

108786

Livro _____
Pág. _____

POLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO

SESSÃO N° 11

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	
Tratamento	Prazo _____ Lugar _____
Pode prestar serviço?	_____
	Observações _____ _____

Derby, de ri bi ; de ri bi ; de ri bi ;
(Ass.) de ri bi ; de ri bi ; de ri bi ;

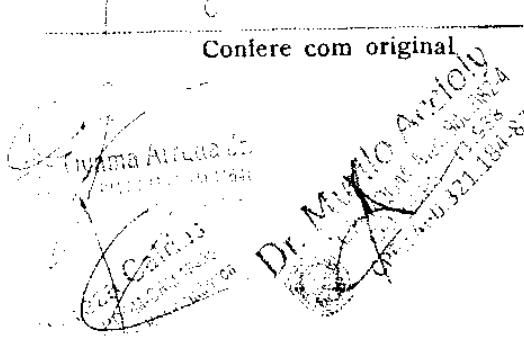
1 ASS.)
In all 2 parts South of the 5 friends.
Major Dom. Ulysses A. F. C. junior
1st. Lewis Cushing Fielday

Confere com original

Tempo de praca

Ferido em serviço público?

Afastado do serviço





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272006400000043584093>
Número do documento: 19042509272006400000043584093

Num. 44246404 - Pág. 2

09/08/17
09/08/17



POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
COMANDO GERAL DA POLÍCIA MILITAR
DIRETORIA DE SAÚDE (DS)
Rua Cel Silva Torres nº117, Capungá, Recife-PE CEP 52.010-200
Fone/fax (081) 31811811 e 31811813 / Email: dspmpe@yahoo.com

DESPACHO

Ao 01/08/17
moradia

Em 09/08/17

[Signature]

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 *ho orden*

[Signature]
Oyama Arruda Jr.
MIL. PM SCM. FAM 11646
Ortopedia / Traumatologia

"Nossa Presença. Sua Segurança"



Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272006400000043584093>
Número do documento: 19042509272006400000043584093

Num. 44246404 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272006400000043584093>
Número do documento: 19042509272006400000043584093

Num. 44246404 - Pág. 4



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 020/17-1º CPM

Belo Jardim - PE, 12 de abril de 2017.

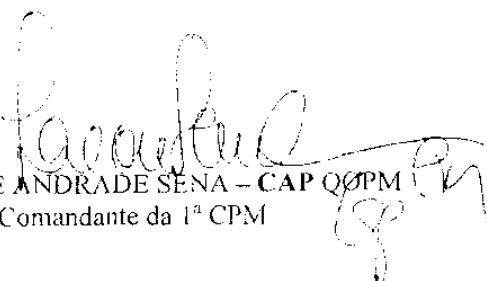
Ao Senhor
SÉRGIO ROBERTO GOMES DA SILVA
Maj. QOPM – Chefe da 1º Seção do 15º BPM

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 1º CPM

LAS/SGI

Nossa Presença, Sua Segurança!



Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272006400000043584093>
Número do documento: 19042509272006400000043584093

Num. 44246404 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272006400000043584093>
Número do documento: 19042509272006400000043584093

Num. 44246404 - Pág. 6

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

NOME: JÚLIO CÉSAR SILVA DE OLIVEIRA

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





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272006400000043584093>
Número do documento: 19042509272006400000043584093

Num. 44246404 - Pág. 8

Visto (1)

GEN Lira Leite
10/04/2019
tel. 194-3000

POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

CENTRO HOSPITALAR

ATESTADO DE ORIGEM

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

PROVA TESTEMUNHAL

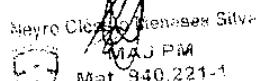
Nós abaixo assinados atestamos que (3) O Sd QPMG/108786-0/1ºCPM/15ºBPM – JÚLIO CÉSAR Silva de Oliveira às (4) 10h00 do dia 04 de Abril de 2017 foi (5) vítima de acidente de trânsito (colisão transversal), estando o mesmo de serviço de 24hs, quando conduzia em sua mão de direção a viatura (motocicleta) 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

(Assinatura do subcmt ou seu substituto)

- (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 à 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


Neyre Cleuzio Bentes Silva
1ºAº PM
Mat. 940.221-1





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272006400000043584093>
Número do documento: 19042509272006400000043584093

Num. 44246404 - Pág. 10

PROVA TÉCNICA

Abaixo assinado (7) INÁLIO SAMPAIO DE SOUZA
em serviço (8) Médico Plantonista

certifica que (3) Julio César Filho de Clárcio
às (4) 11:24h de 04/04/2017 foi vítima do acidente constatado prova testemunhal, apresentando ao exame as seguintes lesões ou perturbações mórbidas resultantes do acidente sofrido; (9) Fratura de clavícula
elétrica. Até sófreu acidente automobilístico (motor
ciclista).

Dr. Inálio Sampaio
Médico Clínico Geralista
CRM: 55.141

(Assinatura e posto do médico)
em 08/04/2017

PROVA DE AUTÊNCIADE

O abaixo assinado (10) MAJ 20 PM - 9/10221-7/15º BPM - NEYRO CLÉSIO MENESES SILVA. Declara que reconhece corretamente as firmas das testemunhas (F.F) o Ten Sérgio Paulino F
SILVA, CB Alan Coutinho Procopio da Cunha e Sd Waldney Wit
Bertinha de Souza
e do médico (F.) DR. Inálio Sampaio.

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

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

Neyro Clésio Meneses Silv.
C/ 20 PM
Mat 940 221-1

(Assinatura do subscritor 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 cirúrgicos, tendo o cuidado de assinalar as lesões ou as perturbações mórbidas encontradas, tal como se for auto de corpo delito 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 incumbe no momento acidente, bem assim os fatos constantes da prova testemunhal.





