

## INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

Outorgante: MANOEL FERREIRA NETO, brasileiro, casado, agricultor, portadora do RG de nº 38.702.297-1 SSP/SP, inscrito no CPF 352.174.558-96, residente e domiciliado ao Sítio Baixa da Carapuça, s/nº, Zona Rural, Afogados da Ingazeira – PE.

Outorgada: ROSELANE MARIA BARBOSA DA SILVA, OAB/PE 26.467, com endereço profissional à Rua Demócrito de Souza Filho, nº 335, Sala 903, Madalena, Recife – PE, CEP 50610-120.

Poderes: “AD JUDICIA ET EXTRA”, a quem conferem amplos poderes para o foro em geral, para propositura de demandas judiciais e/ou administrativas visando os interesses do(a) outorgante, devendo ainda defendê-las nas contrárias, seguindo umas as outras, e, podendo para tanto, recorrer a qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, agindo em conjunto ou separadamente, podendo assinar, concordar, desistir, discordar, transigir, assinar recibos, dar quitação, receber alvarás, intimações e notificações, efetuar levantamento de depósitos judiciais na justiça competente, substabelecer com ou sem reservas de iguais, levantar valores existentes em contas judiciais, tudo para o fiel cumprimento deste mandato.

Afogados da Ingazeira (PE), 15 de Julho de 2019

x Manoel Ferreira Neto



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

**MANOEL FERREIRA NETO**, brasileiro, casado, agricultor, portadora do RG de nº 38.702.297-1 SSP/SP, inscrito no CPF 386.194.154-68, residente e domiciliado na Rua Felipe Camarão, 10 Distrito de Quitimbú, Custódia – PE, declara que não possui condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio, bem como o de sua família, razão pela qual fazem jus ao benefício da gratuidade da justiça, nos termos do art. 4º da Lei 1.060/50, com redação introduzida pela Lei 7.510/86. Declara, ainda, sob as penas da lei (sanções civis, administrativas e criminais), que não auferir rendimentos anuais que lhe obriguem a declarar renda, nos termos do art. 1º da Lei 7.115/83, responsabilizando-se pela veracidade de tais declarações.

Afogados da Ingazeira (PE), 15 de Julho de 2019.

x Manoel Ferreira Neto

Declarante



21/02/2019

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 171ª CIRCUNSCRIÇÃO - IGUARACI - DP171ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0261000423**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/11/2018** às **08:54**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **4/10/2018** no período da **Madrugada**

Natureza Jurídica: **COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE IGUARACI, 1, RODOVIA ESTADUAL PE 310 NA ALTURA DO SÍTIO**

**LAGOA NOVA** - Bairro: **CENTRO** - **IGUARACY/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **SÍTIO QUEIMADAS**

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)

MANOEL FERREIRA NETO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MANOEL FERREIRA NETO

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

**MANOEL FERREIRA NETO (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA LINDA DA SILVA** Pai: **JONAS FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **3/12/1987** Naturalidade: **CUSTODIA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **387022971/SSP/SP (RG), 35217455896 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MONTADOR** Telefones Celulares: **- 11995905040**

Endereço Residencial: **RUA FELIPE CAMARAO, 10, CASA - CEP: 0 - Bairro: DISTRITO QUITIMBU - CUSTODIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**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): **MANOEL FERREIRA NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL FERREIRA NETO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYR8248** (PERNAMBUCO/CUSTODIA) Renavam: **165024796** Chassi: **9C2KC1650ER033319**

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR QUE, VINHA PILOTANDO A MOTO SUPRA CITADA, DESTA CIDADE IGUARACI-PE, PARA O VIZINHO DISTRITO DE QUITIMBU, MUNICIPIO DE CUSTODIA-PE, QUANDO NUMA CURVA DA ESTRADA VICINAL, QUE É DE BARRO, DEPAROU COM UM ANIMAL, "VACA", QUE SAIU DE REPENTE, SEM DAR TEMPO NEM PARA DESVIAR DA MESMA, BATENDO EM CHEIO, DE FRENTE, COM A PANCADA, O MESMO FOI ARREMESSADO A MAIS METROS DE DISTANCIA. E O ANIMAL MORREU NA HORA. DESSA COLISÃO A VITIMA PERDEU O OLHO DIREITO. E**

Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 18/07/2019 10:53:45

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071810534527200000047240201>

Número do documento: 19071810534527200000047240201

Num. 47974675 - Pág. 1



21/02/2019

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

**DESACORDADO, PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE IGUARACI-PE, ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE, E TRASNFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, EM RECIFE-PE, E ENCAMINHADO MAIS UMA VEZ PARA O HOSPITAL MEMORIAL DE JABOATÃO, TAMBEM EM RECIFE-PE, ONDE SUBMETEU A CIRURGIA DO BRAÇO, E NO ALTINO VENTURA, FEZ A CIRURGIA DO OLHO, COMO COMPROVA DOCUMENTOS ANEXOS.**

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

**MANOEL FERREIRA NETO**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **DANIEL RIBEIRO DA SILVA** - Matrícula: **272769-2**







## FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

Código

F.AT.SAM.01

Revisão

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: Mamuel Ferreira Neto

REGISTRO: 758488 DATA DE NASCIMENTO: 03/02/1937

RG: 38.702.297-1 ORGÃO EMISSOR: SSP/SP

ENDEREÇO: Rua: Felipe Camarão nº 10  
Aratimbuá - Cidade: Custódia

NOME DA MÃE: Josefa Linda da Silva

DATA ADMISSÃO: 10/10/2018 DATA ALTA: 18/10/2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 17/10/2018 CID: S 52.5

DIAGNÓSTICO: Fratura da Extremidade Distal  
do Rádio Direito

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de  
Fratura de Rádio Distal Direito

MÉDICO: Carlos Candido

CREMEPE: 18336

JABOATÃO DOS GURARAPES, 04 DE Novembro DE 2018.

Hermes Wagner  
Ortopedista  
CRM 3363

MÉDICO



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 1650817

Nome: Manoel Ferreira Neto

Foi atendido às 18:38 h do dia 04/10/18

Diagnóstico Provável TCE Lve (SID: 5069)

data de alta 04/10/18

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :

CEFALEIA ( dor de cabeça que não cede )

VÔMITOS

PARALISIAS ( que aparecem após a alta )

ANISOCORIA ( MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA )

CONVULSÃO

OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia ( NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL )

~~Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA~~

Observação : \_\_\_\_\_

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0163





## ANEXO I

<b>SUS</b>		<b>Ministério da Saúde</b> <b>Secretaria de Saúde Pernambuco</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO</b>			2 - CNES <b>0000655</b>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>H. Casimiro</b>			4 - CNES 	
5 - NOME DO PACIENTE <b>Amoré Ferreira Neto</b>			6 - Nº DO PRONTUÁRIO <b>165081</b>	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <b>7017110118141610161191210</b>		8 - DATA DO NASCIMENTO <b>03/12/1987</b>		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>Josely Linolen da Silva</b>			11 - TELEFONE DE CONTATO 	
12 - ENDEREÇO (Rua, Nº, BAIRRO) <b>Rua Felipe Camarão, 10 Antimbar</b>				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Custodia</b>		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 		15 - UF 
				16 - CEP 
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>Dor e dificuldade em plo OR</b> <b>do Lado direito da dent</b> <b>ADH de e buco</b>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>D + Amtead</b>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <b>R</b>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Pura decto de 22 DR</b>		21 - CID, 10 PRINCIPAL 		22 - CID, 10 SECUNDÁRIO 
				23 - CID 10 CAUSAS SECUNDÁRIAS 
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <b>TRO CR Infus Imobil</b>			25 - Cód. DO PROCEDIMENTO 	
26 - CLÍNICA <b>Ortod</b>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 	28 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE <b>902278512144744</b>	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE 		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>08/10/2019</b>	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO) 	
33 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)				
34 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 35 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 36 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	37 - CNPJ DA SEGURADORA 		38 - Nº DO BILHETE 	39 - SÉRIE 
40 - CNPJ DA EMPRESA 		41 - CNAE DA EMPRESA 		42 - CBOR 
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO				
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		45 - Cód. ORGÃO EMISSOR 		46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 
47 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 		50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO) 		

