

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Jose Eduardo Lima  
brasileiro(a), estado civil casado, regularmente inscrito no CPF/MF sob o  
nº 052.327.48429 e portador da cédula de identidade  
nº 7028 525 residente e domiciliado(a) na  
rua Jose Felix Rodrigues  
nº 353 bairro de Parobá  
CEP 55490-000 na PE cidade de  
Volante

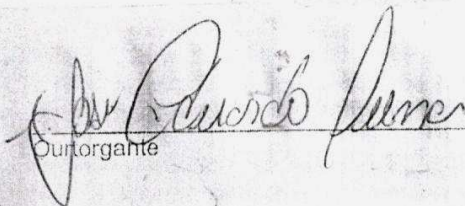
**OUTORGADA:** ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira,  
advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, com escritório profissional à Rua Helena de  
Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-  
630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações  
judiciais.

**PODERES:** Para promover defesa dos meus interesses judiciários, concedendo-lhes  
poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º  
e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas  
as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações,  
renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de  
pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar  
compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam,  
mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas,  
inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do  
pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos  
em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer  
em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de  
poderes.

**JUSTIÇA GRATUITA:** Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara,  
sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer  
demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei  
nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

**CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL:** Pelo exercício do  
mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de  
honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e  
qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da  
parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto,  
desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se,  
ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais  
disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios  
celebrado em instrumento próprio.

Recife, 18 de 07 de 2019

  
Outorgante



## SUBSTABELECIMENTO

**ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS**, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE n° 28.697D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n° 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, **Substabelece com reserva de poderes**, a pessoa da advogada **AMANDA KARLA SOARES DA SILVA**, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PE n° 33664, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n° 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, os poderes que lhe foram outorgados por JOSE EDUARDO LUNA, através do instrumento particular de mandato, para praticar todos os atos que se fizerem necessários.

Recife, 22 DE JULHO DE 2019.

  
Ana Cristina Santos  
OAB/PE 28697



**SINISTRO 3190199076 - Resultado de consulta por beneficiário**

---

**VÍTIMA** JOSE EDUARDO LUNA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

**BENEFICIÁRIO** JOSE EDUARDO LUNA**CPF/CNPJ:** 05212748429**Posição em 18-07-2019 14:21:51**

Os dados bancários foram atualizados e a Seguradora Líder-DPVAT está providenciando uma nova tentativa de liberação deste pagamento.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/07/2019	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE  
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195  
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2  
CNPJ: 09.769.035/0001-64  
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 201906108559343

Escritório: ALTINHO

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

JOSE EDUARDO LUNA  
R JOSE FELIX RODRIGUES, N. 00153 - CENTRO ALTINHO PE 55490-000  
INSCRIÇÃO: 008.100.180.0173.000

MATRÍCULA: 10855934.3 06/2019-5

GRUPO: 6

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 10855934.3

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
		RESIDENCIAL 1	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
HIDRÔMETRO NÃO MEDIDO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL			TIPO DE CONSUMO (A/E) N MEDIDO /
ÁGUA		ESGOTO			
LEIT. ANT.:	CONSUMO: 10	LEIT. ANT.: VOLUME: 0			
LEIT. ATUAL:		LEIT. ATUAL:			
LEIT. FAT.:		LEIT. FAT.:			

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO

05/2019	10/	A	
04/2019	10/	A	
03/2019	10/	A	
02/2019	10/	A	
01/2019	10/	A	
12/2018	10/	A	
MÉDIA	10/ 0	A	

PARÂMETROS

PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	34	34	33
COR APARENTE	34	34	34
COLOR RESIDUAL	34	34	34
COLIFORMES TOTAIS	34	34	34
E.Coli	34	34	34

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.  
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.  
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

TARIFA MINIMA 41,30 POR UNIDADE

MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019

JUROS DE MORA 03/2019

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

MINIMO

41,30

0,82

0,28

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 15/07/2019

TOTAL A PAGAR: 42,40

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 18/07/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195  
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 10855934.3 06/2019-5

VENCIMENTO: 15/07/2019

TOTAL A PAGAR: 42,40

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

828000000000-1 42400018008-7 10855934301-0 06201950003-3



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, José Eduardo Lima,  
brasileiro(a), estado civil casado,  
profissão autônomo Inscrito no CPF/MF sob o  
nº 052 427 484 29, e portador da cédula de  
identidade nº 7028 525, residente e  
domiciliado(a) rua José Felix Rodrigues  
nº 153, bairro Centro,  
CEP 55490-000 na cidade de  
Altinho / PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita,  
que não tenho condições de arcar com as custas e despesas  
processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo  
com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 28 de 07, de 2019.