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272006400000043584093>
Número do documento: 19042509272006400000043584093

Num. 44246404 - Pág. 12

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, milit
108746-0
dono do presente atestado de origem, no
dia 11 de 09 de 2017 com o seguinte resultado(12)
base ligevemente do punho esquerdo
(AD 563.5)

(13) *Ruife*, em 11 de 09 de 2017

Presidente
(Assinatura do Presidente da Junta)

OBSERVAÇÕES

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

(13) *Ruife*, em 11 de 09 de 2017

Presidente
(Assinatura do Presidente da Junta)

(12) Indicar o parecer e o diagnóstico 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.





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272006400000043584093>
Número do documento: 19042509272006400000043584093

Num. 44246404 - Pág. 14

OUTRAS OBSERVAÇÕES





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272006400000043584093>
Número do documento: 19042509272006400000043584093

Num. 44246404 - Pág. 16

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA DO RJ - CRM/RJ
Av. Presidente Vargas, 96 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20040-000

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA DO RJ - CRM/RJ

CRM/RJ
MEDICINA CLÍNICA DENTAL
CRM/RJ

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA DO RJ - CRM/RJ

DEPARTAMENTO

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA DO RJ - CRM/RJ

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA DO RJ - CRM/RJ

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA DO RJ - CRM/RJ





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272006400000043584093>
Número do documento: 19042509272006400000043584093

Num. 44246404 - Pág. 18



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE,
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARILIA
1996. Reunião Col. José Becker de Amorim
ROCA e ROTIDAS OSTENSIVAS COM APOIO DE MOTOCICLETAS

10.000, que se apresentou quando a viatura das proximidades de Trevo em direção à Rua Jardim das Rosas, estrada de Araxá, e que era pilotado por ROGÉRIO MÁRCIO Medeiros Honda/XRE 300, com placas PZ-1.000, conhecida pelo apelido de "Júlio César". Mais: RUS-786-0, que se deslocava em sua viatura, e que é especialista na realização de roubos, não surpreendeu por ser o condutor que também conta com a característica de ser alucinado, e que possui placas PZB-6281, conhecidas pelo apelido de "Júlio César", que é o apelido de Lúcia Maria, a qual emprestava a viatura de fiozinho na frente do policial militar e que, na hora da prisão, havia deixado o veículo, possuindo diversos ferimentos no S10 P04 Júlio César, sendo estes: ferimento no membro esquerdo, ferimento no membro direito, ferimento no torso, 11 fôrmas, punhos, cotovelos e joelhos, esquerdo e direito.

THE DEPARTMENT OF
DEFENSE FACILITIES
AND WEAPONS DIVISIONS
OF THE UNITED STATES ARMY





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272006400000043584093>
Número do documento: 19042509272006400000043584093

Num. 44246404 - Pág. 20





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272006400000043584093>
Número do documento: 19042509272006400000043584093

Num. 44246404 - Pág. 22

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRENCIA

126 *W. J. H.*

1988-10-14

卷之三

1000

Unidade Operacional	Caracterização		Órgão ou Unidade	Setor ou Região	UF da Unidade Operacional
32 - RJ - RJ	Relações Sociais (Relações Sociais)		04 - RJ - RJ	01 - RJ - RJ	02 - RJ - RJ
Descrição da ocorrência	Aviso de encerramento da ocorrência				
Data (dd-mm-aaaa)	Hora (horas)	Local (rua, bairro, cidade)	Órgão ou Unidade	Setor ou Região	UF da Unidade Operacional
01-01-2010	14:00	Rua das Flores, Centro, Rio de Janeiro	04 - RJ - RJ	01 - RJ - RJ	02 - RJ - RJ
Circunstâncias do Fato					
Relação entre os envolvidos					
Local (rua, bairro, cidade)					
Complemento (Andar, Sala, Andar)					
Município					
UF da Unidade Operacional					
<input type="checkbox"/> VITIMA	<input type="checkbox"/> IMPUTADO	<input type="checkbox"/> SUSPEITO	<input type="checkbox"/> PESSOAL PESSOAL	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> TURISTA

<input type="checkbox"/> VITIMA	<input type="checkbox"/> IMPUTADO	<input type="checkbox"/> SUSPEITO	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> TURISTA
Nome: Ruzão Soárez					
Pai					
Mãe					
Apelido / Nome completo		Sexo	Idade	Estado Civil	1. Gostaria de: 2. Capacidade
Data de nascimento		1. Masculino	2. Feminino	3. Solteiro(a)	4. Casado(a) / União estável 5. Casado(a) / União estável 6. Separado(a) 7. Separado(a) 8. Divorciado(a) 9. Divorciado(a)
<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CNH		3. Júris Competente	4. CEP	5. Cidade	6. Objeto Expositor
Endereço (Rua, Avenida, Rodovia,etc)					7. Número
Bairro		CEP	Município		
8. Telefone(s) e/ou Celular(s)					9. Telefone
Endereço (Rua, Avenida, Rodovia,etc)					10. Telefone
Bairro		CEP	Município		
11. Outra Informação					12. Observações
13. Cidade e Estado de Residência					14. Observações
15. Endereço de Interessado(s)					16. Observações

Assentamento do povoamento pelos Pioneiros

Journal of Business Ethics (2013) 113:103–113
DOI 10.1007/s10551-012-1103-2





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272006400000043584093>
Número do documento: 19042509272006400000043584093

Num. 44246404 - Pág. 24

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIAS

1.2.4. Vide





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272006400000043584093>
Número do documento: 19042509272006400000043584093

Num. 44246404 - Pág. 26



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 Zélio Cezar

portador da carteira profissional

nº _____ série _____ necessita de 07 (070)

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

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

LOCAÇÃO E DATA

04.04.12

Dr. Ivvaldo Sampaio
Médico Clínico Geriatra
CRM/PE 0441

ASSINATURA DO MÉDICO - C.R.M. N°

**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.**





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272014500000043584102>
Número do documento: 19042509272014500000043584102

Num. 44246413 - Pág. 2



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

José Lino *cefan*

portador da carteira profissional

nº

série

necessita de *08 (000)*

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

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

LOCALIDADE E DATA

11/04/17

Dr. Ivaldo Sampaio
Médico Clínico Geral
CRM/PE 0441

ASSINATURA DO MÉDICO - C.R.M. N°

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



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

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272014500000043584102>

Número do documento: 19042509272014500000043584102

Num. 44246413 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272014500000043584102>
Número do documento: 19042509272014500000043584102

Num. 44246413 - Pág. 4

ATESTADO MÉDICO

Alesto 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
CRM8649

Luiz Inocêncio Guido CRM8649





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272014500000043584102>
Número do documento: 19042509272014500000043584102

Num. 44246413 - Pág. 6

ATESTADO MÉDICO

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

CID: S62.0.

