



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SEÇÃO DE MUTIRÕES DE CONCILIAÇÃO DA CAPITAL

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autor(a): JOSE EDUARDO DE LIMA  
inscrito no CPF: 020.343.337 - 80, vem solicitar com respaldo  
no Art. N° 1 da Instrução Normativa n° 8 do TJPE de 28.08.2013, publicada  
em: 30.08.2013, edição 160/2013, que os presentes autos que versam  
sobre Indenização de DPVAT, sejam remetidos imediatamente à Seção  
Seção Especializada de Mutirões de Conciliação a Capital, antes da  
distribuição para alguma das Varas Cíveis, para que o feito possa ser  
inserido em pauta de Mutirões de acordo com o cronograma anual da Seção.

Recife, 19 de fevereiro de 2018.

“DE ACORDO”:

Jose Eduardo de Lima  
Autor(a)



## PROCURAÇÃO

**JOSE EDUARDO DE LIMA**, maior, brasileiro, estado civil: solteiro. Profissão: agricultor, inscrito (a) no cpf sob 020.343.337-80 e portador(a) da RG 4.251.615 SSP/PE. Domiciliado na Rua Algodão do Manso, Nº 04, Zona Rural, Frei Miguelinho-PE

**OUTORGADA MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTE**, BRASILEIRA, SOLTEIRA, ADVOGADA, INSCRITA NA OAB/PE PELO Nº 25.324 COM ENDEREÇO PROFISSIONAL SITUADO NA RUA CAPITÃO JOSÉ DA LUZ, Nº 137, SALA 502. ED. CONDOMÍNIO CERVANTES ILHA DO LEITE, RECIFE - PE

**DOS PODERES:** DA CLÁUSULA "AD JUDICIAL" REPRESENTANDO O OUTORGANTE PERANTE QUALQUER JUÍZO, TRIBUNAL OU ÓRGÃO ADMINISTRATIVO, PODENDO AINDA, APRESENTAR QUEIXA, ASSINAR, REQUERER, TRANSIGIR, DESISTIR, FIRMAR E PRESTAR COMPROMISSO, APRESENTAR DECLARAÇÕES, REQUERER, RECEBER E LEVANTAR ALVARÁS JUDICIAIS, SUBSTABELECER O PRESENTE INSTRUMENTO COM OU SEM RESERVAS DE PODERES, OU SEJA, TUDO ENFIM PARA O BOM E FIEL COMPROMISSO DESTES MANDATO.

FREI MIGUELINHO-PE, 19 DE FEVEREIRO 2018

  
\_\_\_\_\_  
JOSE EDUARDO DE LIMA



## DECLARAÇÃO

**JOSE EDUARDO DE LIMA**, maior, brasileiro, estado civil: solteiro. Profissão: agricultor, inscrito (a) no cpf sob 020.343.337-80 e portador(a) da RG 4.251.615 SSP/PE. Domiciliado no Rua Algodão do Manso, Nº 04, Zona Rural, Frei Miguelinho-PE

Declaro que, sob as penas da lei e *para* quaisquer fins de direito, que não requeri a tutela jurisdicional para recebimento do seguro dpvat ora pleiteado, em nenhum juízo no estado de Pernambuco, bem como, em outro estado da federação.

FREI MIGUELINHO - PE 19 DE FEVEREIRO 2018

x \_\_\_\_\_  
JOSE EDUARDO DE LIMA



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

**JOSE EDUARDO DE LIMA**, maior, brasileiro, estado civil: solteiro. Profissão: agricultor, inscrito (a) no cpf sob 020.343.337-80 e portador(a) da RG 4.251.615 SSP/PE. Domiciliado no Rua Algodão do Manso, Nº 04, Zona Rural, Frei Miguelinho-PE

De acordo com as Leis n.º 1.060/50 e 7.510/86, para o fim de obter a GRATUIDADE DE JUSTIÇA que não possui condições financeiras para arcar com o ônus das custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família. Declara conhecer que está sujeito às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, em sendo comprovada a falsidade das afirmações supra.