Convênio: SUS - INTERNACAO Atendimento: 180928 Nascimento: 03/12/1987  
Responsável: Prontuário: 758488 Sexo: Masculino  
Nome: MANOEL FERREIRA NETO Data e Hora do Atendimento: 10/10/18 11:17:31  
Idade: 30 Anos, 10 Meses e 7 Dias Profissão: Escolaridade:  
CPF: Identidade: 387022971 Telefone:  
Conjuge: Estado Civil: Cartão SUS: 707101846061920  
Nome da Mãe: JOSEFA LINDA DA SILVA Nome do Pai: JONAS FERREIRA DA SILVA  
Endereço: RUA FELIPE CAMARAO, CENTRO, CEP: 56640000, Nº 10, CUSTODIA - PE  
OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA Enfermaria / Leito: ENF 12 - LEITO 05  
Médico: JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259 CID: S525

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 8 DIAS ENCAMINHADO DO HR COM FX DE RADIO DISTAL. PACIENTE SEM QUEIXAS E COM VARIAS ESCORIAÇÕES.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NEGA

EXAME FISICO GERAL:

EGB, EUPNEICO, AFEBRIL, CORADO, HIDRATADO, ACIANOTICO, CONSCIENTE E ORIENTADO.

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

NDN

ABDOMEN:

NDN

AP - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

ESCORIAÇÕES PELO CORPO

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

FX DE RADIO DISTAL DIREITO

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259



### Relatório Geral de Cirurgias

Nóme: MANOEL FERREIRA NETO

Prontuário: 758488

Atendimento: 180928

Unidade de Internação / Leito: ENF 12 - LEITO 05

Sexo: Masculino

Idade: 30 Anos, 10 Meses e 14 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

Data: 17/10/2018

01. Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

02. 1. Auxílio Cirúrgico: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

06. Anestesia:

07. Anestesista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

#### Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL DIREITO  
ROTINA ANTISSEPTICA  
REALIZADO MANOBRAS DE REDUCAO DE FRATURA COM CONTROLE RADIOSCOPICO COM INTENSIFICADOR DE IMAGEM  
FIXACAO DE REDUCAO COM FIOS K PERCUTANEOS  
FIXACAO DE REDUCAO DE LUXACAO DE ARUD COM FIO K PERCUTANEO  
CURATIVO  
TALA GESSADA AXILO PALMAR

Dr. Carlos Antonio Rocha Candido Filho  
Cirurgião  
CRM: 16071/2006

Dr. Elder Carvalho  
Médico  
CRM: 22023

ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

CRM: 22023



# BOLETIM DE EMERGÊNCIA

<b>SUS</b>		Unidade: <b>HREC/Tricentenário</b>		Data: <b>04/10/18</b>	
PACIENTE	Nome: <b>MANOEL FERRAZ NETO</b>	Nº da Ocorrência: <b>30</b>			Telefone:
	Residência: <b>PROV. DO ANTIBUTONA RUA RINAL CUSTODIA-PE</b>				
RESPONSÁVEL	Nome: <b>MÃE: JOSEFA LINDA DA SILVA</b>	Telefone: <b>9-8130 575</b>			
	Residência: <b>SUS</b>				
<b>CONDIÇÃO</b>		<b>PROFISSÃO</b>	<b>SEXO</b>	<b>NASCIMENTO</b>	<b>NACIONALIDADE</b>
<input type="checkbox"/> SEGURADO <input type="checkbox"/> ESPOSA <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> OUTROS		<b>PRACIONA</b>	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	<b>03/10/1997</b>	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO
					<b>UF</b>
					<b>DOCUMENTO DE IDENTIDADE</b> NÚMERO: <b>38.702.297-2</b> ÓRGÃO EMISSOR: <b>SSP/SP</b>
<b>PACIENTE CHEGOU</b>		<b>AMBULÂNCIA / HORA</b>	<b>PACIENTE / HORA</b>	<b>ATENDIMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> DE AUTO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS		SAÍDA	CHEGADA: <b>03:02</b> SAÍDA:	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> CASO POLICIAL	
<b>PRESSÃO ARTERIAL</b>		<b>PULSO</b>	<b>TEMPERATURA</b>		
MÁX.:	MIN.:		AXILAR.: RENAL:		
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas  <b>Manoel Ferraz Neto</b> <b>de mob - da -</b> <b>aluno - atendente</b>  <b>TRANSPORTADO P. PRFATE</b> <b>DESTINO OPORTUNO</b> <b>CONFERE LOMIA ORIGINAL</b> <b>10.503.020/0010-04</b> <b>HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO</b> <b>Av. Manoel Virgílio Sclerito, 591 - KM 01 PE 300</b> <b>CEP: 55.000-000 - AL. de Ingeração - PE</b> <b>2001100 - Ref. Cel. CUSTODIA</b>			<b>Exames Complementares</b> <b>NOTIFICADO</b>  <b>Tratamento</b> <b>- voltou 7h30 Jm 04/18</b> <b>- 1º atendimento 04/18</b> <b>- 2º atendimento 04/18</b> <b>Alone Maria da França</b> <b>CONEXÃO 1124300-7E</b> <b>FRAMAC 100mg 210mg + 500mg</b> <b>DIPLOMA 010mg + 45 mg</b> <b>feito 11:45</b> <b>Dr. Diego Augusto do Nascimento</b> <b>Ortopedia e Traumatologia</b> <b>CRM: 23629</b>		
<b>Destino Dado ao Paciente</b> <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado <b>Encaminhado</b> <b>ALTO OPORTUNO SSP/SP</b> <b>Removido</b>			<b>Impressão Diagnóstica</b> <b>Fratura da mão direita</b>		





**SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

**FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM**

CLASSIFICAÇÃO		VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
NOME: <i>Manoel Ferreira</i>		(NOME SOCIAL)			IDADE: <i>30</i>
SITUAÇÃO/QUEIXA: <i>Paciente acidentado de moto al- colizado + consumido + olho direito de quarenta e dois em MSD</i>					
PROCEDÊNCIA					
RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE →		
DOENÇAS PREEXISTENTES: <i>não sabe</i>					
INTOLERÂNCIA/ALERGIA:					
PARÂMETROS					
PA <i>120x80</i>	P	R	T	sPo2	HGT <i>102</i>
RÉGUA DE DOR	LEVE	MODERADA		GLASGOW	PESO
GRAVE					

ACIDENTE DE TRABALHO( ) SIM (x) NÃO

CONSCIENTE	ORIENTADO	DESORIENTADO (x)	ANSIOSO	CALMO
AGITADO	TORPOROSO	COMATOSO	NÃO ATENDE VOZ DE PMANDO	

RITMO SINUSAL	PALPITAÇÕES	TAQUICARDIA	BRADICARDIA
DISPNÉIA AOS ESFORÇOS	DISPNÉIA EM REPOUSO	DISPNÉIA P. NOTURNA	
CIA NOSE	PALIDEZ	SUDORESE	

DOR TORÁCICA		HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO	
INTENSA	MODERADA	Av. Manoel Vitorino Salazar, S/N - 1301 PE-000 CEP: 50.000-000 - Al. da Inga Zeira - PE	
DURAÇÃO DA DOR	LOCALIZAÇÃO	<i>Contato com a origem (10.553.020/0010-24)</i>	
IRRADIAÇÃO DA DOR			
BRAÇO E	BRAÇO D	ABDOME	ESCÁPULA
MANDÍBULA		TÓRAX POSTERIOR	
DOR PRESENTE			
EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA	

ESTASE JUGULAR	EDEMA DE MMII	EDEMA DE FACE	EDEMA OUTROS
DEFICIT MOTORFACE	DM MSD	DM MSE	DM MID
			DM MIE






Paciente : MANOEL FERREIRA NETO  
Registro : 01946471  
Atendimento: 3648572

AO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO:

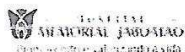
SOL REFORÇO DE TETANO SE PACIENTE AINDA NAO O FEZ  
SUBMETIDO A EVISCERAÇÃO OD EM 15/10/18, POR EXTRUSÃO DE CONTEUDO  
INTRA-OCULAR.  
PACIENTE VEIO SEM PRONTUARIO.MEDICO! PRESCREVO CIPROFLOXACINO 14 DIAS  
ROFILATICO- (RECEITA COM PACIENTE) CASO PACIENTE AINDA NÃO TENHA FEITO  
BIOTICO.  
CASO CONTRARIO, REAVALIAR INDICAÇÃO DE ANTIBIOTICOTERAPIA.  
RETORNO EM 22/10/18 PARA MIM

