



Daniela Valadares

ADVOGADOS E ASSOCIADOS

Causas Previdenciárias e Trabalhistas

PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO DE POBREZA

Pelo presente instrumento particular de procuração, as partes abaixo qualificadas firmam este mandato, cujos poderes seguem adiante especificados.

OUTORGANTE:

CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA, BRASILEIRO, CASADO,
PORTADOR DO RG Nº 4.698.199 SDS/PE, INSCRITO NO CPF
SOB O Nº 008.246.084-10, RESIDENTE E DOMICILIADO NA
RUA ALTO DO RESERVATÓRIO Nº 354 A, CS, BREJO DA GUABIRA-
BA, RECIFE-PE, CEP: 52.091-210.

OUTORGADOS: DANIELA SIQUEIRA VALADARES, brasileira, solteira, advogada, regularmente inscrita na OAB/PE sob o n.º 21.290, portadora da Carteira de Identidade n.º 5.481.604 SSP/PE e do CPF/MF sob o n.º 030.055.464-89, com escritório profissional situado na Rua Bispo Cardoso Ayres, 147, Santo Amaro, Recife – PE, CEP: 50050-135.

PODERES: Outorgam-se os poderes da cláusula *ad iudicia* para que os outorgados atuem, em conjunto ou isoladamente, promovendo a defesa dos meus direitos em qualquer instância ou grau de jurisdição, de direito público ou privado, podendo ainda prestar primeiras e últimas declarações, confessar, aditar inicial, transacionar, além dos especiais poderes para acordar, impugnar testemunhas, impugnar valor da causa, produzir provas ou justificações, praticar, enfim, todos os atos necessários à boa e fiel desincumbência dos deveres e prerrogativas advocatícias, podendo inclusive substabelecer, com ou sem reserva de poderes, pelo que darei(emos) tudo por bom, firme e valioso.

Declaro(amos) ainda, que sou (somos) pessoa(s) carente(s) de recursos financeiros, e sem condições econômicas para arcar com as custas processuais e a verba advocatícia, sem prejuízo ao(s) sustento(s) próprio(s) e dos meus (nossos) dependentes, com amparo na Lei 1.060/50 e na Lei 7.510/96.

Recife, 06 de Setembro de 2019

Claudio Duarte de Oliveira
Outorgante





Causas Previdenciárias e Trabalhistas

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Claudio Duarte de Oliveira
nacionalidade: Brasileira estado civil: Solteiro
profissão: Trab. manutenção portador(a) do RG nº 4.698.199 e do CPF
nº 00824608410 residente e domiciliado(a)

DECLARO,
para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil).

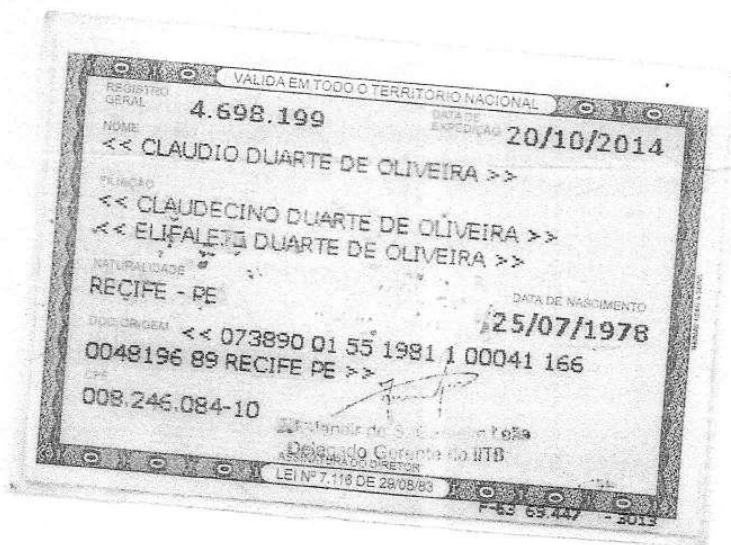
Recife, 06/09/2019

Claudio Duarte de Oliveira

DECLARANTE

Rua Bispo Cardoso Ayres 147 SL - 05 A 09 - Santo Amaro
Cep 50050-135 Recife - PE
(81) 3423-5034





