

PROCURAÇÃO

VHS

OUTORGANTE:

Agostinho Neto da Silva Ramos Machado, E-mail: _____ brasileiro, profissão: FUNC. PÚBLICO portador da Cédula de Identidade sob o nº. 3.324.955/SSP/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 768.001.484-15, residente e domiciliado na Rua: DR OTÁVIO COUTINHO, Cidade: RECIFE - PE - CEP 50.100-120. 20b. STO AMARO.

OUTORGADO: RODRIGO ALVES DIAS, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 23.351, JAIME MARÇAL DANTAS FILHO, brasileiro, casado, Advogado, devidamente inscrito na OAB-PE sob o nº. 33.947 todos com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n. 330, Sala 102, Recife – PE, CEP 50750-630 e o Acadêmico em Direito e THIAGO FELIPE DIAS DE MELO, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF sob o nº 088.260.164-45.

PODERES: Pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-juditia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber intimação, notificação, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, como também retirar alvará judicial de pagamento em cartório, e realizar acompanhamento também na esfera administrativa, quando necessário podendo agir em Juízo ou fora dele, perante todos entes públicos Municipais, Estaduais e/ou Federais, e ainda perante quaisquer Instituições financeiras, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, em fim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste Mandado.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos os contratantes, fica convencionado que o Outorgante, ora contratante, pagará ao Advogado ora contratado honorários advocatícios **no percentual de 30% (trinta) por cento**, sobre quaisquer valores percebidos pelo contratante, seja em complemento positivo, RPV e/ou Precatório, ou Alvará. Ficando o MM. Juiz autorizado a **reter** os honorários advocatícios na condenação nos termos estipulados neste contrato.

Recife, _____ de _____ de 2018.


Agostinho Neto
AUTOR(A)

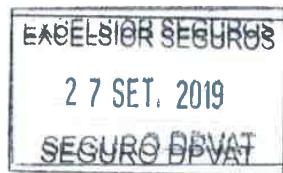


DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Agostinho Neto da Silva Ramos Machado,
E-mail: _____ brasileiro, profissão: FUNC. PÚBLICO,
portador da Cédula de Identidade sob o nº 3.324.955/SSP-PE inscrito no
CPF/MF sob o nº 768.001.484-15, residente e domiciliado na
Rua: DR OTÁVIO COUTINHO, 206 Cidade: RECIFE - PE - CEP
50.100-120; declaro sob as penas da lei que não tenho condições
de arcar com custas processuais, bem como quaisquer custos adicionais sem
prejuízo do meu sustento e de minha família, para tanto requeiro os benefícios
da assistência judiciária gratuita nos termos da lei 1060/50.

Recife, 06 de Dezembro de 2017.



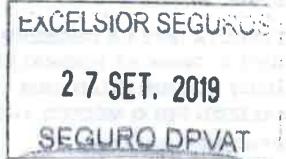


Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 11/10/2019 16:27:06

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101116270632900000051439972>

Número do documento: 19101116270632900000051439972

Num. 52267357 - Pág. 3



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E2141003203

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/09/2019** às **19:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **24/5/2019** às **07:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SEBASTIAO SALAZAR, 1, PRÓXIMO AO BAR DA FAVA** - Bairro: **CAJUEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
AGOSTINHO NETO DA SILVA RAMOS MACHADO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): AGOSTINHO NETO DA SILVA RAMOS MACHADO