FREI MIGUELINHO - PE 19 DE FEVEREIRO DE 2018

  
JOSE EDUARDO DE LIMA







Terço Social de Energia Elétrica Criado pela Lei 10.438, de 24/04/02  
NOTA FISCAL Nº 2818387019 - 10/2017  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-900  
CNPJ 05.838.332/001-08 | Ins. Est. 000943-03 | www.celpe.com.br

PADEP 310 CLASSIM  
MANOEL JOSE DE LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA ALGODÃO DO MARRO 4

CPF 032 579 634-32

ALGODÃO DO MARROALGODÃO DO MARRO  
FREI MIGUEL, 18-10 PE  
55750-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
MANSÃO

Nº DA NOTA FISCAL 2818387019  
DATA DE EMISSÃO 10/2017  
Nº DE CONTABILIZAÇÃO 17/11/2017  
VALOR TOTAL 147,71

CÓDIGO DE CONTABILIZAÇÃO 2818387019  
DATA DE EMISSÃO 10/2017  
Nº DE CONTABILIZAÇÃO 17/11/2017  
VALOR TOTAL 147,71

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL			
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR UN.
Consumo Residencial	156,000000	6,7149129	104,63
Acrescimo Residencial MANTELA			2,13
Acrescimo Residencial VERMELHA			3,04
Contribuição Residencial PIS			12,15
ICMS Substituição ICMS-Nº 031066146-1103111			1,24
ICMS Substituição ICMS-Nº 031103017-1808111			1,54
Multa por atraso Nº 031103017-1808111			2,81
Multa por atraso Nº 031103017-1808111			2,33
Juros por atraso Nº 031103017-1808111			8,88
Juros por atraso Nº 031103017-1808111			0,57
Aluguel do imóvel Nº 031103017-1808111			0,26
PRO-CRANÇÁ-DE Nº 031103017-1808111			0,89

TOTAL DA FATURA 147,71

RESUMO DA FATURA									
Nº DE CONTABILIZAÇÃO	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO	DATA DE RECEBIMENTO	DATA DE CANCELAMENTO	DATA DE EXPIRAÇÃO	DATA DE RESCISÃO	DATA DE RESCISÃO	DATA DE RESCISÃO
1000100	10/2017	10/2017	10/2017	10/2017	10/2017	10/2017	10/2017	10/2017	10/2017

DETALHAMENTO DA FATURA		
DESCRIÇÃO	VALOR UN.	VALOR TOTAL
Consumo Residencial	156,000000	104,63
Acrescimo Residencial MANTELA		2,13
Acrescimo Residencial VERMELHA		3,04
Contribuição Residencial PIS		12,15
ICMS Substituição ICMS-Nº 031066146-1103111		1,24
ICMS Substituição ICMS-Nº 031103017-1808111		1,54
Multa por atraso Nº 031103017-1808111		2,81
Multa por atraso Nº 031103017-1808111		2,33
Juros por atraso Nº 031103017-1808111		8,88
Juros por atraso Nº 031103017-1808111		0,57
Aluguel do imóvel Nº 031103017-1808111		0,26
PRO-CRANÇÁ-DE Nº 031103017-1808111		0,89

NOTA FISCAL Nº 2818387019 - 10/2017  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-900  
CNPJ 05.838.332/001-08 | Ins. Est. 000943-03 | www.celpe.com.br

RESUMO DA FATURA			
DESCRIÇÃO	VALOR UN.	VALOR TOTAL	VALOR TOTAL
Consumo Residencial	156,000000	104,63	104,63
Acrescimo Residencial MANTELA		2,13	106,76
Acrescimo Residencial VERMELHA		3,04	109,80
Contribuição Residencial PIS		12,15	121,95
ICMS Substituição ICMS-Nº 031066146-1103111		1,24	123,19
ICMS Substituição ICMS-Nº 031103017-1808111		1,54	124,73
Multa por atraso Nº 031103017-1808111		2,81	127,54
Multa por atraso Nº 031103017-1808111		2,33	129,87
Juros por atraso Nº 031103017-1808111		8,88	138,75
Juros por atraso Nº 031103017-1808111		0,57	139,32
Aluguel do imóvel Nº 031103017-1808111		0,26	139,58
PRO-CRANÇÁ-DE Nº 031103017-1808111		0,89	140,47