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1416534727

PROIBIDA PLASTIFICAR
1416534727

Nome: **CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **4736800046 MT PE**

CNPJ: **008.246.084-10** DATA NASCIMENTO: **25/07/1978**

FILIAÇÃO: **CLAUDECINO DUARTE DE OLIVEIRA**
ELIPELETE DUARTE DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: **ACC** CAT. HAB: **AB**

Nº REGISTRO: **05404387680** VALIDADE: **30/11/2021** 1ª HABILITAÇÃO: **19/01/2012**

OBSERVAÇÕES:

Claudio Duarte de Oliveira

ASSINATURA DO DETRANISTA

LOCAL: **RECIFE - PE** DATA EMISSÃO: **01/12/2016**

[Assinatura]
Diretor Flávio

ASSINATURA DO EMISSOR: **58485563096**
PE075802996

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

PIS COMPROVANTE DE CADASTRAMENTO

Inscrição: 127.92908.45.0 VIA DO TRABALHADOR

Nome do trabalhador: AIDYD DUARTE DE OLIVEIRA

Nome da mãe: AIDYD D DE OLIVEIRA

Data de nascimento: 25/07/1978

Carteira de Trabalho: Número 004736800046 UF PE

Código banco/agência: 104-1031-5

Endereço da agência: RUA DA SETUBAL 50

El: 13004510/0001-89

Data do cadastramento: 29/05/1998



Num. 53548661 - Pág. 4

DADOS DO CLIENTE
 CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA MATRÍCULA: 69303978 Jul/2019
 R ALTO DO RESERVATÓRIO, N. 354 - CASA-A - BREJO DA GUABIRABA R
 ECIF: PE 50000-000
 INSCRIÇÃO: 735.336.392.0402.002 GRUPO: 12 DEB. AUTOMÁTICO: 069303978

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A13U133648	DATA LEIT. ANTERIOR 06/07/2019	DATA LEIT. ATUAL 06/08/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL	

ÁGUA:
 LEIT. ANT.: 044
 LEIT. ATU.: 655
 LEIT. FAT.: 655
 CONSUMO: 11

HISTÓRICO DE CONSUMO
 REFERÊNCIA CONSUMO

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	52	53	44
COR APARENTE	52	53	35
CLORO RESIDUAL	52	53	53
COLIF. TOTAIS	52	53	50
E. COLI	52	53	53

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 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

ÁGUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	1 M3	4,74
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019		0,92
JUROS DE MORA 05/2019		0,20

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	46,04	1,65	0,76
COPIS	46,04	7,60	3,50

VENCIMENTO: 20/08/2019 TOTAL A PAGAR: 47,16

MENSAGEM:

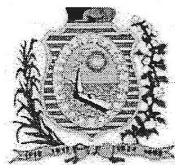
353000000-7 4716013735-1 069303

VENCIMENTO: 20/08/2019

TO:

compesa
 ATENDIMENTO: 0800-0810195
 VAZAMENTOS: 0800-0810185





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0116001100**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/04/2018** às **16:27**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/3/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SESSENTA E SETE, 1** - Bairro: **RIO DOCE** -
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DA MOTOCICLETA PGS4455 (AUTOR \ AGENTE)
CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DA MOTOCICLETA PGS4455

OMISSÃO DE SOCORRO - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **16/3/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SESSENTA E SETE, 1** - Bairro: **RIO DOCE** -
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DA MOTOCICLETA PGS4455 (AUTOR \ AGENTE)
CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DA MOTOCICLETA PGS4455

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

CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELIFALETE DUARTE DE OLIVEIRA** Pai: **CLAUDECINO DUARTE DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **25/7/1978** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA ALTO DO RESERVATORIO, 354, CONTATO Nº 984755644 - CEP: 55000-000 - Bairro: BREJO DA GUABIRABA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

CONDUTOR DA MOTOCICLETA PGS4455 (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

[tps://security.sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=116&idOc=7038079&nroBO=18E0116001100&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE%2](https://security.sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=116&idOc=7038079&nroBO=18E0116001100&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE%2)



Categoria/marca/modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFD6639** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