NOME: José Eduardo Lima



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: JOSE EDUARDO LUNA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 7026525 - SDB - PE

CPF: 052.127.484-29 DATA NASCIMENTO: 03/10/1985

FILIAÇÃO: SEBASTIAO VERISSIMO DE LUNA JULIETA OLIMPIO LUNA

PERMISSAO: [ ] ACC: [ ] CAT. HAB: A

Nº REGISTRO: 06089881456 VALIDADE: 05/06/2018 HABILITACAO: 06/06/2014

OBSERVAÇÕES: sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR: *João Eduardo Luna*

LOCAL: CARUARU - PE DATA EMISSÃO: 09/06/2015

ASSINATURA DO EMISSOR: *[assinatura]* 09784708786 PE067013333

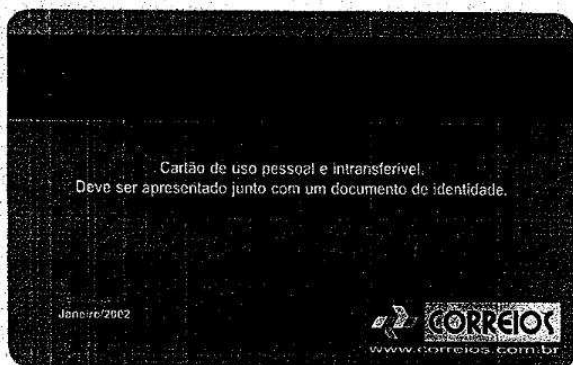
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1103661498

PROIBIDO PLASTIFICAR 1103661498

*João Paulo*





*Handwritten signature: José Eduardo Luna*





## SECRETARIA DE SAÚDE DE ALTINHO

### UNIDADE MISTA DE ALTINHO

#### FICHA DE ATENDIMENTO

NOME DO PACIENTE: JOSÉ EDUARDO LIMA

FICHA: <u>32</u>	Nº DA OCORRÊNCIA	HORA <u>11:22</u>	TURN: <u>MANHA</u>
------------------	------------------	-------------------	--------------------

Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ DATA 04/03/18 SEXO: FEM ( ) MAS (X) DT.NASC.: 03/10/85

MÃE: JULIETA OLÍMPIO LUNA PAI: SEBASTIÃO VERÍSSIMO DE LUNA

ENDEREÇO: Doutor João Pessoa Nº: 11

BAIRRO: CENTRO CIDADE: ALTINHO FONE: \_\_\_\_\_ IDADE: 32 anos

CAT. SUS: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ DATA DE EXPEDIÇÃO: \_\_\_\_\_

#### HISTÓRICO DO PACIENTE:

Paciente com trauma em M.D., com PA = 130 x 90  
durante estresse e separação de articulações em 3. P.P.P  
refere dor em P.D.

EXAME FÍSICO: AO exame: M.D. com Perimetro, dor, limitação  
de movimento e separação articular

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: ① Luxação espontânea 3. P.P.P?

CONDUTA: ① SF 0.9% - 500ml IV

② Repreensão - 1F + 1W

③ Zolisto semia para hemiparálise

④ Cefotaxima 2g + AD IV

CONDIÇÃO DE ALTA: \_\_\_\_\_

HORA DA LIBERAÇÃO: \_\_\_\_\_

Elizabete  
RECEPCIONISTA

Assinatura, carimbo e CRM do Médico

todos os dados são de preenchimento obrigatório e com letras legíveis, assinatura e carimbo.





PREFEITURA MUNICIPAL DO ALTINHO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE MISTA DO ALTINHO  
FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA DE  
PACIENTES

Nome: toni Eduardo Lima sexo M  
Data de nascimento: \_\_\_\_\_ idade: 32  
Pais ou responsáveis: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ telefone \_\_\_\_\_ hora do atendimento 19h52

DESTINO DO PACIENTE: UPA - Itapiruma SENHA: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA**

ANAMNESE: Paciente com trauma em pé direito. nrm na  
e limitação de movimento em pé direito.