Arcoverde, 16 de maio de 2017.

D. Luiz Guido
Ortopedista
CRM 3649





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272014500000043584102>
Número do documento: 19042509272014500000043584102

Num. 44246413 - Pág. 8



CEMELFA

CENTRO MÉDICO DE ARCOVERDE

2017
13 Anos

Dr. JÚLIO CÉSAR
Ortopedista
Traumatologista

Dra. MÁ TARA SAMPAIO
Ortopedista
Traumatologista

Dr. GILMAR FERREIRA
Fisioterapeuta

Dra. KELLY CAMPAGNO
Clínica Médica

Dra. NILMA MENEZES
Nutricionista

Dr. JOSE IVAN VIDAL
Ginecologista - Ginecolatra
Obstetra - Pediatria

Dra. GILMA VITÓRIA GAGGIARDI
Fisioterapeuta Saúde da Mulher

Dr. LINDINEY LOPES
Otorrinolaringologista

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

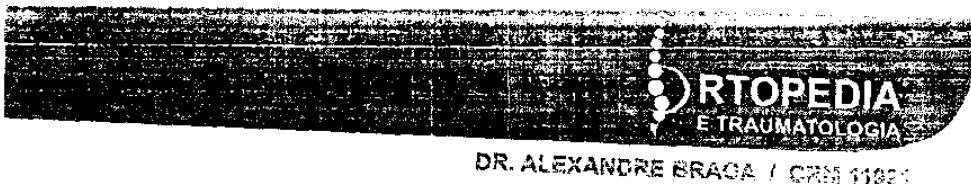
Rua Joaquim Ferreira, Número 181, Centro - CEP: 38210-0162 - 3821-0002
Arcoverde - PE
cemefarc@hotmail.com





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272014500000043584102>
Número do documento: 19042509272014500000043584102

Num. 44246413 - Pág. 10



ATESTADO MÉDICO

ATESTO para os devidos fins que o Sr.(a) Verde
Verde necessita de 15 dias de licença, por
motivo de doença a partir de 15/07/2018

11 de 11 de 11

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

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

RECE 3. 6 Oct 1944, 1944-EM
18/07/39
35501-PM JAMES J.





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272014500000043584102>
Número do documento: 19042509272014500000043584102

Num. 44246413 - Pág. 12

2547
2548

Dr. BRIJENDRA Gupta fraganatangida
Dr. R. K. YADAV (Lokayuva) Gupta Tribhuwan Bhagatia
Dr. G. M. K. H. H. H. Kishoreapura
Dr. R. K. Y. S. S. S. Gupta
Dr. R. K. K. K. K. K. Kishoreapura
Dr. R. K. K. K. K. K. Gupta
Dr. R. K. K. K. K. K. Gupta
Dr. R. K. K. K. K. K. Gupta
Dr. R. K. K. K. K. K. Gupta
Dr. R. K. K. K. K. K. Gupta

ATESTADO MÉDICO

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

CID: S62.0.

Arcoverde, 17 de julho de 2017.

Dr. LUIZ GOMES DA SILVA - Dr. LUIZ GOMES DA SILVA
Quiz Inocencio Guido CRM8649
CAMB 349

Classification: **Refugee** (Type: 107, Status: 2, Date: 2024-01-01) D-162, 2024-01-01 00:00:00
Arrived: 2024-01-01

RECEIVED ORIGINALLY
12/10/1982
MSGT-PM-JAMES C. [Signature]





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272014500000043584102>
Número do documento: 19042509272014500000043584102

Num. 44246413 - Pág. 14



HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL

Registro: 10126
Ate: JULIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA
Soc: UNIMED CO-PARTICIPATIVO HSG
CRM: 18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA

Data Inicial: 04/08/2017
Bloco: Enf/Apt: Leito:
Carteira: 1740886000425006

Atestado Médico

Para os devidos fins que o(a) paciente: JULIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA, necessita de 60 (sessenta) dias de licença, a partir de 04/08/2017 para tratamento de doença M94 / s66.

Jefferson Calume de Oliveira Junior CRM 18757

SD PM JULIO CESAR
MAT. 186786-C
SC - BPM - 2^o CIA





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272014500000043584102>
Número do documento: 19042509272014500000043584102

Num. 44246413 - Pág. 16

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=1904250927201450000043584102>
Número do documento: 1904250927201450000043584102

Num. 44246413 - Pág. 17



Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272014500000043584102>
Número do documento: 19042509272014500000043584102

Num. 44246413 - Pág. 18

 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO DIRETORIA DE SAÚDE - CMH ATESTADO MÉDICO	
Nome: <u>Julio Cesar Pires de Oliveira</u> Série nº: <u>102786-SC</u>	
Posto/Grad. _____ Unidade _____	
A) Dispensa para Tratamento de Saúde (DTS)	
Dispensado do serviço por _____ () dias, a contar de _____ / _____ / _____	
<input type="checkbox"/> Exercícios Físicos <input type="checkbox"/> Exercícios Militares <input type="checkbox"/> Exercícios Profissionais <input type="checkbox"/> 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 <u>15 (quinze)</u> dias a contar de <u>19/10/17</u>	
Devendo ser cumprida fora da OME, em virtude da doença ou CID	
<u>SE 2</u>	
C) Apto a contar de _____ / _____ / _____	
<u>19/10/17</u>	
 ASSINATURA E CARIMBO	
<input type="checkbox"/> Exercícios Militares: ordem unida, a pé firme ou em marcha, com ou sem armas; maneabilidade, com ou sem armas.	
<input type="checkbox"/> Exercícios Físicos: instrução com exercícios físicos de tropa, mesmo educativos, que exijam movimentos rápidos e sincronizados.	
<input type="checkbox"/> Exercícios Profissionais: atividade específica policial militar ostensiva, ou de guarda, e qualquer que exija esforço físico, atividades exercidas fora da OME em que serve.	
<small>IMPRESSO NO PARQUE GRÁFICO DO CASIS - RUA BETÂNIA S/N - DERBY - RECIFE - PE</small>	