VEÍCULO 2 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DA MOTOCICLETA PGS4455**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGS4455** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE ESTAVA CONDUZINDO O VEÍCULO 1 QUANDO O VEÍCULO 2 SURTIU NA CONTRAMÃO E COLIDIU DE FRENTE COM ESSA VÍTIMA. OS DOIS CAÍRAM AO CHÃO, O ACUSADO APARENTEMENTE EMBRIAGADO, SE LEVANTOU E FUGIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. ESSA VÍTIMA FOI ATENDIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS E FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL HAP VIDA DO ESPINHEIRO (URGÊNCIA) E LA FORAM FEITOS OS PROCEDIMENTOS EMERGENCIAIS.

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

CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **DENY PEREIRA GOMES FIGUEIREDO** - Matrícula: **2213133**





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000425 Div. Op.

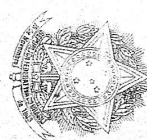
Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA , 39 anos, BRASILEIRA (a), SOLTEIRO(a), RG nº 4698199 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 008.246.084-10, residente à RUA ALTO DO RESERVATORIO , nº 00354, , BREJO DA GUABIRABA , RECIFE -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 16/03/2018, por volta das 16:46 hs, no endereço: RUA 67, SN, RIO DOCE OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA PRETA PFD6639-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA , inscrito sob o CPF nº 008.246.084-10 e Registro Geral ° 4698199, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 951006-0 SILVA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DO ESPINHEIRO. Registrado(a) com o prontuário nº 1150806. Ficou aos cuidados do médico EULINO ALVES, registro 11699. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 02/04/2018

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 2018APH000425

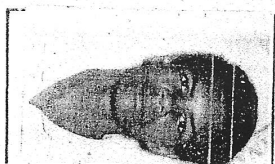
Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA NACIONAL DO TRABALHO - SNT
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 47368
Série 00046



*Claudio Duarte
de Oliveira*
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Claudio Duarte de Oliveira*

Loc. Nasç. *R. 1* Est. *PE* Data *25/07*
Filiação *Elvandesma Duarte de Oliveira*
Doc. nº *191435* Data *12/12/11*
ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
Exp. cm. Estado
Obs.

Data Emissão *16.09.54*
Assinatura do Funcionário *[Assinatura]*
Gente Administrativa
Identidade - 284.7503

Doc. Nasç. Doc. Est. Doc. Est. Doc. No. D. N. D.



INVESTING AS GAMES

№ 013433271690

EXERCICIO

2017

2000

10

74

11071064281

CASOLINA

2010 2010

PREFACE

十、本報社址：重慶市中二路

卷之四

10

1998

ALFONZO

[illegible]

RESEARCH

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

13433271690 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DO RESERVATÓRIO 354 52091-210

DESICCANTS, RECIPE-PR

MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VESTIBULAR

SAC DPVAT 0800 022 1204

31/07/17

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

3 125 FAN

02AR084281

FÁRIO —

10

100

LADO

INDER - DPVAT

—

LABORIO

[illegible]

ABR / 2013

Assinado eletronicamente por: DANIELA SIQUEIRA VALADARES - 06/11/2019 17:25:35
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110617253562900000052691513>
 Número do documento: 19110617253562900000052691513



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 12871 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 026A. CIRCUNSCRICAO - RIO DOCE
Ofício nº: 189 / 2018 Data 12 / 4 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DIRETORIA INTEGRADA METROPOLITANA - DIM

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 10:26 do dia 12 de Abril de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA filho(a) de CLAUDECINO DUARTE DE OLIVEIRA e de ELIFALETE DUARTE DE OLIVEIRA, de cor NÃO INFORMADO, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Solteiro (a), apresentando a idade de 39 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 4698199, profissão NÃO INFORMADO, endereço RUA ALTO DO RESERVATORIO, nº 354, complemento: NÃO INFORMADO, bairro BREJO DA GUABIRABA, telefone/s (81)8475-5644, RECIFE - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Refere o periciando que foi vítima de acidente motociclistico no dia 16/03/18. Foi socorrido ao Hospital do Espinheiro. Trouxe cópia da ficha de atendimento deste Hospital que diz: vítima de colisão moto com moto há 1 h. Nega vômitos ou desmaio. Dor e edema em punho e mão esq. Rx- fratura desviada e rodada do 3o metacarpo esq".