## CONTRAN

## DENATRAN

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**Ministério das Comunicações**

Nº 013153386813

**CETRAM - PE**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

Nº 013153386813

**1** **902012191** **\*\*\*\*\*** **1017**

**1** **902012191** **\*\*\*\*\*** **1017**

**020.243.337-80**

**020.243.337-80**

**REGI MIGUELINHO-PE**

**REGI MIGUELINHO-PE**

**020.243.337-80**

**020.243.337-80**

**PLACA ANT. UF**

**PLACA**

**\*\*\*\*\* / PE**

**\*\*\*\*\* / PE**

**ESPECIE TIPO**

**COMODATVEL**

**PAS /MOTOCICLETA**

**ALCO /GASOL**

**HONDA /XRR150 BROS E3D**

**2010**

**020.243.337-80**

**020.243.337-80**

**PARTE**

**PARTE**

**1** **1974 2013 QUITADO**

**1** **1974 2013 QUITADO**

**V** **1** **\*\*\*\*\***

**V** **1** **\*\*\*\*\***

**SEGURO SAAD**

**SEGURO SAAD**

**AU. FID. ADM CONT HAC HONDA LTDA**

**AU. FID. ADM CONT HAC HONDA LTDA**

**DATA**

**DATA**

**19/05/17**

**19/05/17**

**Charles Andrews Sousa Ribeiro**

**Charles Andrews Sousa Ribeiro**

SEGURO OBRIGATORIO DE RISCO PESSOAL CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA E PESSOAS TRANSPORTADAS OU IMOBILIZADAS COMO DPVAT

PE Nº 013153368813 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE EDUARDO DE LIMA

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

0

EREN MIGUEL LINO-PE

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2017 18/05/17

PLACA

DIR. CIVIL

1 020.343.337-80

EG05776

066042901

HONOR/NºR150 BR03 ESD

MEC/PAS

OP/INTE

4º CATEGORIA

0013

09

9C2ED0540DR142807

### PRÊMIO TARIFÁRIO

Freq (R)

Descontos (R)

CERTO DO SEGURO (R)

CERTO DO SEGURO (R)

OP (R)

TÍT. LÍDER E CO-SEGURO

SEGURO PAGO

PREMIANTE

☐ COTA-GRATIA

☐ SEGURO LÍDER

COTA DE PARTICIPAÇÃO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 08.541.558/0001-04

DESTAQUE E COLEGE O BILHETE DPVAT  
ALISTANDO E DE PORTA ORIENTADORIO.



**SINISTRO 3170647983 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** JOSE EDUARDO DE LIMA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** ARUANA SEGUROS S/A**BENEFICIÁRIO** JOSE EDUARDO DE LIMA**CPF/CNPJ:** 02034333780**Posição em 18-01-2018 08:37:12**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

19/01/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
------------	--------------	----------	--------------

18/01/2018 07:37







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 132ª CIRCUNSCRIÇÃO - FREI MIGUELINHO -  
DP132ªCIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0222000262**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/11/2017 às  
14:27

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 10/8/2017 às 15:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE FREI MIGUELINHO, 1 - Bairro: DISTRITO ALGODAO MANSO - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
- Ponto de Referência: **CAMINHO QUE DAR ACESSO AO JUA DO MANSO**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR (AGENTE))  
JOSE EDUARDO DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
JOSE EDUARDO DE LIMA



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

**JOSE EDUARDO DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MARTINS DE SOUZA Pai: MANOEL JOSÉ DE LIMA Data de Nascimento: 17/5/1972**  
Naturalidade: **FREI MIGUELINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 4251615/SSP/PE (RG), 768394351 (CNH) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO  
Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: - 333642555

