten signatures and notes in the right column, including names like 'Alexandre Braga' and 'Gleide - Traumatologia'.

CLICO MED - Clínica Médica Comunitária

R. Cel. Antonio Marinho, 10 - Boa Vista - Belo Jardim-PE - CEP: 55.154015 - F. (81) 3726.4950





**SÃO BENTO DO UNA**MELHOR A CADA DIA
Secretaria de SaúdeHOSPITAL MUNICIPAL
MARIA TERESA MENDONÇA**FICHA DE ATENDIMENTO**

Número do Registro	Data e Hora do atendimento	Emergência GE
213.793.	04/04/2019 11:24	73
Informações prestadas pelo: Cliente ou Acompanhante:		
Cliente:	Fone:	
Julio Cesar Silva de Oliveira		
Data de Nascimento:	Idade:	Sexo: Cor:
23/04/83	33	M
Estado Civil:	Profissão:	Naturalidade:
solteiro	Pm	SBU
Nacionalidade:	Documento de Identidade:	CNS:
B		
Filiação:		
M ^{re} Luciana Silva de Oliveira		
Ocorrência:	Acidente de Trabalho:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Procedência:		
Meio de Transporte:		
Endereço:	Bairro:	Cidade:
Rua Alameda e Centro, 206		SBU
Médico (a):	Enfermeiro (a):	
Dr. Valdo	Emilia	
Técnicos em Enfermagem:		
maria angel celesti		
Queixa Principal		
HDA:	FRATURA DO PUNHO?	
História do Trauma:		
Perda da Consciência: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> Episódio Emético: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> Tipo:		
Acidente de Trânsito: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Colisão: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Motorista: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		
Atropelamento: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> Vítima de Ferimento: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> Tipo:		
Sofreu Queda: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Altura: m		
Queimadura: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> Por: Grau:		
Condições de Imobilização: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Por que: FRATURA DO PUNHO.		







**SÃO BENTO DO UNA**MELHOR A CADA DIA
Secretaria de SaúdeHOSPITAL MUNICIPAL
MARIA TERESA MENDONÇA**FICHA DE ATENDIMENTO**

Número do Registro	Data e Hora do atendimento	Emergência GEI
223.793.	04/04/2019 11:24	73
Informações prestadas pelo: Cliente ou Acompanhante:		
Cliente:	Fone:	
Julio Cesar Silva de Oliveira		
Data de Nascimento:	Idade:	Sexo:
23/04/83	33	M
Estado Civil:	Profissão:	Naturalidade:
solteiro	PM	SBV
Nacionalidade:	Documento de Identidade:	CNS:
B		
Filiação:		
M ^{re} Luciana Silva de Oliveira		
Ocorrência:	Acidente de Trabalho:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Procedência:		
Meio de Transporte:		
Endereço:	Bairro:	Cidade:
Rua Alameda e Centro, 206		SBV
Médico (a):	Enfermeiro (a):	
Dr. Valdo	Emilia	
Técnicos em Enfermagem:		
maria/ ana/ celeste		
Queixa Principal		
HDA:		
Fratura no pulso?		
História do Trauma:		
Perda da Consciência: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> Episódio Emético: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> Tipo:		
Acidente de Trânsito: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Colisão: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Motorista: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		
Atropelamento: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> Vítima de Ferimento: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> Tipo:		
Sofreu Queda: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Altura: m		
Queimadura: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> Por: Grau:		
Condições de Imobilização: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Por que: FRATURA DO PUNHO		





SÃO BENTO DO UNA

Secretaria Municipal de Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL
MARIA TEREZA MENDOMENDONÇA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **JÚLIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA**, RG nº 50454 e CPF 058.414.554-35, deu entrada nesta unidade hospitalar no dia 04.04.2017 às 11h24min com fratura no punho E vítima de queda em acidente de trânsito.

CID – S62

São Bento do Una, 20 de junho de 2017

Dr. José Siqueira
Clínica Médica - Cardiologia
CRM-PE 8450

Dr. José Antônio de Siqueira Neto

CREMEPE: 8450

Avenida Manoel Cândido, S/N - Centro-CEP 55370-000 - São Bento do Una - PE Fone: (81) 3735 0714.
E-mail: hmsbu@yahoo.com.br CNPJ: 10.091577/0007-00.





HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que o paciente JULIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA, apresenta artrose pós traumática do punho esquerdo com dor e limitação da amplitude de movimento e déficit de força em caráter DEFINITIVO.

cid: S63.3 + M19.1

Caruaru, 05 de fevereiro de 2019

Dr. Jefferson Calume
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM PE 18757

Dr. Jefferson Calume
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão e Microcirurgia
CRM 18757





Hospital Unimed Caruaru

www.unimedcaruaru.com.br
Rua Artur Antônio da Silva, 549
55.016-445 - Universitário - Caruaru-PE
T. (81) 2103-8600



Paciente: JULIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA
Prontuário: 98079
Convênio: UNIMED CARUARU
Data do pedido: 19/06/2018 07:41:00
Médico: JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
Data de Nascimento: 23/04/1983 02:00:00
Atendimento: 6
Pedido: 121893
Sexo: M

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PUNHO ESQUERDO

TÉCNICA:

Exame realizado em vários planos e ponderações, sem injeção de contraste paramagnético endovenoso.

COMENTÁRIOS:

Pequenas áreas císticas na região metaepifisária proximal do primeiro metacarpo, bem delimitadas, com esclerose reacional e sem sinais de agressividade medindo em conjunto 0,9 x 0,5 cm.

