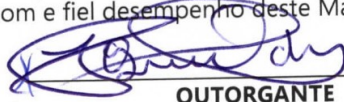


PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSENILDA CARLOS PEREIRA DELIMA Brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRA, profissão: PEDREIRA, portador (a) do RG nº 4784144, e CPF nº 94983895434, residente e domiciliado(a) na Rua R. CARLOS LIMA CAVALCANTE, 4306, CAIÇA, Cidade: OLINDA, CEP: 53040000, Tel./Whatsapp: 987706332, E-mail: _____

OUTORGADOS: **RODRIGO ALVES DIAS**, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 23.351 e **THIAGO FELIPE DIAS DE MELO**, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 53.167. Ambos com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n. 330, Salas 06/07, Recife – PE, CEP 50750-630.

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, inclusive requerer os benefícios da justiça gratuita em favor do seu constituinte, 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.


OUTORGANTE

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.

OLINDA 04 DEZEMBRO de 2020

CONTRATANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, JOSE NILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA,
brasileiro (a), profissão: FEDREIRO, carteira de
identidade/RG nº 4784144, inscrito (a) no CPF sob o nº
94983895434, residente e
domiciliado (a)
AV CARLOS LIMA CAVALCANTE, 4308, CASACIADA OLINDA - PE, CEP:
53040000 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
requero os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da lei
1060/50.

OLINDA, 04 de DEZEMBRO de 2020.


Declarante



Itaúcard



CTC RECIFE PE PL2 PC 10
MARIA DE LOURDES DA SILVA
AV GOV CARLOS DE LIMA CAVALCANTE 4308
CASA CAIADA
53040-000 OLINDA - PE



Postagem: 01/04/2019
Vencimento: 12/04/2019
Emissão: 29/03/2019
Fechamento próxima fatura: 07/05/2019

Titular: MARIA DE LOURDES DA SILVA
Cartão: 5274.XXXX.XXXX.4583

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	6.616,82
Pagamento efetuado em 12/03/2019	- 6.616,00
Saldo financiado	0,82
Encargos (financiamento + moratório)	0,53
Lançamentos atuais	7.689,81
Total desta fatura	7.691,16

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude agora para a Fatura Digital! Acesse: itau.com.br/cartoes/cadastre-fatura-digital

Vencimento
12/04/2019

A) pagamento total R\$
7.691,16

B) pagamento mínimo* R\$
1.153,68
+ 12x 992,60

Veja outras opções de
parcelamento na
2ª folha dessa fatura

* Você pode pagar qualquer valor acima de R\$ 1.153,68. O que restar para o valor total será parcelado em 12X, com encargos.

B) Pagamento mínimo: o valor pago será considerado como entrada de um financiamento, e o saldo restante será dividido em parcelas fixas com juros iguais ao do parcelamento (Parcelas Fixas) da fatura. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo para financiamento, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limite de crédito compartilhado R\$

Limite total de crédito	17.600,00
Limite utilizado no mês	16.293,26
Retirada de recursos País (saque)	520,00
Retirada de recursos Exterior (saque)	7.020,00

Lançamentos: compras e saques

ANA P P LIMA (final 1020)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
01/08	IBYTE COM 08/10	201,61
18/08	MORADIA RECIFE	
18/08	RICARDO ELETRO 90008/10	199,66
	VESTUÁRIO OLINDA	
16/11	HOME CENT 05/10	157,09
	MORADIA OLINDA	
21/11	IMPERIO R 05/05	93,48
	MORADIA RECIFE	
14/12	PAG*Vocemaisbela 04/04	78,01
	DIVERSOS OLINDA	
15/12	JUNIOR MAGAZINE 04/10	111,01
	VESTUÁRIO RECIFE	
15/12	SULANCA DO CACA 04/05	75,00
	VESTUÁRIO RECIFE	

Compra presencial
com o uso do cartão e senha.

Continuar



Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75884 03100.702525 50040.380003 2 000

Nome do Documento: 00088031007/0018838
Nome do Pagador/CPF/CNPJ: MARIA DE LOURDES DA SILVA - 808.709.294-53
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ: BANCO ITAUCARD S.A. - 17.192.451-0001-70
Endereço do Beneficiário: ALAMEDA PEDRO CALIL, 43, CENTRO - POA - SP