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

AGOSTINHO NETO DA SILVA RAMOS MACHADO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DILMA SEVERINA MACHADO** Pai: **JOSÉ RAMOS MACHADO** Data de Nascimento: **14/3/1970** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3324955/SSP/PE (RG), 76800148415 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **POLICIAL CIVIL**
Endereço Residencial: **RUA DOUTOR OTAVIO COUTINHO, 20 - CEP: 55000-000 - Bairro: SANTO AMARO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **AGOSTINHO NETO DA SILVA RAMOS MACHADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **AGOSTINHO NETO DA SILVA RAMOS MACHADO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Descrição: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE AGOSTINHO NETO DA SILVA RAMOS MACHADO INFORMA QUE ESTAVA CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA HONDA/NXR 160 BROS DE COR VERMELHA E PLACA PDQ 6069 - PE NO DIA 24/05/2019, POR VOLTA DAS 07:00 HORAS NA RUA SEBASTIÃO SALAZAR, BAIRRO DE CAJUEIRO, RECIFE - PE, QUANDO FOI FAZER UMA MANOBRA PARA ENTRAR NA RUA PERPENDICULAR À RUA QUE VINHA, DERRAPOU E EM DECORRÊNCIA DA QUEDA SOFREU UMA FRATURA EXPOSTA MAIS LUXAÇÃO NO TORNOZELO DO PÉ DIREITO. RELATA QUE FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR QUE O CONDUZIU ATÉ O HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO E EMITIU A CERTIDÃO DE NÚMERO 2019APH000789. INFORMA QUE AO CHEGAR NAQUELA UNIDADE HOSPITALAR FOI ENCAMINHADO PARA A EMERGÊNCIA ONDE TEVE O ATENDIMENTO DE NÚMERO 489225 CUJO NÚMERO DE PRONTUÁRIO LAVITE FOI 000045508 E EXAMINADO PELA ENFERMEIRA MARIA MODESTO, COREN - PE DE NÚMERO 378075 E EM SEGUIDA FOI ATENDIDO PELO MÉDICO LUIZ HENRIQUE P. BAUDEL CUJO CRM - PE É 9028.



RESSALTA QUE LÁ RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL D'ÁVILA, ONDE SE SUBMETEU A DUAS CIRURGIAS. A PRIMEIRA FOI REALIZADA PELO MÉDICO REINALDO NASCIMENTO RAMOS JÚNIOR CUJO CRM - PE É 22122 NO DIA 24/05/2019. A SEGUNDA CIRURGIA FOI NO DIA 05/06/2019 E QUEM A REALIZOU FOI O MÉDICO THIAGO LIMA, CUJO CRM É 17991. DIANTE DO EXPOSTO, VEIO ATÉ ESTE DEPARTAMENTO NOTICIAR O FATO.

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

**AGOSTINHO NETO DA SILVA RAMOS MACHADO
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ROSALVO FRANCISCO BARBOSA MAT 208.202-0**



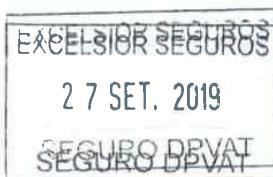


**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2019APH000789 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). JULIANA DE LUCENA MELO RAMOS MACHADO , 29 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 7055674 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 090.115.554-30, residente à RUA DOUTOR OTAVIO COUTINHO , nº 20, , SANTO AMARO , RECIFE -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 24/05/2019, por volta das 07:43 hs, no endereço: AVENIDA SEBASTIÃO SALAZAR , XXX, CAJUEIRO RECIFE-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA , envolvendo MOTOCICLETA BROS, VERMELHA E PLACA PDQ6069-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) AGOSTINHO NETO DA SILVA RAMOS MACHADO , inscrito sob o CPF nº 768.001.484-15 e Registro Geral nº 3324955, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710381-6 CLEYTON. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOS SERVIDORES. Registrado(a) com o prontuário nº 45508. Ficou aos cuidados do médico LUIZ HENRIQUE, registro 8932. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.



Posição em 19/06/2019

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site
<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000789*

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 11/10/2019 16:27:06
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101116270632900000051439972>
Número do documento: 19101116270632900000051439972

Num. 52267357 - Pág. 6

Amarélo

FICHA DE ATENDIMENTO

✓

Nº do atendimento 489225	Data e Hora do Atendimento 24/05/2019 08:44	Prontuário LAVITE 000045508	Local de Entrada SPA
-----------------------------	------------------------------------------------	--------------------------------	-------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: AGOSTINHO NETO DA SILVA RAMOS MACHADO

CNS: Nascimento: 14/03/1970 Idade: 49 Sexo: Masculino Cor: Branca

Estado Civil: Profissão: Naturalidade: Nacionalidade: Brasileiro

Documento: 768.001.484-15 Filiação: DILMA SEVERINA MACHADO Documento do Titular: 76800148415

Endereço (Av., Rua, etc): R AV.NORTE 20 Complemento:

Bairro: ROSARINHO Cidade: RECIFE

Acompanhante: SO- 997102246 VINDO BONBEIRO

Ocorrência: Ac

Procedência: Me

Dados da triagem

CAMPOS PARA O ENDEREÇO:
 RUA: DR OTAVIO COUTINHO
 NUMERO: 20 CASAB
 BAIRRO: ST AMARO
 CIDADE: RECIFE
 ESTADO: PE
 TELEFONE DE CONTATO: SO- 997102246