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FREI MIGUELINHO, 1 - CEP: 8 - Bairro: DISTRITO ALGODAO MANSO - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRAS DA CAPELA**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE EDUARDO DE LIMA**, que



estava em posse do(s) Sr(a): **JOSE EDUARDO DE LIMA**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **NÃO**  
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PQQ-6778** (PERNAMBUCO/REI MIGUELINHO) Renavam: **566842891** Chassi: **5GZKD6540DK149887**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A PESSOA DE JOSÉ EDUARDO DE LIMA, NOTICIANDO QUE NA DATA AQUI DESCRITA, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA. ESCLARECENDO QUE NA DATA DO FATO ESTAVA TRAFEGANDO E GUIANDO A MOTOCICLETA DE PLACA PQQ-6778. QUANDO ENTROU EM UMA CURVA, ONDE EM SENTIDO CONTRÁRIO VINHA UM VEÍCULO STRADA DE PLACAS NÃO ANOTADAS EM ALTA VELOCIDADE. QUE NA OCASIÃO PARA NÃO COLIDIR COM ESTE VEÍCULO, O SR. JOSÉ EDUARDO DESVIU E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR NA ESTRADA DE RODAGEM (VIA). QUE DEVIDO A PANCADA O SR. JOSÉ EDUARDO TEVE VÁRIAS LESÕES PELO CORPO, ONDE FRATUROU (QUEBROU) O OMBRO ESQUERDO. TENDO SIDO SOCORRIDO PELO POPULAR DE NOME GEL, ONDE FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO ELEXANDRE DE OLIVEIRA NESTA. ONDE POSTERIORMENTE, FOI ENCAMINHADO PARA UPA, NA CIDADE DE CARUAKU - PE..

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

*Jose Eduardo de Lima*  
**JOSE EDUARDO DE LIMA**  
 (VÍTIMA)

S.O. registrado por: **JURANDI EUSTÁQUIO DE LIMA JUNIOR** - Matrícula: **272.957-1**





PREFEITURA MUNICIPAL DE FREI MIGUELINHO  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
TRABALHANDO O PRESENTE, CONSTRUINDO O FUTURO

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que, o Sr. **JOSÉ EDUARDO DE LIMA**, brasileiro, solteiro, residente e domiciliado no Povoado do Algodão do Manso, Frei Miguelinho, D.N. 17/05/1972, portador da cédula de identidade nº 4251615 SSS/PE, CPF nº 020.343.337-80, deu entrada no HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA, no dia 10 de agosto de 2017, por volta das 16h40min, prontuário 13.318, onde a vítima sofrera **TRAUMA**, em decorrência de acidente de motocicleta, o mesmo foi encaminhado para UPA, na Cidade de Caruaru.

Coloco - me a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Frei Miguelinho/PE, 25 de outubro de 2017.

**Priscila R. L. de A. Andrade**  
Diretora Administrativa  
Matrícula 905131

*Priscila R. L. de A. Andrade*

PRISCILA RAFAELA LEAL DE ASSUNÇÃO ANDRADE  
DIRETORA ADMINISTRATIVA





PREFEITURA MUNICIPAL DE FREI MIGUELINHO  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

TRABALHANDO O PRESENTE, CONSTRUINDO O FUTURO

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA (HMJAO)

Nº do prontuário: 13.318	Hora do atendimento: 16:40.	Data: 10/08/17	Profissão:
Nome do PCT: José Eduardo de Lima			
Data de nascimento: 17/05/72	Idade: 45 anos	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F ( )	
Estado civil:	Nº cartão do SUS: 706.2015.36280269.		
Filiação: Mãe: Pai:	José Martins de Souza Manoel José de Lima		
Endereço: Bairro:	Alameda do Manso Cidade: E.M.		
Enfermeiro (a): Camila	Tec. de enfermagem: Cristiane - Acirha	Médico (a): Dr. Marcelo	
Pressão arterial:	Pulso:	HGT:	SPO2%: FR:
Temp. axilar:	Peso:	Tipo de agravo:	
Histórico atual do paciente: Dor de dente			
Diagnóstico provisório:			
Condução: ① O2 2L/2 12, 10 IM ② UPA			
Hora da liberação do PROC. ESPEC. tipo de ATEN. Data: / /			
Assinatura do PCT:		Assinatura do médico: Henrique Feitosa	





Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria da Saúde

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

**IMIP**  
HOSPITAL

## ANAMNESE

Paciente: **JOSE EDUARDO DE LIMA**

Data Nascimento: 17/05/1972 Idade: 45 Anos, 2 Meses e 24 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01017122