Nosso Número: 175/88031007-0
Valor do Documento: R\$ 7.691,16
Vencimento: 12/04/2019
Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7	34191.75884 03100.702525 50040.380003 2 000	
Local de Pagamento: Pague sua fatura em qualquer banco, mesmo após a data de vencimento. Dê preferência para o pagamento até a data de vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.				
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço: BANCO ITAUCARD S.A. - 17.192.451/0001-70 ALAMEDA PEDRO CALIL, 43, CENTRO - POA - SP				
Data do Documento: 12/04/2019	Número do Documento: 00088031007/0018838	Especie DOC: FT	Assete: N	Data do Processamento: 29/03/2019
Valor do Documento: 175	Carteira: 175	Especie: R\$	Quantidade:	Valor: R\$ 7.691,16
Instruções de responsabilidade do beneficiário: Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (i) Pagar quantia, a partir do valor constante em Pagamento Mínimo, financiando o restante da Fatura em parcelas iguais, com os mesmos juros de Parcelas Fixas; (ii) optar por uma das opções de Parcelas Fixas disponíveis na 2ª folha da sua fatura, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento.				
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP: MARIA DE LOURDES DA SILVA - 808.709.294-53 AV GOV CARLOS DE LIMA CAVALCANTE 4308 - CASA CAIADA - 53040-000 OLINDA - PE Sacador Avalista:				



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 07/12/2020 13:13:41

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120713134132700000070737330

Número do documento: 20120713134132700000070737330



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0114004222**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/05/2019** às **17:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/2/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 1** - Bairro: **PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORES (AUTOR \ AGENTE)
JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA**



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

JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA Data de Nascimento: **25/9/1975** Naturalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4784144/SSP/PE (RG), 94983895434 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO**
Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares:
- **996455752**
- **985102808**

Endereço Residencial: **AVENIDA GOVERNADOR CARLOS DE LIMA CAVALCANTE, 4308, V TRAVESSA - CEP: 55000-000 - Bairro: CASA CAIADA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB300R** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFV2767** (PERNAMBUCO/OLINDA)
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

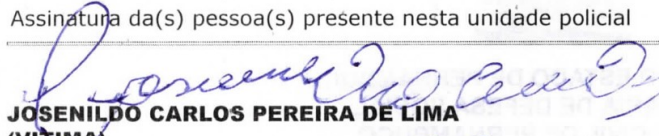
O NOTICIANTE VEIO REGISTRAR O ACIDENTE DE TRANSITO AO QUAL FORA VITIMA QUANDO NA DATA E LOCAL MENCIONADOS ELE CONDUZIA SUA MOTO E COLIDIU CONTRA UM CAVALO QUE ATRAVESSOU A

03/05/2019 06:59



VIA NA SUA FRENTE FAZENDO PERDER O EQUILIBRIO E CAIR COM A MOTO EM CIMA DE UM BLOCO DIVISÓRIO DA VIA (GELO BAIANO). A VITIMA DECLAROU QUE APOS O ACIDENTE ELE PROPRIO FOI ATE A CLINICA AMAURY COUTINHO PEDIR SOCORRO MEDICO DE LA FORA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO NO HOSPITAL ARMINDO MOURA.

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


JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **MAURO CESAR BRANDAO** - Matrícula: **221139-4**



03/05/2019 06:59



R136 - Ficha de Cirurgia

Atendimento: 320089	Aviso: 24459	RG.: 4784144
Paciente: 1620326	JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA	CPF.: 94983895434
Idade: 43 Anos e 10 Meses	Telefone: 987706332	Enfermaria: ENFERMARIA 03
Plano: SUS - DEMANDA		Acomodação: LEITO 03
Previsto	Data: 01/08/2019	Início: 06:00
		Duração: 00:30

Diagnóstico Pré-Operatório**Cirurgia(s) Realizada(s):**

Cirurgia Principal: RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE TRAT CIRURGIC

Data: 01/08/2019 Início: 14:10 Fim: 14:40

Anestesia:

RAQUE COM SEDAÇÃO

Início: 14:05 Fim: 14:50

Equipe Cirurgica:

Cirurgião:	ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA	Anestesista:	ADRIANA SIMPLICIO SIMOES
1º Auxiliar:		Aux Anest:	
2º Auxiliar:		Consultor:	
3º Auxiliar:		Perfusionista:	
4º Auxiliar:		Pediatra:	
Instrument.:		Intensivista:	

Diagnóstico Pós-Operatório**Descrição****Cirurgia Realizada**

1. QUADRICEPSPLASTIA
2. RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE DO JOELHO ESQ
3. MANIPULAÇÃO ARTICULAR

Descrição

- 1) PCT ANESTESIADO E GARROTEADO
- 2) ASSEPSIA E CAMPOS
- 3) ACESSO ANTERIOR COM RETIRADA DE GRANDE QTDE FIBROSE E TECIDO CICATRICAL;
- 4) QUADRICEPSPLASTIA +RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE ;
- 5) MANIPULAÇÃO ARTICULAR DO JOELHO;
- 6) LAVAGEM COM SORO; SUTURAS;
- 7) CURATIVOS

Intercorrências / Observações

Assinatura do médico _____

Hospital Memorial Armino Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Rua Celso Campelo, S/N-Moreno-PE



Registro N° 1195 Hora: 08:05 Recepcionista Silene
Unidade de Saúde: 169 Distrito Sanitário: II Data: 05/02/19