ORTOPEDIA:

PACTE COM RELATO DE: EDEMA E DOR EM REGIÃO EM TORNOZELO DIREITO HÁ 1 HORA APÓS TRAUMA POR QUEDA DE MOTO / NETA TRAUMA EM CABEÇA E TORAX

HAS: NEGA

DM: NEGA

ALERGIA: NEGA

PA - 156/98

HGT - 135

SATO2 - 94

FC - 60

HORA:08:35



Agostinho
24/05/2019
24/05/2019
Assinatura

Atendimento Médico:

Data: / / Hora: Médico: CRM: /

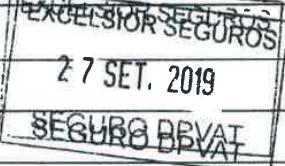
Queixa Principal:

HDA:

*Agostinho Neto da Silva Ramos Machado
24/05/2019 - Por PM + SBZ-6*

Exame físico:

A: Geral Via aérea está pativa: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp.: °C



B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm Hg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocóricas Anisocóricas

Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:



E: Abdômen -

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames: <i>PACIENTE GOTTIN</i>	Cód. Procedimento
Tratamento/Procedimento <i>FRACTURA/LUXACAO EXOSTA DO HUMERO DIR. 140.</i>	Ass. Médico + Carimb
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	Ass. Enfermeira + Carimb <i>2019-05-23 08075 BNF</i> <i>MEDICO</i>

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:	Condição da Alta:
Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhora <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito
Transferido para:	
Internado na Clínica:	

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: CRM: Data: / / Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / / Nome Completo Legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento de todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / / Nome Completo Legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

do por LILIANE PEREIRA DE SENA em 24/05/2019 08:45



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 11/10/2019 16:27:06
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101116270632900000051439972>
Número do documento: 19101116270632900000051439972

Num. 52267357 - Pág. 8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

PACIENTE:

PACIENTE: AGOSTINHO NETO DA SILVA RAMOS MACHADO

MÃE: DILMA SEVERINA MACHADO

DATA NASC: 14/03/1970

PRONTUÁRIO: 000045508

CPF TITULAR: 768.001.134-15

PRONTUÁRIO:

29/05/19 Enfermagem - SPA

1h - Paciente admitido e
pede-se aferir pressão em MDP
e gravidez e se o CEGP
é clínico

13h Paciente transfere
para D'ARTE





Ressonância Magnética - Tomografia Computadorizada - Densitometria Óssea
Mamografia Digital - Radiologia Digital - Doppler Colorido
Ultrassonografia - Punções - Biópsia
www.diagmax.com - contato@diagmax.com
Rua Amaro Bezerra, nº 550 - Derby - Fone: (81) 2127.5500 \ 3031.9009

DATA: 14/08/2019

NOME: AGOSTINHO NETO DA SILVA RAMOS MACHADO

MÉDICO SOLICITANTE: THIAGO LIMA

REQUISIÇÃO: 427158

EXAME: RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO DIREITO(F+P+O)

Redução da densidade óssea .

Entesofito degenerativo na topografia da inserção do tendão calcâneo.

Esporão plantar.

Osteossíntese metálica sem sinais de solturas em fibula distal.

Redução do espaço tibio-talar, associado a osteofitose marginal, esclerose óssea, cistos subcondrais e discreto aumento das partes moles adjacentes.

Demais estruturas e espaços articulares sem alterações.

DR. CELSO WATARU NAKANO
CRM- 105200

T. Pag:1

DIAGMAX COMPLETA: AGORA TAMBÉM COM EXAMES LABORATORIAIS EM TODAS UNIDADES



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 11/10/2019 16:27:06

<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101116270632900000051439972>

Número do documento: 19101116270632900000051439972

Num. 52267357 - Pág. 10



Ressonânciâ Magnética - Tomografia Computadorizada - Densitometria Óssea

Mamografia Digital - Radiologia Digital - Doppler Colorido

Ultrassonografia - Punções - Biópsia

www.diagmax.com - contato@diagmax.com

Rua Amaro Bezerra, nº 550 - Derby - Fone: (81) 2127.5500 \ 3031.9009

DATA: 14/08/2019

NOME: AGOSTINHO NETO DA SILVA RAMOS MACHADO

MÉDICO SOLICITANTE: THIAGO LIMA

REQUISIÇÃO: 427158

EXAME: RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO DIREITO(F+P+O)

Redução da densidade óssea .