172.016.095.226



Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272014500000043584102>
Número do documento: 19042509272014500000043584102

Num. 44246413 - Pág. 19



Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272014500000043584102>
Número do documento: 19042509272014500000043584102

Num. 44246413 - Pág. 20

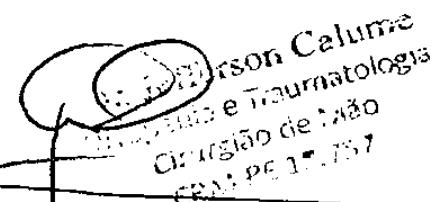


ATESTADO MÉDICO

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



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





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272014500000043584102>
Número do documento: 19042509272014500000043584102

Num. 44246413 - Pág. 22

LAUDO MÉDICO

O Sr(a). JULIO CEZAR SILVA DE OLIVEIRA foi submetido a tratamento cirúrgico 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 C. M. UME
ESPECIALISTA EN TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 13030
CRM-PE 18757





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272014500000043584102>
Número do documento: 19042509272014500000043584102

Num. 44246413 - Pág. 24



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO**

**DIRETORIA DE SAÚDE- CMH
ATESTADO MÉDICO**

Nome: Júlio Cesar Siqueira Same nº: 58785-1
Posto/Grad.: Sgt. Unidade: 15º 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 15/01/22 dias a contar de: 09/02/22

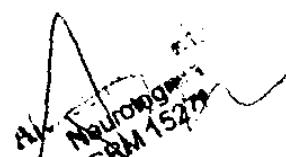
Devendo ser cumprida fora da OME, em virtude da doença ou CID

C) Apto a contar de _____ / _____ / _____

09/02/18

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 CASSIS- RUA BETÂNIA S/N- DERBY-RECIFE-PE.





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272014500000043584102>
Número do documento: 19042509272014500000043584102

Num. 44246413 - Pág. 26



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO
DIRETORIA DE SAÚDE- CMH
ATESTADO MÉDICO**

Nome: J. C. o E. S. Oliveira - Sane nº: _____

Posto/Grad. _____ Unidade _____

A) Dispensa para Tratamento de Saúde (DTS)

Dispensado do serviço por _____ () dias, a contar de _____ / _____ / _____

- Exercícios Físicos
 Exercícios Militares
 Exercícios Profissionais
 Outras Restrições

Deve 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.

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

563.3

C) Apto a contar de _____ / _____ / _____

23/02/18
DATA

[Signature]
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-PB





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272014500000043584102>
Número do documento: 19042509272014500000043584102

Num. 44246413 - Pág. 28

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



Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272014500000043584102>
Número do documento: 19042509272014500000043584102

Num. 44246413 - Pág. 29



Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272014500000043584102>
Número do documento: 19042509272014500000043584102

Num. 44246413 - Pág. 30

**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**





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272014500000043584102>
Número do documento: 19042509272014500000043584102

Num. 44246413 - Pág. 32



ATESTADO MÉDICO

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

necessita de 60 (sessenta) dias de licença,

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

CID 563

Caruaru 20 de 11 de 18

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



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=19042509272014500000043584102>
Número do documento: 19042509272014500000043584102

Num. 44246413 - Pág. 33



Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272014500000043584102>
Número do documento: 19042509272014500000043584102

Num. 44246413 - Pág. 34

UNIMED CARUARU COOP. TRAB MEDICO
Sistema de Faturamento de Contas de Convenio
Fatura Individual

Página: 1 de 1
Emitido por: WANESSA.SILVA
Em: 15/11/2017 09:22

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	Filme	Total
GASTOS EXTRAS (FRIG./REF./TELEFONIA)					24,00
INTERNAÇÃO 4	24,00				24,00
				Total da Conta: R\$	24,00

GASTOS EXTRAS (FRIG./REF./TELEFONIA)
Setor 352 INTERNAÇÃO 4

Procedimento
11000031 ALMOÇO
11000034 SANDUICHE MISTO

Unid./Ativ	Qtd	VL Unitario	VL Total
UND	1	20,00	20,00
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-participação/Franquia/Desconto: 0,00



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

Num. 44246421 - Pág. 2

2017
17/07/2017

CONSULTA MÉDICA DE ARCOVERDE

Dr. JULY GUEDES
Ortopedista
Traumatologista

Dra. MÁRCIA SANTOS
Ortopedista
Traumatologista

Dr. GILMAR PEREIRA
Fisioterapeuta

Dra. JULIETTE VITÓR
Nutricionista

Dra. MARINA MACHADO
Nutricionista

Dr. JOSÉ IVAN VIEAL
Obstetria - Ginecologia
Gastro-Enterologia

Dra. GISELA VIEIRA LIMA
Fisioterapeuta - Massoterapeuta

Dr. LINDINILY LOPES
Odontologista

P/ Júlio César S. de Oliveira.

2
2,

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 Inocêncio Guido CRM8649.

VOLTAR EM: 17/08/2017.