Prontuário: 00420632

Senha N.º: 0160

Data e Hora: 10/08/2017 19:09h

### CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: RELATA QUEDA DE MOTO NEGA DESMAIO E VOMITOS COM DOR EM OMBRO ESQUERDO - FATO OCORRIDO HOJE A TARDE

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIAS, DM E HAS CAD CNH

### AFERIÇÃO:

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 150 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 16 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 80 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardíaca:

### QPD / HDA:

REFERE QUEDA DE MOTO

### Exame Físico:

DOR EDEMA NO OMBRO E+ESCORIAÇÕES NA PERNA E

### Exames complementares:

RX

### HD:

FRATURA DE UMERU PROXIMAL E

### Conduta:

TIPOIA+AO HRA

### Evolução:

  
Ass. de Médico  
Dr(a): **JOSE ALBERICO PATRIOTA**  
CRM - 5312

Av. José Marques Fortes, S/N  
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP: 55026-500



## GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: JOSE EDUARDO DE LIMA

Data Nascimento: 17/05/1972 Idade: 45 Anos, 2 Meses e 24 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01017132

Prontuario: 00420832

**História Atual:**

REFERE QUEDA DE MOTO

**Exame Físico:**

DOR E EDEMA NO OMBRO E

**Exames Complementares/Resultados:**

RX

**Hipóteses Diagnósticas:**

FRATURA DE UMEROS PROXIMAL E

**Conduta:**

TIPOIA+AO HRA

SENHA:

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: ☐ SIM ☒ NÃO

**Transferido / Encaminhado para:**

HRA

**Motivo:**

FRATURA DE UMEROS PROXIMAL E

Data: 10 DE AGOSTO DE 2017.

Hora: 19:10

  
Ass. e CRM do Médico  
Dr(a) JOSE ALBERICO PATRIOTA  
CRM - 5312

Av. José Marques Torres, 531  
Bairro: Indaiatuba - Cidade: Caruaru-PE - CEP: 55061-500





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DOA GRETE

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o  
Sr. (a) **JOSÉ EDUARDO DE LIMA**,  
Esteve interno nesta unidade hospitalar no dia 10/08/2017 À 12/12/2017.

REGISTRO: 224.095

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

Tratamento: CONSERVADOR.

1.OBS.: CID 10 S42

2.OBS.: VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

3.OBS.: TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE HOSPITALAR.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 27 de Dezembro 2017

Vivia de Amorim Lira

Setor de arquivo (same)  
10734 97510259 271  
FUGAM - Hospital Regional  
do Acre  
BR 23 - Km 130  
Indaial, SC - 55000-000  
Caruaru - PE

(Same) do HRA . (81) 3719-9346.



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGÊNCIA

HRA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 344332 Prontuário: 244713  
Nome: JOSE EDUARDO DE LIMA  
Data Nasc.: 17/05/1972 Idade: 45 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:  
CPF: RG: CNS: 706201536280269  
Endereço: POVOADO ALGODÃO DO MANSO Nº: 20  
Bairro: ZONA RURAL Cidade: FREI MIGUELINHO Estado: PE  
CEP: 55780971 Fone: 37071036 Profissão: AGRICULTOR  
Nome da Mãe: JOSEFA MATINS DE SOUZA  
Acompanhante:  
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA  
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 10/08/2017 19:41

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*Viagem a moto com acidente  
com dor nos ombros esquerda*

Exame Físico:

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

*Dor e limitação de movimento*

Diag. Provisório:

*Contusão de membro proximal*

Prescrição:

Dieta: \_\_\_\_\_

Data

Horário

*Receita: Rx de estresse  
medicamento  
pl. analgésico  
pl. anti-inflamatório  
pl. analgésico*

*[Assinatura]*





**SUS**Sistema  
Único de  
Saúde  
Ministério  
da  
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706201536280267

8 - DATA DE NASCIMENTO

17/05/72

Mês

Dia

Ano

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

244713

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Dra. Maria de Souza

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

13 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)

R. Agostinho de Menezes, 20 - Zona Rural

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Pau d'Alho

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com sintomas de síndrome coronariana