EXAME FÍSICO: inimido em pé direito, com na e limitação de  
movimento. apresenta espandimento de articulação e rigidez  
em creio parafuso direito

**DROGAS ADMINISTRADAS:**

- ① Paracetamol
- ② Aspirina 2g

**EXAMES COMPLEMENTARES:**

nao realizados

**HD:**

luxação exposta em 3 PDD

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:**

DATA 09/03/18

Dr. Hugo Almeida da Costa  
CRM 154234

ASSINATURA, CARIMBO E CRM DO MÉDICO



## ANAMNESE

Paciente: JOSE EDUARDO LUNA

Data Nascimento: 03/10/1985

Sexo: Masculino

Idade: 32 Anos, 5 Meses e 1 Dia

Atendimento: 01086944

Prontuário: 00250746

Senha N.º: 0108

Data e Hora: 04/03/2018 15:34h

### CLASSIFICAÇÃO:

**Queixa Principal:** REFERE TRAUMA NO MID APOS ACIDENTE DE MOTO OCORRIDO HOJE. NO MOMENTO ENCONTRA SE CONSCIENTE ORIENTADO E EUPNEICO.

**Alergia:**

**Observação:** DESCONHECE ALERGIA

NEGA DM + HAS

DOC: RG

### AFERICAÇÃO:

**Peso:**

P.A. Sistólica: PAS: 119 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

**Altura:**

P.A. Diastólica: PAD: 90 MMHG

HGT:

**Temperatura:**

Freq. Cardíaca:

### EXAME FÍSICO:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM DOR E DEFORMIDADE EM 3 PDD E FERIMENTO EM PÉ

### EXAME FÍSICO:

DOR E DEFORMIDADE EM 3 PDD + FERIMENTO EM PÉ DIREITO

### EXAME FÍSICO:

RX: LUXAÇÃO DA IFP E IFD DO 3 PODODÁCTILO

### MD:

RX: LUXAÇÃO DA IFP E IFD DO 3 PODODÁCTILO DIREITO

### Condição:

AD: NEA

### Exatidão:

Dr. Alexandre Rego Costa  
Ortopedista  
CRM-PE: 20817  
TET 14008

Ass. do Médico

Dr(a): ALEXANDRE AZEVEDO DO REGO COSTA FILHO  
CRM - 20817

Av. José Marques Fontes, S/N  
Belém, Indaialândia, Cidade: Caruaru/PE CEP: 55060-000





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DOA GRESTE  
TELEFONE: (81) 3719-9400 / (81)3719-9346

**SAME- H.R.A**  
**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICAS**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o paciente: JOSE EDUARDO LUNA, esteve interno(a) nesta unidade hospitalar no dia 04/03/2018 até 06/03/2018.

PRONTUÁRIO:314747

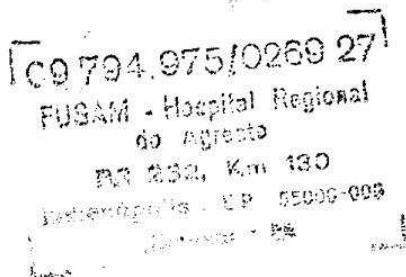
TRATAMENTO: INTERNAÇÃO -ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

OBS. ATT. COM MOTOCICLETA

**ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

Caruaru 13 de Abril de 2018.

  
\_\_\_\_\_  
Alexandre de Oliveira Bezerra  
SAME-HRA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 095ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTINHO - DP95ª CIR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0185000267

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/04/2018

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) em  
4/3/2018 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE ALTINHO, 01, SÍTIO TAQUARA - Bairro: CENTRO  
ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: NAO INFORMADO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

TOJA (AUTOR / AGENTE)  
JOSE EDUARDO LUNA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

JOSE EDUARDO LUNA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JULIETA OLÍMPIO LUNA  
DE LINA Data de Nascimento: 3/10/1985 Naturalidade: ALTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: RUA PULQUERIO PEREIRA DE ANDRADE, 262, RUA CAPITAO PULQUERIO  
CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

TOJA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DESCONHECIDO Pai: DESCONHECIDO  
PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ALTINHO, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ALTINHO

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE EDUARDO LUNA, que estava em  
posse de JOSE EDUARDO LUNA  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR Objeto apreendido: Não  
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE)

Placa: PDJ1294 (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO) Renavam: 114714371 Chassi: 9C6RG3110J00211  
Combustível: ALCO/GASOL

**Complemento / Observação**



O SR. JOSE EDUARDO LUNA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA NOTICIAR UM ACIDENTE QUE TERIA SOFRIDO. SEGUNDO A VITIMA, QUANDO SE DIRIGIA PARA O BANHO DE FAIR AVISTOU UM CARRO EM CONTRARIO, SENDO PILOTADA POR (TOJA), VINDO EM ALTA VELOCIDADE. NESSE MOMENTO, O CARRO MAS ACABOU COLIDINDO COM O OUTRO CONDUTOR E SOFRENDOS LESOES (FRATURA EXPOSTA). A VITIMA PERMANECEU NO LOCAL ESPERANDO SOCORRO, O QUE FOI FEITO POR UM CARRO DE