Foto Fernando Pacheco, Fotógrafo (R) - Crédito - Foto: (66) 4416-1021 / 3621 0862
Arcoverde-PE
arcoverde@fotopress.com.br





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

Num. 44246421 - Pág. 4

RECEITARÉD



1ª VIA FARMÁCIA 2º VIA - RECETO

JULIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA

DT: 23/04/1983 F: 34

SEXO: Masculino

CEP: 51000-000

Rx

CEFALEXINA 500MG-----28COMP

TOMAR 01 COMP VO 6/6H POR 07 DIAS

NAIS 400MG-----14 COMP

SC 01 COMP VO 12,12h POR 07 DIAS

DATA: 25/04/2019

MEDICAMENTOS

NÃO FIRMAR TALA E CURATIVO

RE: S/40 DIA 26 DE NOVEMBRO AS 08:00 HORA AO HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL

Dr. Jefferson Calume de Oliveira
Traumatologista
Ortopedista
Cirurgião de Mão

JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR - CRM: Nº.18757



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

<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272022400000043584110>

Número do documento: 19042509272022400000043584110

Num. 44246421 - Pág. 5



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

Num. 44246421 - Pág. 6

RECENTUÁRIO

1ª VIA FARMÁCIA - 10.10.2019

JULIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA

23/04/1983 - 34

Sexo: Masculino

CEP:

CEP:

CE: XIA - XINA 500MG-----28 COMP

TOMAR 01 COMP VO 6/6H POR 07 DIAS

MAXSOLID 400MG-----14 COMP

TOMAR 01 COMP VO 12/12H POR 07 DIAS

RECOMENDAÇÕES

MOBILIZAR DEDOS

NAO RETIRAR TALA E CURATIVO

REVISÃO DIA 20 DE NOVEMBRO AS 09H DA MANHÃ AO HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL

Jefferson Calume
CRM: 18757

JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR - CRM: Nº.18757





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=19042509272022400000043584110>
Número do documento: 19042509272022400000043584110

Num. 44246421 - Pág. 8



SÃO BENTO DO UNA

SECRETARIO, INSTITUTO NACIONAL DE SAN SE

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 - Cardiologista
CRM-PE 2457 - CRM-PE 140

Dr. José Antônio de Siqueira Neto

CREMEPE-8450

Avenida Manoel Cândido, 5/N – Centro-CEP 55370-000 – São Bento do Una – PE. Fone: (81) 3735 0714.
E-mail: hmbsu@yahoo.com.br. CNPJ 10.091577/0007-00



Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1904250927202240000043584110>
Número de documentos: 1004250927202240000043584110

Num. 44246421 - Pág. 9



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

Num. 44246421 - Pág. 10

Paciente: JULIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA
Prontuário: 98079 Atendimento: 409421
Convênio: UNIMED CARUARU Pedido: 85882
Data do Exame: 02/08/2017 10:07:24
Médico: JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
Data de Nascimento: 23/04/1983 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-carpica, intercarpica, 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-carpica, sem edema subcondral.

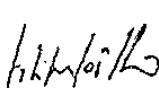
Ventres musculares e feixes vasculonervosos anatômicos.

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 lámina 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





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

Num. 44246421 - Pág. 12



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





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

Num. 44246421 - Pág. 14

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo:

CRM:

UF:

End.:

Cidade:

UF:

Tel.:

1^a VIA - FARMÁCIA OU DROGARIA

2^a 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



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

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272022400000043584110>

Número do documento: 19042509272022400000043584110

Num. 44246421 - Pág. 15



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

Num. 44246421 - Pág. 16



SÃO BENTO DO UNA
MELHOR A CADA DIA
Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

21.04.2019 00:00:00
Receituário
Dr. Jivaldo Sampaio
Medico Clínico Geralista
CRM-PE 6447

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



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

Num. 44246421 - Pág. 17



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

Num. 44246421 - Pág. 18

HOSPITAL MEMORIAL

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

**São
Gabriel**

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

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

Carimbo e assinatura do farmacêutico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Orgão Emissor _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

/ / DATA

1^ª VIA FARMÁCIA - 2^ª VIA PACIENTE





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

Num. 44246421 - Pág. 20

RECENTUARIO CONTROLE ESPECIAL

HOSPITAL MEMORIAL

**SÃO
Gabriel**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL

CNPJ: 22.721.288/0001-20

End. completo: Av. José Veríssimo, 752

Mauricio de Nassau - 55014-250

Telefone: (81) 3727-7250 Cidade: Caruaru UF: PE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

841
Av. José Veríssimo, 752
Mauricio de Nassau - 55014-250
Caruaru - PE

841

DATA

Carimbo e assinatura do farmacêutico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

Assinatura do Farmacêutico

DATA

Ident.: _____ Orgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

1^a VIA FARMACIA - 2^a VIA PACIENTE





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

Num. 44246421 - Pág. 22

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:

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

Carimbo e assinatura do farmacêutico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Orgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ / _____ / _____ DATA

1^º VIA FARMÁCIA - 2^º VIA PACIENTE



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

Num. 44246421 - Pág. 24

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:

Fábio César Sá

Endereço:

Av. José Veríssimo, 752

Prescrição:

*Prescrição**Caruaru - PE**18/04/2019*



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

Num. 44246421 - Pág. 26

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

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

1^ª VIA - FARMÁCIA OU DROGARIA
2^ª 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	





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

Num. 44246421 - Pág. 28

Dr. Júlio Cesar S. de Oliveira

Rx:

1000 mg/dia

forageiro 10mg.....01cx/

Tomar 01 comprimido de 06 em 06 horas

Oralmente.....01cx/

Tomar 01 comprimido de 12 em 12 horas

Uso local

Compressas mornas 30' de 06 em 06 horas

Até 1000 mg/dia oralmente

Luiz Inácélio Guido CRM8649

VOLTAR EM: 16/05/2017.

Dr. Luiz Guido
CRM 8649





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

Num. 44246421 - Pág. 30

P/ Júlio Cezar S. de Oliveira

Uso ortopédico

ED. Fratura do punho S

TEC. Imobilização em tala tipo nova para permitir

Arcoverde, 17/06/2017.

Luiz Incêncio Guido CRM8649PE

Médico Especialista

Dr. Luiz Guido
Ortopedista





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

Num. 44246421 - Pág. 32

P/ Júlio César Silva de Oliveira.