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Paciente de Tratamento Coronário

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

ECG e Angiograma

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Infarto agudo do miocárdio

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ACIDENTE TRABALHO TIPO

38 - ACIDENTE TRABALHO TIPO

39 - CNV DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SERIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CIDR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPRESADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOIADO

NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

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

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



11.05.2017

Inf. sobre o caso

Rece. de acordo com o  
pedido de acordo

11.05.2017

11 AGO 2017

Rece. de acordo com o pedido (R) 12.05.17  
Rece. de acordo com o pedido, 12.05.17

Rece. de acordo com o pedido  
Rece. de acordo com o pedido

Rece. de acordo com o pedido  
12.05.2017



Protocolo: 2017.11.0216

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	Secretaria de Saúde Pernambuco	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL JESUS PEQUENINO</b>			
2 - CNES <b>2344254</b>		3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____	
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <b>71062015362802691</b>			
6 - RBS PRENATAL _____		7 - RENA / REGULAÇÃO <b>352829</b>	
8 - NOME DO PACIENTE <b>João Eduardo de Lima</b>		9 - DATA DE NASCIMENTO <b>17/5/72</b>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>Isabela Martins de Souza</b>		11 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
12 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) <b>Povoado Madalã do Norte III</b>		13 - TELEFONE DE CONTATO _____	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Frei Miguelinho</b>		15 - COD. IBGE MUNICÍPIO <b>16</b>	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b> 19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;">           TUMOR            BOM EG            MLE: EDEMA NÍVEL 30 BARR.            RX: FRATURA 30 BARR.         </div>			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <b>CYNICOTAX.</b>			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>FRATURA NO VÍDEO ELUION</b>		22 - CID 10 PRINCIPAL <b>S422</b>	
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO _____		24 - CID 10 SECUNDÁRIO _____	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b> 25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO</b>			
26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <b>PROTECTOR</b>		27 - COD. DO PROCEDIMENTO <b>01.08.02.033-4</b>	
28 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>12/04/2017</b>		29 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO) <b>Raymundo Francisco de Jesus</b> CRM 172.6379	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b> 35 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 36 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO 38 - CNPJ DA SEGURADORA 39 - Nº. DO BILHETE 40 - SÉRIE 41 - CNPJ DA EMPRESA 42 - CHAM. DA EMPRESA 43 - CNOR 44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO			
<b>AUTORIZAÇÃO</b> 45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO 46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR 47 - DOCUMENTO 48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ARI)			



# HOSPITAL JESUS PEQUENINO

## FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER\_02 - LEITO-01  
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA\_02

Atendimento:	471085	Data:	12/08/2017	Hora:	10:52	Recepç.:	NAYALLI
Convênio:	SES- ORTOPEDIA					Matrícula:	706201536280269
Responsável:						Identidade:	
Médico:	DR. ARTUR DOMINGOS DE SOUZA LEAO					Cartão SUS:	706201536280269
Paciente:	115410 JOSE EDUARDO DE LIMA	Sexo:	MASCULINO	Cor:			
Nascimento:	17/05/1972 - 45 Anos e 2 Meses	Est. Civil:					
Endereço:	POVOADA ALGODAO DO MANSO,	C.P.F.:	02034333780				
Bairro:	ZONA RURAL	Identidade:	4251615	SSP	PE		
UF/Cidade:	2005806 FREI MIGUELINHO	Telefone:	8137071036				
Pai:	MANOEL JOSE DE LIMA	G.Instrução:					
Mãe:	JOSEFA MARTINS DE SOUZA	Ocupação:					
Nacionalidade:	BRASIL	Naturalidade:					

Obs.: SENHA ORTOP. 352829

Queixa do Paciente: TRAUMA na região do joelho.

H.D.A.: \_\_\_\_\_

Conferido Com Documento  
Original Bezerros PE 12/08/17  
Hospital Jesus Pequeno  
Ana Amorim  
Assistente Social  
CRS 55PE 4.471

Exame Físico: EM EG.  
Não: sem traço de trauma.  
Rx: fratura do úmero.  
HT: fratura do úmero e joelho.

Tratamento: 9.05/121 + 1413. Cirúrgico.