Entesofito degenerativo na topografia da inserção do tendão calcâneo.

Esporão plantar.

Osteossíntese metálica sem sinais de solturas em fíbula distal.

Redução do espaço tibio-talar, associado a osteofitose marginal, esclerose óssea, cistos subcondrais e discreto aumento das partes moles adjacentes.

Demais estruturas e espaços articulares sem alterações.



DR. CELSO WATARU NAKANO

CRM- 105200

T. Pag: 1

DIAGMAX COMPLETA: AGORA TAMBÉM COM EXAMES LABORATORIAIS EM TODAS UNIDADES



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 11/10/2019 16:27:06

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101116270632900000051439972>

Número do documento: 19101116270632900000051439972

Num. 52267357 - Pág. 11

279568.

HOSPITAL DE AVILA - EMP. J. M. DA CUNHA LTDA.

Av. VISCONDE DE ALBUQUERQUE, 681. CX. POSTAL-2121 - RECIFE/PE
Fone: (81) 3117-5544

Data.: 24/05/2019
Hora.: 15:03

===== REGISTRO DE ENTRADA DE PACIENTE =====

REGISTRO.....: 0954873 LEITO.....: EN-B1 ATENDIMENTO: CLÍNICO
NOME:.....: AGOSTINHO NETO DA SILVA RAMOS MACHADO SEXO: Masculino
ENDERECO.....: RUA DOUTOR OTAVIO COUTINHO, 20 COMP.:
BAIRRO.....: SANTO AMARO CIDADE: RECIFE - ESTADO: PE FONE: 81987719399 CEL.: 81999336443
NOME DA MÃE:....: DILMA SEVERINA MACHADO NOME DO PAI: JOSE RAMOS MACHADO

NASCIMENTO.: 14/03/1970 IDADE: 49 anos IDENTIDADE: 3324955 C.P.F.: 76800148415
CONVÉNIO.....: SASSEPE/SASSEPE - ALA: ORTOPEDIA
MATRÍCULA....: 105147008 GUIA: 18443738 VALIDADE: 25/05/2019

RESPONSÁVEL: JULIANA DE LUCENA MELO C.P.F.: 090.115.554-30
IDENTIDADE...: 7055674 ENDEREÇO.....: RUA DOUTOR OTAVIO COUTINHO
BAIRRO.....: SANTO AMARO CIDADE: RECIFE FONE: (81)98771-9399

SEGURADO....: AGOSTINHO NETO DA SILVA RAMOS MACHADO

MÉDICO.....: REINALDO NASCIMENTO RAMOS JUNIOR CRM - 22122
ADMISSÃO: 24/05/2019 ÀS 15:03
PROCEDIMENTOS: TRATAMENTO CLÍNICO - CID: S82.6

Obs: AUTORIZADO 01 DIARIA EM ENF + SEM DESPESAS PARA ACOMPANHANTE **** PCT TITULAR ***

===== TERMO DE RESPONSABILIDADE =====

Declaro para fins de direito que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não o paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com esse Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial. Declaro para fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer impotência que não for pago ao HOSP. DE ÁVILA-EMP.J.M. DA CUNHA LTDA. pela instituição conveniada a qualquer título, inclusive decorrente de procedimento não coberto pelo plano de saúde e despesas de materiais de prótese e orteses, bem como cirurgias plásticas, vez que tenho pleno conhecimento que tais procedimentos não são cobertos pelos planos de saúde, me comprometendo a quitá-los à vista, quando da alta hospitalar.
Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo, seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de Prestação de Serviços.

RECIFE, 24 de Maio de 2019

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

Recepção: _____ Posto Enf.: _____ Nutrição: _____

Ciente do Regulamento Interno: _____ Recepcionista: KELLY



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 11/10/2019 16:27:06
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101116270632900000051439972>
Número do documento: 19101116270632900000051439972

Num. 52267357 - Pág. 12

HOSPITAL DE AVILA - EMP. J. M. DA CUNHA LTDA.