R,

Uso interno:

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

Uso local:

Compressas de gelo 30' de 02 em 02 horas.

Arcoverde, 16 de maio de 2017.

Luiz Inocêncio Guido CRM8649.

VOLTAR EM: 13/06/2017.

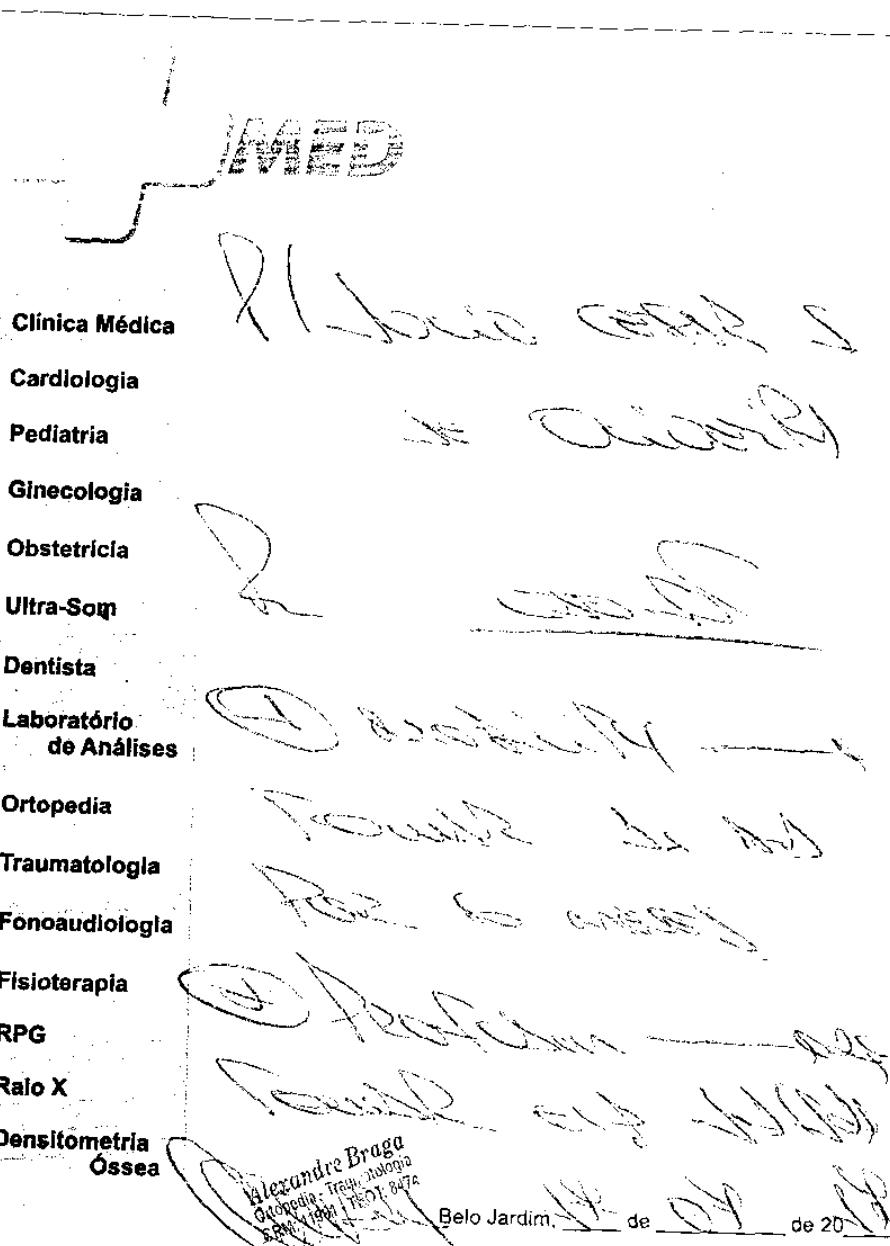
Dr. Luiz Guido
Otorrinolaringologista





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

Num. 44246421 - Pág. 34



Clico MED - Clínica Médica Comunitária

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





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

Num. 44246421 - Pág. 36



SÃO BENTO DO UNA

MELHOR A CADA DIA
Secretaria de Saúde



HOSPITAL MUNICIPAL
MARIA TERESA MENDONÇA

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 223.793.	Data e Hora do atendimento 04/04/2019, 15:24	Emergência GE 73
Informações prestadas pelo: Cliente ou Acompanhante:		
Cliente: Julio Cesar Silva de Oliveira	Fone:	
Data de Nascimento: 23/04/83	Idade: 33	Sexo: m
Estado Civil: solteiro	Profissão: Pm	Naturalidade: SBV
Nacionalidade: B	Documento de Identidade:	CNS:
Filiação: m. Juvênia Silva de Oliveira.		
Ocorrência:	Acidente de Trabalho: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	
Procedência:	Meio de Transporte:	
Endereço Pra. Alpina e Cach. 206	Bairro:	Cidade: SBV.
Médico (a): Dr. Celso	Enfermeiro (a): Enfermeira	
Técnicos em Enfermagem: maria, anabela celeste		
Queixa Principal: Fratura no braço?	HDA:	
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"/>	Vitima 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 no punho.	