Bezerros, 12 de agosto de 2017

Assinatura e Carimbo do Médico





Hospital Pequeno  
HOSPITAL PEQUENO

RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE JOSE EDUARDO DE LIMA	NUMERO DO REGISTRO 115410
CLÍNICA ORTOPÉDICA	
CIRURGIÃO RONALDO EVANGELISTA	
ANESTESIA BLOQUEIO	ANESTESISTA DRA. PRISCILA
DATA DA OPERAÇÃO 18/08/2017	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DO UMERO PROXIMAL ESQUERDO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DO UMERO PROXIMAL ESQUERDO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO UMERO PROXIMAL ESQUERDO	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
1 ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO CAMPO OPERATORIO	
2 INCISÃO NA FACE ANTERIOR DO BRAÇO ESQUERDO	
3 ABERTURA DA APONEUROSE	
4 DIVULSÃO DA MUSCULATURA REGIONAL	
5 REDUÇÃO DA FRATURA DO UMERO PROXIMAL + FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEADA + PARAFUSOS	
6 OBSERVADA BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA	
7 FECHAMENTO POR PLANOS	
8 CURATIVO	
9	

Dr. Ronaldo Evangelista  
Ortopedista  
CRM 3764

Conferido Com Documento  
Original Bezerras PE 10/10/17  
Hospital Jesus Pequeno

ANA AMORIM  
Assistente Social  
CRESSPE 4.471





HOSPITAL  
JESUS PEQUENINO

Laus Médica

O paciente Sr.  
Eduardo de Lima Moura  
em pré-operatório de fúrcula  
do crânio E.

Bezerros  
09/11/19

*[Signature]*

Av. Major Aprigio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1585 / 1099





José Severino dos Santos Neto

**Dr. Neto**

CRM: 18087

Frei Miguelinho-PE

RECEITUÁRIO

Laudo Médico

Paciente José Eduardo de Lima,  
portador de RG: 4251615 e CPF:  
020.343.337-30, brasileiro, solteiro,  
residente e domiciliado no Povoado  
do Algodão do Namão, Frei Miguelinho,  
D.N.: 17/05/72, foi vítima de  
acidente de trânsito (queda de moto)  
em 30/08/17, foi atendido inicialmente  
no Hospital Municipal de  
Frei Miguelinho, onde foi realizada  
a triagem e encaminhamento  
para UPA de Larauá para avaliação  
da lesão do ortopedista. Foi constatada  
fratura cominutiva da extremidade proximal  
do úmero esquerdo.

Dr. Neto  
CRM-PE - 18.087

23 JAN 2018

Assinatura  
VAGNETS - 011 2434-1121



e o encaminhou para procedimento cirúrgico no Hospital Regional do Acre, o qual internou o paciente para o Hospital Jesus Periquinho na cidade de Bezerros, onde foi submetido a este sintese cirúrgica com placa e parafuso na data de 18/08/17. O paciente fez uso de antibióticos e analgésicos após a cirurgia. Evoluiu com dor crônica residual e limitação dos movimentos do ombro esquerdo, principalmente abdução, sendo necessário o uso de medicamentos anti-inflamatórios da dor, bem como, realizações de várias sessões de fisioterapia, mesmo após essas sessões encontra-se impossibilitado de realizar atividades que exijam movimento de carregamento e levantamento de pesos, sob o risco de agravamento do quadro clínico como exposto. Há restrição de suas atividades laborativas, re-







José Severino dos Santos Neto

**Dr. Neto**

CRM: 18087

Frei Miguelinho-PE

RECEITUÁRIO

Redução da capacidade de trabalho  
e comprometimento de sua quali-  
dade de vida. Encontra-se impos-  
sibilitado de realizar suas ativi-  
dades profissionais por tempo inder-  
terminado.

Dr. Neto  
CRM-PE - 18.087

23 JAN 2019

Assinatura  
E-DECRETO - (NT) 2624, 1/201



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSE EDUARDO DE LIMA

CPF da Vítima

020.343.333-80

Data do Acidente

10/03/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

PREMIQUEIRO, 29 de NOVEMBRO de 2017

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