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Presença de aumento do volume em dorso da mão esquerda: Flexoextensão dos dedos da mão esquerda preservada ativa e passivamente, sem limitação funcional, sem desvio rotacional ou angular.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Periciando vítima de acidente motociclistico com fratura fechada do 3o metacarpo esquerdo submetido a tratamento conservado. Encontra-se reabilitado.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar):
Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Não.

Página 1 de 2



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

27/03/2018 15

Paciente: CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA Dt. Nasc.: 25/07/1978 Atendimento: 15150806 Prontuário: 6292656
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300212/6

Profissional(is): Eulinda alves coutinho CRM 116899 [1] Nº: 03421810 16/03/2018 às 18:19

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISAO DE MOTO COM MOTO HA 1 HORA - [1]
NEGA VOMIDOS OU DESMAIO
CONSCIENTE E ORIENTADO
SOCORRIDO PELO CB- OCORRENCIA- 1150352
DOR E EDEMA DE PUNHO E MAO ESQ

CID10

M255 DOR ARTICULAR [1]

DIAGNOSTICO

CID10

M255 DOR ARTICULAR [1]

CID10

M255 DOR ARTICULAR [1]



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

27/03/2018 15:07

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA Dt. Nasc.: 25/07/1978 Atendimento: 15150806 Prontuário: 6292656
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA - HIE Leito: 300212/6

Profissional(is): eulino.alves.coutinho.CRM 11699-[1] Nº: 08422321 16/03/2018 às 18:53

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANAMNESE

Queixa Principal

RX= FRATURA DESVIADA E RODADA DO 3 METACARPO ESQ
FEITO SADT PARA O AMBULATORIO DE MAO EM CARATER DE
PRIORIDADE

[1]

CID10

S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO

[1]

CID10

S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO

[1]

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

[1]



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

27/03/2018 15:07

Paciente: CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 25/07/1978	Atendimento: 15150806	Prontuário: 6292656
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300212/6	
Profissional(is): eulino alves coutinho CRM 11699 [1]	Nº: 08422489	16/03/2018	às 19:05
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			
ANAMNESE			
Queixa Principal	CURATIVO		[1]
CID10	ESCORIAÇÕES EM PERNA E EM JOLEHOS		
	S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID10	S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO		[1]
CID10	S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO		[1]



RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: eulino alves coutinho

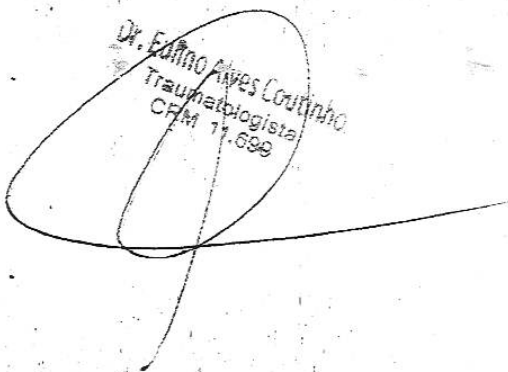
Paciente: CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA

Data do Atendimento: 16/03/2018

RECEITA

PROFLAM _____ 01CX

TOMAR 01 COMP DE 12/12H


Dr. Eulino Alves Coutinho
Traumatologista
CRM 11.699

RP3000N



ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA** às 18:57 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **15 (QUINZE)** dias,
a partir de 16/03/2018 , tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S623

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

eulino alves coutinho

CRM 11699

Aceito a Colocação do CID. Assinado us

Código de Autenticação : BXFSQ38A0P3P1

Solicitacao da Senha : 16/03/2018 18:17:16





ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

R DO ESPINHEIRO, 222 - ESPINHEIRO
52020-002 RECIFE - PE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: eulino alves coutinho