VISCONDE DE ALBUQUERQUE, 681. CX. POSTAL-2121 - RECIFE/PE
Fone: (81) 3117-5544

PROT 7282102

Data.: 24/05/2019
Hora.: 15:03

10/05/18-00

===== REGISTRO DE ENTRADA DE PACIENTE =====

REGISTRO.....: 0954873

LEITO.....: EV-02

ATENDIMENTO: CLINICO

NOME:.....: AGOSTINHO NETO DA SILVA RAMOS MACHADO

SEXO: Masculino

ENDEREÇO.....: RUA DOUTOR OTAVIO COUTINHO, 20 COMP.:

BAIRRO.....: SANTO AMARO CIDADE: RECIFE - ESTADO: PE FONE: 81987719399 CEL.: 81999336443

NOME DA MÃE:....: DILMA SEVERINA MACHADO NOME DO PAI: JOSE RAMOS MACHADO

NASCIMENTO...: 14/03/1970 IDADE: 49 anos IDENTIDADE: 3324955

C.P.F.: 76800148415

CONVÊNIO.....: SASSEPE/SASSEPE - ALA: ORTOPEDIA

MATRÍCULA....: 105147008 GUIA: 18443738

VALIDADE: 25/05/2019

RESPONSAVEL: AGOSTINHO NETO DA SILVA RAMOS MACHADO

IDENTIDADE...: 3324955

C.P.F.: 768.001.484-15

ENDEREÇO.....: RUA DOUTOR OTAVIO COUTINHO

BAIRRO.....: SANTO AMARO CIDADE: RECIFE

FONE: (81)98771-9399

2º Parecial +
Alta

EURADO....: AGOSTINHO NETO DA SILVA RAMOS MACHADO

MÉDICO.....: REINALDO NASCIMENTO RAMOS JUNIOR

CRM - 22122

ADMISSÃO: 24/05/2019 ÀS 15:03

PROCEDIMENTOS: TRATAMENTO CLINICO - CID: S82.6

Obs: AUTORIZADO 01 DIARIA EM ENF + SEM DESPESAS PARA ACOMPANHANTE

03/06 à 06/06

18:00

===== ORIENTAÇÕES DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR =====

- higienizar as mãos antes e depois de tocar o paciente ou o ambiente próximo a ele;
- não sentar nas camas dos pacientes;
- não vir para a visita caso esteja com alguma doença transmissível;
- respeitar as orientações da equipe assistencial caso os pacientes estejam em algum tipo de isolamento

RECIFE, 24 de Maio de 2019

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

Recepção: _____

Posto Enf.: _____

Nutrição: _____

Ciente do Regulamento Interno: _____

Repcionista: SUANE



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 11/10/2019 16:27:06

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101116270632900000051439972>

Número do documento: 19101116270632900000051439972

Num. 52267357 - Pág. 13

RELATORIO DE CIRURGIA

NOME	AGOSTINHO NETO DA SILVA RAMOS MACHADO	REGISTRO	954873
------	------------------------------------------	----------	--------

DATA DA CIRURGIA	05/06/18	INICIO	TERMINO	
CIRURGIAO	THIAGO LIMA	1 AUXILIAR	ORLANDO FRADE	
ANESTESISTA	JULIANA LEITE	INSTRUMENTADOR	DENYS	

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATORIO	FRATURA DO TORNOZELO DIREITO
CIRURGIA REALIZADA	RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO+OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO + RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR + ARTROTOMIA + RADIOSCOPIA
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	SIM
MATERIAL ESPECIAL	01 PLACA BLOQUEADA 1/3 CANO EM TITÂNIO + 03 PARAFUSO BLOQUEADOS + 03 PARAFUSO CORTICAL+ 01 RESERVATÓRIO DE 500MI+01 CURATIVO A VAC PEQUENO COM ESPONJA GRANUFOAM
MATERIAL DE SALA	04 ATADURAS 20; 30 COMPRESSAS; 01 MALHA TUBULAR; 02 SERINGAS DE 60MI