Há uma pequena área cística no polo proximal do capitato medindo 0,5 x 0,3 cm associado a tênue edema medular, em sua face articular com o navicular, podendo ter natureza degenerativa, porém não se identificando alteração na espessura do revestimento condral.

Há discreto borramento com irregularidade do contorno das cartilagens entre o rádio, o semi-lunar e porção ulnar do escafoide podendo ter natureza degenerativa inicial. As demais cartilagens tem espessura normal e contornos regulares.

Não há alargamento dos espaços articulares escafo-semilunar e semilunar-pirâmidal que indique rotura dos ligamentos intrínsecos.

Não há derrame intra-articular nem sinais de sinovite.

Não vimos rotura na fibrocartilagem triangular, existindo discretas alterações cicatriciais na sua porção proximal, junto a fôvea ulnar podendo estar relacionado a estiramento pregresso, cicatrizado.

Discreta alteração intrassubstancial do sinal do tendão extensor ulnar do carpo, que se apresenta subluxado lateralmente, com essas alterações devendo ser relacionadas a

JOSE PEREIRA COELHO NETO
Médico Radiologista
CRM-PE: 6182

1/2

Membrado Aliança
Cooperativa Integradora

Colaborador do Hospital Unimed Caruaru
Folha 2 de 2

ANS - nº 340952





Hospital Unimed Caruaru

www.unimedcaruaru.com.br

Rua Artur Antônio da Silva, 549

55.016-445 - Universitário - Caruaru-PE

T. (81) 2103-8600



Paciente: JULIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA

Prontuário: 98079

Convênio: UNIMED CARUARU

Data do pedido: 19/06/2018 07:41:00

Médico: JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR

Data de Nascimento: 23/04/1983 02:00:00

Atendimento: 6

Pedido: 121893

Sexo: M

tendinopatia na dependência da correlação clínica. Os demais tendões tem espessura e sinal habituais, não se observando líquido em quantidade aumentada na bainha sinovial dos mesmos.

Nervo mediano e canal de Guyon sem alterações.

Foi colocado marcador cutâneo do local doloroso e referido pelo paciente na região dorsal e lado radial do punho, na altura da fileira distal do carpo. Próximo desta região existe pequena imagem óssea situada adjacente ao captato, trapezoide e base do terceiro metatarsal, que foi identificada em tomografia realizada anteriormente com as hipóteses diagnósticas de fratura e ossículo acessório. Não vimos edema ósseo medular nestas regiões e a critério clínico repetir a tomografia para melhor análise.

JOSE PEREIRA COELHO NETO
Médico Radiologista
CRM-PE: 6182

2/2

2000

Original emitido em 19/06/2018 às 07:41:00

ANS nº 340952



Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272039200000043584118>

Número do documento: 19042509272039200000043584118

Num. 44246429 - Pág. 5





INSTRUMENTO DE MANDATO

OUTORGANTE: JÚLIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA, Policial Militar, solteiro, portadora da Cédula de Identidade nº 50454 PM/PE, inscrita no Cadastro de Pessoas Físicas sob o nº 058.414.554-35, residente na Rua Marquês de Olinda, nº 35, Garanhuns, Heliópolis, Pernambuco, CEP 55295-500.

OUTORGADO: JULLYE KELLY VITOR DINIZ, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE sob o nº 33.640, com endereço profissional na Avenida Gonçalves Maia, nº 395, Heliópolis, Garanhuns, Pernambuco, CEP 55.296-270.

PODERES: Amplos poderes para o foro em geral, nos termos do artigo 105 de Código de Processo Civil, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, receber, dar quitação, desistir, podendo ainda substabelecer esta em outra, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

DOS HONORÁRIOS: Fica acordado que o **OUTORGADO** receberá a título de honorários advocatícios **CONTRATUAIS**, a quantia correspondente a 30% do proveito econômico da causa. Autorizando, desde já, a **OUTORGANTE**, a retenção do referido valor em favor do **OUTORGADO** e a expedição de alvará em separado.

Garanhuns, 11 de fevereiro de 2019.

Júlio Cesar Silva de Oliveira

JULLYE KELLY VITOR DINIZ ALMEIDA | OAB/PE 33.640
Av. Gonçalves Maia, 395 - Heliópolis Garanhuns - PE | CEP: 55.296-270 | jkvdiniz@gmail.com
(87) 9.9937-8807 / (87) 9.8117-8555

Página 1 de 2





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Estado de Pernambuco
Secretaria de Defesa Social
POLÍCIA MILITAR

NOME
JÚLIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA

CABO PM

50454

Júlio Cesar Silva de Oliveira
ASSINATURA

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

GABINETE DE IDENTIFICAÇÃO - PMPE

PAI: JARICE ARAÚJO DE OLIVEIRA

MÃE: MARIA LUCIA SILVA DE OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 25/04/1983

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO: 01087860

NATURALIDADE: SÃO BENTO DO UNA-PE

TÍTULO CRIATORIAL: 62765160876

CPF: 05841455435

LOCAL E DATA DE EMISSÃO: Recife-PE 22/11/2018

AO PORTADOR É PERMITIDO O PORTE DE ARMAS NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

22/11/2026

CHIEFE DO GABINETE DE IDENTIFICAÇÃO - PMPE

REPUBLICA LEI Nº 11.727 DE 25 DE MARÇO DE 2008