Paciente: CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA

Data do Atendimento: 16/03/2018

RECEITA

PROFLAM-----01CX

TOMAR 01 COMP DE 12/12H

Dr. Eulino Alves Coutinho
Traumatologista
CRM 11.699

RP3000N





ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

R DO ESPINHEIRO, 222 - ESPINHEIRO

52020-002 RECIFE - PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA** às 18:57 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **15 (QUINZE)** dias,
a partir de 16/03/2018, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S623

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico
Eulino Alves Coutinho
Traumata

eulino alves coutinho

CRM 11699

Aceito a Colocação do CID. Assinado us

Código de Autenticação : BXFSQ38A0P3P1

Solicitacao da Senha : 16/03/2018 18:17:16

R3002

EULINO ALVES COUTINHO

16/03/2018 18:57

10.1.32.204





ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

R DO ESPINHEIRO, 222 - ESPINHEIRO
52020-002 RECIFE - PE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: eulino alves coutinho

Paciente: CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA

Data do Atendimento: 16/03/2018

RECEITA

PROFLAM-----01CX

TOMAR 01 COMP DE 12/12H

Dr. Eulino Alves Coutinho
Traumatologista
CRM 11.699

RP3000N

EULINO ALVES COUTINHO

16/03/2018 18:56

10.1.32.204





ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

R DO ESPINHEIRO, 222 - ESPINHEIRO

52020-002 RECIFE - PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA** às 18:57 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **15 (QUINZE)** dias,
a partir de 16/03/2018, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S623

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico
Eulino Alves Coutinho
CRM 11.699

eulino alves coutinho

CRM 11699

Aceito a Colocação do CID. Assinado us

Código de Autenticação : BXFSQ38A0P3P1

Solicitação da Senha : 16/03/2018 18:17:16

R3002

EULINO ALVES COUTINHO

16/03/2018 18:57

10.1.32.204



SP/SADT

http://www.hapvida.com.br/autoriza/guia/guiaSpSad.php?sequencia=MY1NTY3NDg=&s...

divida

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA -

SP/SADT

2- Nº 26556748

registro ANS

3- Nº Guia Principal

4- Data da Autorização

5- Semáforo

6- Data de Validade da Semáforo

7- Data de Emissão da Guia

OS DO BENEFICIÁRIO

9- Plano

10- Validade da Carteira

11- Nome

12- Número do Cartão Nacional de Saúde

OS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14- Nome do Contratado

15- Código CNES

Nome do Profissional Solicitante

17- Conselho Profissional

18- Número no Conselho

19- UF

20- Código CBO S

OS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS EXAMES SOLICITADOS

22- Cálculo da Solicitação

23- CID 10

24- Indicação Clínica

Distância da Solicitação

E- Emissão U- Urgência / Emergência

27- Descrição

28- Qtd Solic. 29- Qtd Autor.

Atividade de Medicina

OS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31- Nome do Contratado

32- T-Log

33-34-35- Logradouro - Número - Complemento

36- Município

37- UF

38- Cód IBCE

39- CEP

40- Código CNES

Código da Operadora / CNPJ / CPF

41- Nome do Profissional Executante / Complemento

42- Conselho Profissional

43- Número no Conselho

44- UF

45- Código CBO S

46- Grau de Participação

OS DO ATENDIMENTO

47- Indicação de Atendente

48- Tipo de Sessão

49- Retorno 2- Retorno SADT 3- Referência 4- Internação 5- Alta 6- Obito

Tipos de Atendimento

01- Remissão 02- Pequena Cirurgia 03- Terapias 04- Consulta 05- Exame 06- Atendimento Domiciliar

07- SADT Internado 08- Quimioterapia 09- Radioterapia 10- TRS- Terapia Renal Substitutiva