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272030400000043584114>
Número do documento: 19042509272030400000043584114

Num. 44246425 - Pág. 2

Exame Físico					
A: Gerais Vias aéreas estão pétias: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> O cliente fala: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Temperatura: 36.5					
B: Respiratório:					
C: Circulatório PA: 160 X 110 mmHg Pulso: 80 bpm					
D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Glasgow: Abertura Ocular 15 Escore: Hora: 10/10 Glasgow: Resposta Verbal 15 Escore: Hora: 10/10 Glasgow: Resposta Motora 15 Escore: Hora: 10/10					
E: Abdômen					
Diagnóstico Inicial:					
Exames Solicitados:					
Resultado dos Exames:					
Tratamento / Procedimentos: 600 PT NUTRIENCAO ENTRADA 1000ML 50-02000 LETRA FORTA					
Indicação Cirúrgica: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Motivo:					
Evolução de Enfermagem: Nep: Melhor após 30m					
Diagnóstico Definitivo:					
Definição do Caso: Condição de Alta: Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Hora: Termo de Alta Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input type="checkbox"/>					
Transferido para: Internado na Clínica:					
Autorização para Alta / Internamento / Transferência:					
Médico:	CRM:	Data:	Hora:		





SÃO BENTO DO UNA

MELHOR A CADA DIA
Secretaria de Saúde



HOSPITAL MUNICIPAL
MARIA TERESA MENDONÇA

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro <i>223-793</i>	Data e Hora do atendimento <i>04/04/2019 11:26</i>	Emergência GEI <i>73</i>
Informações prestadas pelo: Cliente ou Acompanhante:		
Cliente: <i>Julio Cesar Silva de Oliveira</i>	Fone:	
Data de Nascimento: <i>23/04/83</i>	Idade: <i>33</i>	Sexo: <i>M</i> Cor: <i>BR</i>
Estado Civil: <i>solt.</i>	Profissão: <i>PM</i>	Naturalidade: <i>SBU</i>
Nacionalidade: <i>B</i>	Documento de Identidade:	CNS:
Filiação: <i>meu sogro Silveira Oliveira</i>		
Ocorrência:	Acidente de Trabalho: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Procedência:	Meio de Transporte:	
Endereço <i>Rua Alpina C. Oliveira, 206</i>	Bairro: <i>SBU</i>	Cidade: <i>SBU</i>
Médico (a): <i>Reinaldo</i>	Enfermeiro (a): <i>Paula</i>	
Técnicos em Enfermagem: <i>Maria/Andrea/celesti</i>		
Queixa Principal		
HDA:	<i>Fratura no braço?</i>	
História do Trauma:		
Perda da Consciência: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> Episódio Emético: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> Tipo:		
Acidente de Trânsito: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Colisão: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Motorista: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Atropelamento: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	Vitima de Ferimento: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> Tipo:	
Sofreu Queda: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Altura: <i>m</i>	
Queimadura: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	Por: <i></i> Grau: <i></i>	
Condições de Imobilização: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Por que: <i>Fratura no punho</i>	





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 - Cardiologista
CRM-PB: 8156 - CRM-ODG: 111

Dr. José Antônio de Siqueira Neto

CREMEPE: 8450

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



Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272030400000043584114>
Número do documento: 19042509272030400000043584114

Num. 44246425 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272030400000043584114>
Número do documento: 19042509272030400000043584114

Num. 44246425 - Pág. 6

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 e Microcirurgia
CRM PE 18757

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





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272039200000043584118>
Número do documento: 19042509272039200000043584118

Num. 44246429 - Pág. 2

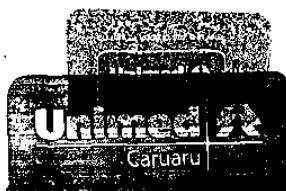
Hospital Unimed Caruaru

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:

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 metacarpal, 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-piramidal 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 fóvea 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



Membro da Aliança
Cooperativa Intermédica

Cooperativa Intermédica - Cooperativa de Radiologia e Estomatologia
Edifício Piatã, 29

ANS - nº 340952



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

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

Número do documento: 19042509272039200000043584118

Num. 44246429 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272039200000043584118>
Número do documento: 19042509272039200000043584118

Num. 44246429 - Pág. 4



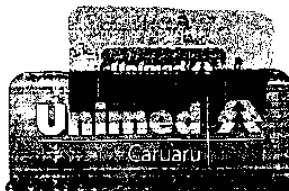
Hospital Unimed Caruaru

www.unimedcaruaru.com.br
Rua Artur Antônio da Silva, 549
55.016-445 - Universitário - Caruaru-PE

T. (81) 2103-8600

Atendimento:

Pedido: 121893



Paciente: JULIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA
Prontuário: 88079
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

www.unimedcaruaru.com.br

Rua Artur Antônio da Silva, 549

55.016-445 - Universitário - Caruaru-PE

T. (81) 2103-8600

Atendimento:

Pedido: 121893

Sexo: M

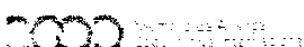
tendinopatia na dependência da correlação clínica. Os demais tendões tem espessura e sinal habituais, não se observando líquido em quantidade aumentada na bainha sinovial dos mesmos.

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



Centro de Avanço
Educação e Pesquisa



Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272039200000043584118>
Número do documento: 19042509272039200000043584118

Num. 44246429 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272039200000043584118>
Número do documento: 19042509272039200000043584118

Num. 44246429 - Pág. 6



INSTRUMENTO DE MANDATO

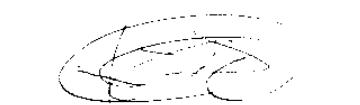
OUTORGANTE: JÚLIO CESAR SILVA DE OLIVEIRA, Policial Militar, solteiro, portadora da Cédula de Identidade nº 50454 PM/PE, inscrita no Cadastro de Pessoas Físicas sob o nº 058.414.554-35, residente na Rua Marquês de Olinda, nº 35, Garanhuns, Heliópolis, Pernambuco, CEP 55295-500.

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 estabelecer 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.