  
Dra. Camila Moraes  
Médica  
CRM-PE 23542

Recife, 16/10/2018

Prestador: CAMILA DE MORAES COSTA BARROS  
CRM-23542

Rua da Soledade, 170, Boa Vista, 50.070-040 - Recife - Fone: (81) 3302.4300  
Central de marcação de consulta: 81 3081.3030  
Faca sua doação: Telefone: 81 3081.3030



Nome: MANOEL FERREIRA NETO

Atendimento: 192763

Idade: 31 Anos, 0 Mês e 30 Dias

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Usuário Logado: JOAO PAULO DE ANDRADE

Data: 02/01/2019 09:48:

Prontuário: 758488

Leito Obs:

Sexo: Masculino

## RECEITUÁRIO

Descrição:

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA CITADO FOI SUBMETIDO A TARATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO DIA 17/10/2018. ESTÁ SENDO ACOMPANHADO NESTE AMBULATORIO, E COMEÇARÁ FISIOTERAPIA. NAO APRESENTANDO NO MOMENTO CONDIÇÕES CLÍNICAS DE RETORNO AS ATIVIDADES LABORAIS.

CID: S54.5

Dr. João Paulo Romeiro  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM/PE 22622

Jaboatão dos Guararapes, 02/01/2019 09:48:25

Médico: JOAO PAULO DE ANDRADE  
ROMEIRO  
Conselho: 22622





Paciente: MANOEL FERREIRA NETO  
Registro: 01946471  
Data da emissão do Laudo: 13/11/2018

## LAUDO OFTALMOLÓGICO

Declaro que, a pedido e autorização do(a) paciente supracitado, o(a) mesmo(a) vem em acompanhamento na Fundação Altino Ventura desde o dia: 04/10/18

### Acuidade Visual com melhor correção:

Olho direito: Sem Percepção Luminosa (pior que 20/400)  
Olho esquerdo: 20/20

### Hipótese Diagnóstica:

Olho direito : CAVIDADE ANOFTÁLMICA  
Olho esquerdo:

PACIENTE DEU ENTRADA EM 04/10/18 POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, COM AUTOEVISCERAÇÃO DE OLHO DIREITO E FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO- INTERNADO POR ALGUM PERÍODO EM SERVIÇO DE ORTOPEDIA. FOI SUBMETIDO A EVISCERAÇÃO DE OLHO DIREITO EM 15/10/18, NESTE SERVIÇO, PORTANTO COM CEGUEIRA DE UM OLHO PERMANENTE. NO MOMENTO EM ACOMPANHAMENTO POS-OPERATORIO E SEM COMORBIDADES/PATOLOGIAS EM OLHO ESQUERDO.

CID: H544 - CEGUEIRA EM UM OLHO

  
Dr. Camila Moraes  
Médica  
CRM-PE 23542

Dr. CAMILA DE MORAES COSTA BARROS  
Fundação Altino Ventura  
CRM 23542

O seu atendimento é pago com recursos do SUS. Qualquer cobrança é ilegal, denuncie na ouvidoria da FAV.

Rua da Soledade, 170 - Boa Vista - PE - CEP: 50.070-040 - Fone: (81) 3302-4300 (Busca Automática) - FAX: 33024322 CNPJ: 10.667.814/0001-38 - Email:





**SINISTRO 3190032188 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** MANOEL FERREIRA NETO

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**BENEFICIÁRIO** MANOEL FERREIRA NETO

**CPF/CNPJ:** 35217455896

**Posição em 31-03-2019 13:16:11**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenização</b>	<b>Juros e Correção</b>	<b>Valor Total</b>
14/03/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

<b>Histórico das correspondências enviadas</b>		
<b>Data da Carta</b>	<b>Referência</b>	<b>Ver Carta</b>
22/03/2019	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
12/02/2019	Exigência Documental	
17/01/2019	Exigência Documental	
17/01/2019	Aviso de Sinistro	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8400-4

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA DE SÃO PAULO

PROIBIDO FALSIFICAR

03/10/2003

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

38.702.297-1 26/NOV/2010

MANOEL FERREIRA NETO

JONAS FERREIRA DA SILVA

E JOSEFA LINDA DA SILVA

CUSTODIA -PE 03/DEZ/1987

CUSTODIA-PE

QUITIMBU

CN: LV.A05 /FLS.15 /N.003653

352174558/96

DELEGADO DE POLÍCIA

LEI Nº 116 DE 2003