11- Tipo de Sessão

12- Grau de Participação

SOLICITANTE

50- Tempo de Doença

51- A- Anos M- Meses D- Dias

CEMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52- Hora Inicial

53- Hora Final

54- Tab

55- Código do Procedimento

56- Qtd

57- Red / Acréscimo

58- Valor Unitário - R\$

59- Valor Total - R\$

Data e Assinatura de Procedimentos em Série

3- 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12-

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12-

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12-

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12-

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12-

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12-

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12-

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12-

Observação

Total Procedimentos - R\$

66- Total Taxas e Aluguéis - R\$

67- Total Materiais - R\$

68- Total Medicamentos - R\$

69- Total Diárias - R\$

70- Total Casos Medicinais - R\$

71- Total Geral da Guia - R\$

ANS nº 388233		43844415		7 - Data de Emissão da C	
DADOS DO BENEFICIÁRIO		9 - Plano		10 - Validade da Carteira	
8 - Número da Carteira 53229000092003		NOSSO PLANO XII - 700370996		11 - Nome CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA	
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE		14 - Nome do Contratado		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
13 - Código na Operadora/CNPJ/CPF				15 - Código CNES	
16 - Nome do Profissional Solicitante LUIS FILIPE SILVA LESSA FERREIRA		17 - Conselho Profissional CRM		18 - Número no Conselho 18776	
DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS		22 - CID 10		24 - Indicação Clínica POS FRATURA DE METACARPO ESQUERDO - GANHO DE ADM	
21 - Data/Hora da Solicitação 07/04/2018 11:24		22 - Caracter da Solicitação E - Eletivo U - Urgência/Emergência		23 - CID 10	
25 - Tabela 26 - Código do Procedimento 1 1992 25050010		27 - Descrição ALTERAÇÕES DE ORDEM REUMÁTICAS AFETANDO UM MEMBRO		28 - Data de Solicitação 07/04/2018	
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE		31 - Nome do Contratado		32 - T. Log.	
30 - Código na Operadora/CNPJ/CPF		33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento		36 - Município	
40a - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exm. Complementar		41 - Nome do Profissional Executante/Complementar		42 - Conselho Profissional	
DADOS DO ATENDIMENTO		43 - Número no Conselho		44 - UF	
46 - Tipo de Atendimento 01 - Remissão 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Remissão 08 - Quiroterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva		47 - Indicação de Admissão 1 - Admissão ou Doença relacionada ao trabalho 2 - Transito 3 - Outros		48 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 4 - Internação 5 - Alta 6 - Outros	
49 - Tipo de Doença		50 - Tempo de Doença		51 - Data	
PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS		52 - Hora Inicial		53 - Hora Final	
54 - Tab		55 - Código do Procedimento		56 - Data	
57 - Qtd.		58 - Via		59 - Toc	
60 - %Red. /Acrescimo		61 - Valor Unitário - R\$		62 - Valor Total - R\$	
63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série		64 - Observação		65 - Total Procedimentos - R\$	
66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$		67 - Total Materiais - R\$		68 - Total Medicamentos - R\$	
69 - Total Diárias - R\$		70 - Total Gases Médicos - R\$		71 - Total Geral da	
72 - Data e Assinatura do Prestador de Serviço		73 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		74 - Data e Assinatura do Prestador Excecuto	
75 - Data e Assinatura do Solicitante		76 - Data e Assinatura do Solicitante		77 - Data e Assinatura do Solicitante	

Assinado eletronicamente por: DANIELA SIQUEIRA VALADARES - 06/11/2019 17:25:36



ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLAUDIO DUARTE DE OLIVEIRA
às 09:50 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho
por 15 (QUINZE) dias, a partir de 24/03/2018, tendo como causa do
atendimento

S623

Código da Doença

Local e Data

Dr. Luis Felipe Lessa
CRM 18764-E/RS
Cirurgião de Mão / Ortopedista
24/03/2018

Assinatura do Médico

FILIPELF

Autenticação: BQBJY38A0F3K0

24/03/2018 09:53



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente.....: Claudio Duarte De Oliveira
Nº Carteira.....: 53229.000092/00-3/02-1
Endereco.....: R R Girassol 124 RECIFE PE
Data Atendimento: 28/04/2018 08:11

R E C E I T A

SULFADIAZINA PRATA (GENÉRICO) PRATI, DONADUZZI Creme derm 10mg/g bg al 120g - 1 BISNAGA
- 3X/Dia - durante 1 Semana(s) (TÓPICO)

Dr. Luis Filipe Lessa
Cirurgião de Mão / Microcirurgião
CRM 18776 PE

Dr(a). Luis Filipe Silva Lessa Ferreira
CRM 18776 PE

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HAPC RECIFE - R Do Espinheiro 119 RECIFE PE