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

JOSE EDUARDO LUNA  
(VITIMA)

*Jose Eduardo Luna*

B.O. registrado por: ALEX ANDERSON APOLINÁRIO DA SILVA - Matrícula: 387497-4





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
TELEFONE: (81) 3719-9400 / (81) 3719-9346

**SAME- H.R.A**  
**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICAS**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o paciente: **JOSE EDUARDO LUNA**, esteve interno(a) nesta unidade hospitalar no dia 04/03/2018 até 06/03/2018.

**PRONTUÁRIO:314747**

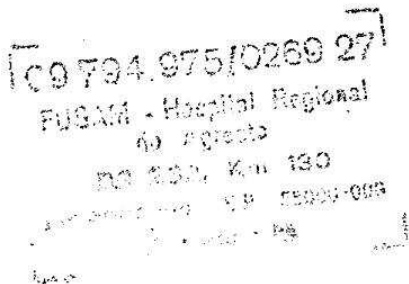
**TRATAMENTO: INTERNAÇÃO -ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**

**OBS. ATT. COM MOTOCICLETA**

**ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

**Caruaru 13 de Abril de 2018.**

  
\_\_\_\_\_  
**Alexandre de Oliveira Bezerra**  
**SAME-HRA**



**HOSPITAL**

BUENHA PU0016

**HRA**

**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Número: 314747

Nome: JOSE EDUARDO LUNA

**Data Nasc.:** 03/10/1985

**Idade: 32**

**Sexo:** MASCULINO

Cor: PARDA

**Religião:**

CPF: 05212748429

RG: 7028525

**CNS:703006899565977**

Endereço: RUA CAPITAO PULQUEIRO

**Nº: 262**

**Bairro: CENTRO**

**Cidade:** ALTINHO

**Estado: PE**

CEP: 55490000

**Fone: 99701034**

Profissão:

Nome da Mãe: JUIETA OLIMPIO LUNA

**Acompanhante:**

**Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA**

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

## 2 - ATENDIMENTO

Data: 04/03/2018 16:43

**Médico: MEDICO PLANTONISTA**

**Queixa Principal / HDA:**

Portuense de auster de unoto,  
aportat feruente totu no p' d

**Exame Físico:**

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

Forecuto salus in p'd

**Diag. Provisório:**

União de pulgões nidos do p. D

**Prescrição:**

**Dieta:**

### Horário

[illegible]

[illegible]

**Assinatura**

**Assinatura**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_





SUS

Unico de  
Saude da Saude

## 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)

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

31/10/85

Masc. ☒Fem. ☐

3

9 - SEXO

10 - RAGACOR

P

12 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

2600002

PE

5514910000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Insucesso de tratamento de auto, ausência  
de resposta de glicose de p-  
diversos + ferimento extenso

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

8 de

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

Rx

5925

P = 012

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Insucesso de tratamento de auto

24 - CID 10 PRINCIPAL

E11.0

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

36 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

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

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

PE-40-004

48 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Edson Passos da Silva

MÉDICO

CRM - 7061

CPF 145.260.524-20

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261810393394-0



Assinado eletronicamente por: AMANDA KARLA SOARES DA SILVA - 25/07/2019 15:06:29

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072515062984200000047575526>

Número do documento: 19072515062984200000047575526

## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE		
Paciente: <i>José Eduardo Lima</i>	Nº do Registro: <i>314747</i>	
Clinica: <i>Ortopedia</i>	Nº do Leito	
Operador: <i>Dr. Waldemar</i>		
1º Assistente: <i>R. Tássio</i>	2º Assistente:	
Instrumentador:	Anestesiologista: <i>Leonardo</i>	
Anestesia: <i>Regui</i>	Duração:	
Data da Operação: <i>07.07.18</i>	Início:	Término:
Diagnóstico Pré-Operatório: <i>fratura exposta do 3º PDD</i>		

Diagnóstico Pós-Operatório: *0 curas*Operação Proposta: *Trat campo de fratura exposta do 2º PDD*Operação Realizada: *Ocurreu*

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

*Paciente anestesiado em decúbito dorsal  
Anestesia e antiseptia  
Aparição de campo estéril, lavagem ampla do campo  
Redução aberta de fratura do 3º PDD  
Fixação com 70k. Fluoroscopia  
Suturas*

*Curativo**A CR*

*Dr. Waldemar Pereira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 18240*