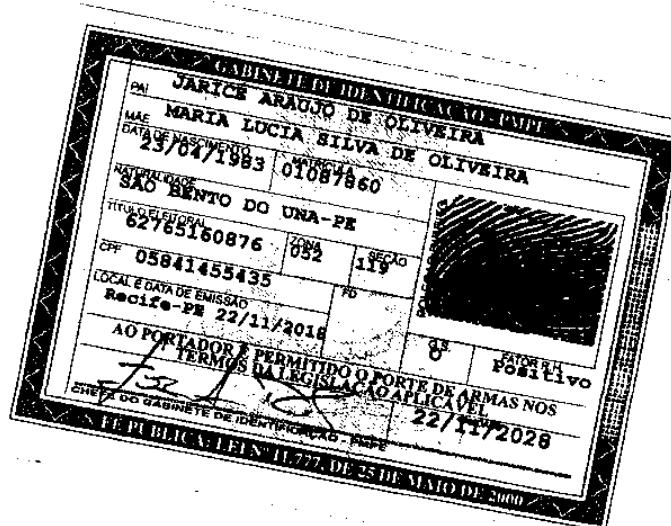
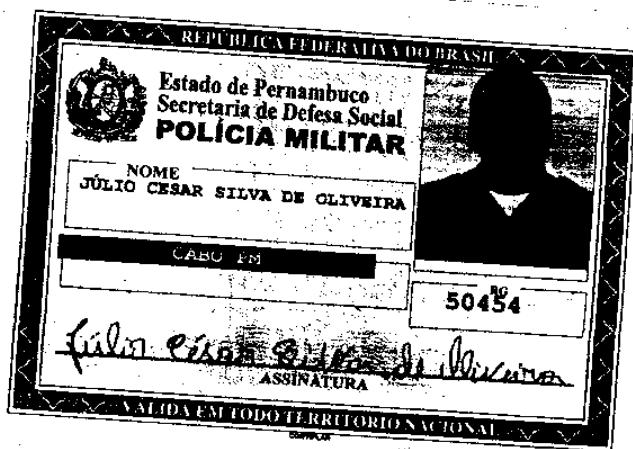
Júlio Cesar Silva de Oliveira





Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272046300000043584123>
Número do documento: 19042509272046300000043584123

Num. 44246434 - Pág. 2



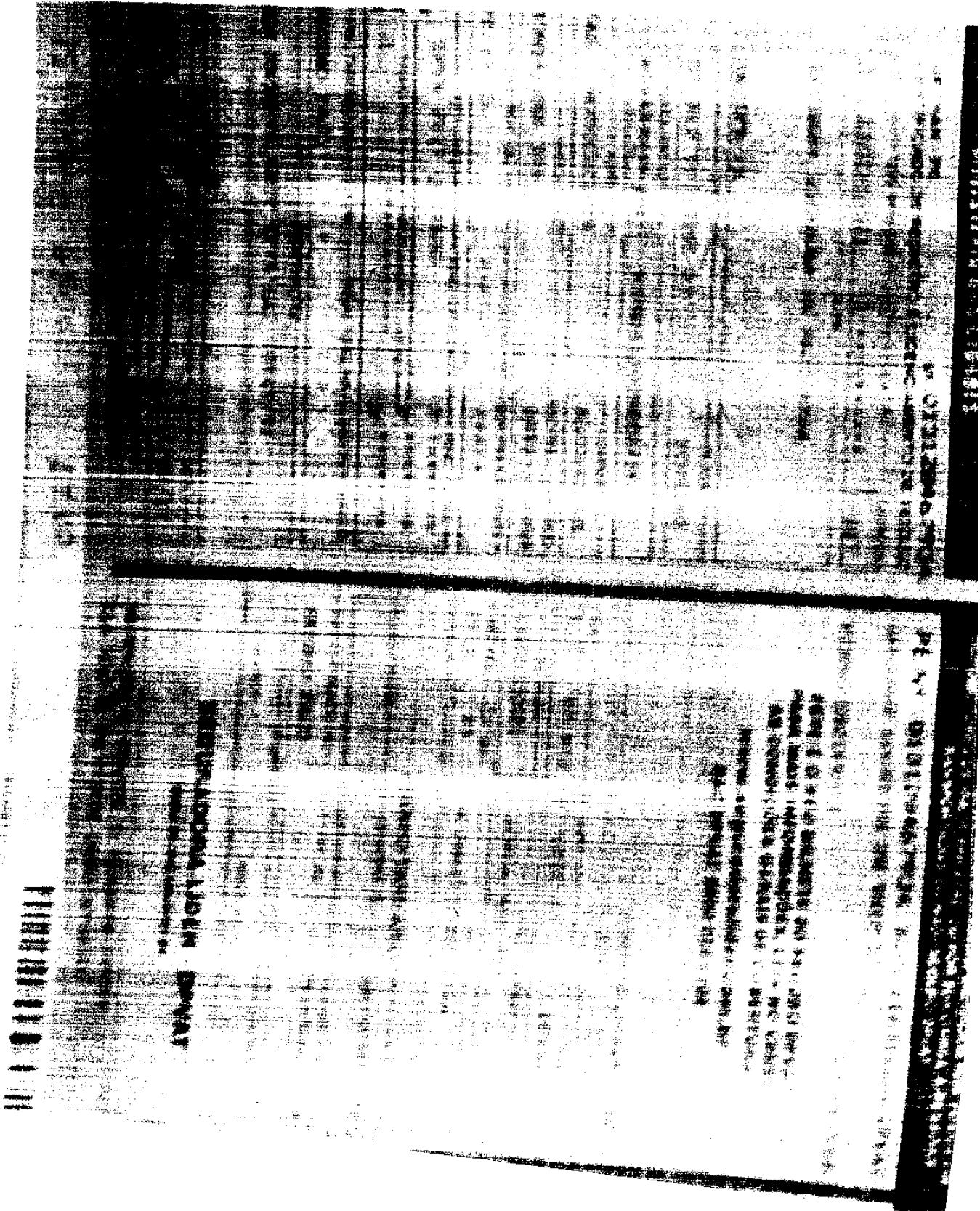
Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272046300000043584123>
Número do documento: 19042509272046300000043584123

Num. 44246434 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272046300000043584123>
Número do documento: 19042509272046300000043584123

Num. 44246434 - Pág. 4



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=19042509272046300000043584123>
Número do documento: 19042509272046300000043584123

Num. 44246434 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: JULLYE KELLY VITOR DINIZ - 25/04/2019 09:27:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042509272046300000043584123>
Número do documento: 19042509272046300000043584123

Num. 44246434 - Pág. 6