DESCRIÇÃO CIRURGICA

- 1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
- 2- EVASIAMENTO + GARROTEAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO
- 3- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS EM MID
- 4- INCISÃO SOB TOPOGRAFIA DO MALEOLO LATERAL DIREITO
- 5- DISSECÇÃO POR PLANOS
- 6- OBSERVADA FRATURA
- 7- REALIZADO REDUÇÃO O MAIS ANATOMICA POSSÍVEL
- 8- FIXAÇÃO DA FRATURA COM 01 PLACA LCP 1/3 CANO +03 PARAFUSOS CORTICAIS + 03 PARAFUSO BLOQUEADOS
- 9- LAVAGEM COM SF0,9%
- 10- SUTURA POR PLANOS
- 11- VISUALIZAÇÃO DE FERIMENTO NECRÓTICO EM FACE MEDIAL
- 12- REALIZADO DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO MEDIAL COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA DO MALÉOLO MEDIAL
- 13- COLOCAÇÃO DE CURATIVO ESPECIAL A VAC PARA COBERTURA ÓSSEA
- 14- SOLTURA DO GARROTE + VISUALIZAÇÃO DE BOA PERFUSÃO PERIFERICA
- 15- CURATIVO
- 16- Á SR

6/4/60

Dr. Thiago Lima

Orthopedista / Reumatologista
TEOT 1348-CRM 17991

celio carneiro
Salvamento Auditora de
OPME Cisaepc
Coren 39.081



SOLB

Clinicas Especializadas

ESPECIALIDADES:

ORTOPEDIA
DERMATOLOGIA
PNEUMOLOGIA
CARDIOLOGIA
CIRURGIA VASCULAR
NUTRICIONISTA
PEDIATRIA
PSIQUIATRIA
FONOaudiologia
PSICOLOGIA
ENDOCRINOLOGIA
BUCO-MAXILO-FACIAL
REUMATOLOGIA
ESPECIALISTA EM DOR
OSTEOPATIA
CLINICA MEDICA
RPC
ACUPUNTURA
DRENAGEM LINFATICA

Agostino NUTR 01 Sins Reles
MACRANO
43 Anos

LAUDO MÉDICO

HIST: PACIENTE COM FRACTURA
DE TORNÁZIO DIREITO, SINTO SUB-
MOTINHO E DORSALGIA COM
PERDA DE PARESSES.

SOBRETE AVALIAÇÃO
DAS SUAS FUNÇÕES PONDE
(Cervical) DIREITO

IM: FRACTURA DE
Dr. Thiago Lima
Simpático, subclavicular
Tornozelo direito
OLINDA: 3014.0001 / 3039.0030 / 99770.7700
ILHA DO LEITE: 3039.3634
DERBY: 3032.5931 / 3032.2422 / 99880.4784

Av. Gov. Carlos de Lima Cavalcanti, 2434
Cep: 53.030-260 - Casa Caiada - Olinda - PE



SOLB

Clínicas Especializadas

ESPECIALIDADES:

ORTOPEDIA
DERMATOLOGIA
PNEUMOLOGIA
CARDIOLOGIA
CIRURGIA VASCULAR
NUTRICIONISTA
PEDIATRIA
PSIQUIATRIA
FONOAUDIOLOGIA
PSICOLOGIA
ENDOCRINOLOGIA
BUCO-MAXILO-FACIAL
REUMATOLOGIA
ESPECIALISTA EM DOR
OSTEOPATIA
CLINICA MÉDICA
RPG
ACUPUNTURA
DRENAGEM LINFÁTICA

Agostinho Neto de São Mateus
Macau

LARES MÉDICOS

PROJETO SUSTENTANDO A
OSSUESCUTIVA DA TERRA
DANIE HÁ AGRICULTURA
DOIS MUN. E AGRICULTURA
UM BOM INVESTIMENTO.
CIN: 582.5 + 582.4

SOCIÉTÉ FRANÇAISE

NETOM SANS MARCHE
CIN

OLINDA: 3014.0001 / 3039.0030 / 99770.7700
ILHA DO LEITE: 3039.3634
DERBY: 3032.5931 / 3032.2422 / 99880.4784

Dias
16/8/19

Av. Gov. Carlos de Lima Cavalcanti, 2434
Cep: 53.030-260 - Casa Caiada - Olinda - PE





Posição em 09-10-2019 08:20:13

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
19/09/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





93% 8:21 AM

seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Ind

6 :

SINISTRO 3190528828 - Resultado de consulta por

beneficiário

VÍTIMA AGOSTINHO NETO DA SILVA RAMOS MACHADO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO CIA EXCELSIOR DE SEGUROS
BENEFICIÁRIO AGOSTINHO NETO DA SILVA RAMOS MACHADO
CPF/CNPJ: 76800148415