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome: Josemildo Carlos Pereira de Lima

Data de Nascimento: 25/09/75 Sexo: ☒ M - Masc. () F - Fem. () - Ignorado
Raça/Cor: ☐ 1-Branca ☐ 2-Preta ☒ 3-Parda
☐ 4-Amarela ☐ 5-Indígena

Estado Civil: Escolaridade: Profissão:

Nome da Mãe: Maria de Lourdes da Silva

Endereço: R. 5ª trav. da Rua Am, 33 Número: Complemento: CEP:

Bairro: Rio de Janeiro Município: Olinda UF: PE

Acompanhante: F- Procedência: Meio de Transporte:

HDA: Sofreu queda de moto e tomou
no acidente e ficou exposto
→ por 2 segundos.

Vacinas atualizadas Sim () Não () Não trouxe o cartão ()

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Veículo: Automóvel () Ônibus () Moto () Outro () Qual? Ignorado ()
Fator de proteção: Cinto / Capacete Sim () Não () Ignorado ()
Modo: Atropelamento () Colisão () Capotagem () Outro () Qual? Ignorado ()
Indo / Voltando do trabalho: Sim () Não () Ignorado ()

ACIDENTE DE TRABALHO

Origem: Const. Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Outro () Qual? Ignorado ()
Local de Trabalho: Órgão: Endereço:

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Intoxicação Acidental () Queda Acidental () Afogamento () Queimaduras () Choque Elétrico ()
Outro () Qual? Ignorado ()

AGRESSÃO

Por: Arma de Fogo () Arma Branca () Espancamento () Outro () Qual? Ignorado ()
Modo: Assalto () Briga () Ação Policial () Agressão Sexual () Outro () Qual? Ignorado ()

AUTO AGRESSÃO () / SUICÍDIO ()

Por: Arma de Fogo () Enforcamento () Drogas () Queda do Nível () Outro () Qual? Ignorado ()

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Via Pública () Domicílio () Ambiente de Trabalho () Escola () Outro () Qual? Ignorado ()

Observações:

Exame Físico:

A: Geral Peso: Estatura: Temp: °C

B: Respiratório



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 464226

Usuário: ELISAMASP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA
Idade: 43a 4m 13d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 25/09/1975
Profissão: Escolaridade: CEP 53090093
R.G.: 4784144 C.P.F.: 94983895434 Telefone: - OLINDA - PE
Endereço: RUA UM, 350 - RIO DOCE
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 06/02/2019 11:00
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-02
Médico Internação: FABIO NEUMANN KAUFFMAN

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: - Numero:
Telefone: Cidade: Estado civil :

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 6/2/19 Hora da Alta: :

Motivo: ☐ Melhorado ☐ A Pedido ☒ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: BOAS

Diagnóstico Principal.....: Fmt. de PORCET 58g

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....: 1 por F6 No 210

Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 16863 - TEOT 12551
Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 06 de fevereiro de 2019

Joldina Ana Ferreira Nogueira
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Número da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

hora retirada da senha: 05/02/2019 10:56

Nome Paciente: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA
Cód. Paciente: 122703
Data de Nascimento: 25/09/1975
Sexo: Masculino
Idade: 43
Senha: 0017
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 464033
SAME: 109567

Período: 05/02/2019 11:28 - 05/02/2019 11:31

FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE PROVENIENTE DA POLICLINICA AMAURY COUTINHO COM RELATO DE COLISÃO MOTO - CAVALO, COM HD DE FRATURA DA PATELA ESQUERDA HÁ APROXIMADAMENTE 3 HORAS. ESCORIAÇÃO EM MSE COM CURATIVO OCLUSIVO

Observação:

NEGA HAS, DM E ALERGIAS.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Eliminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Senha 5613500.

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 6
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG

REVISADO
MEDI HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Enfermeiro

Acolhido(a) por: FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/02/2019 11:31

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 07/12/2020 13:13:41

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120713134163300000070737366>

Número do documento: 20120713134163300000070737366

Num. 72154514 - Pág. 4

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA REG: 122703
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

DATA/HORA	
5/2/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
15:55H	PACIENTE DE 43 ANOS REFERE TER SIDO VITIMA DE COLISÃO MOTO X CAVALO VEM ENCAMINHADO PELA UNIDADE AMAURY COUTINHO, REFERE DOR EM JOELHO ESQUERDO COM COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO. PACIENTE NEGA COMORBIDADES, NEGA OUTROS SINTOMAS AO EXAME: REG, LOTE, EUPNEÍCO, NORMOCARDICO, NORMOCORADO, HIDRATADO TEC <2S, COM TALA JOELHEIRA EDEMA +/4+, SEM SINAIS DE SINDROME COMPARTIMENTAL RADIOGRAFIA: FRATURA DE PATELA ESQUERDA HD: FRATURA DE PATELA ESQUERDA CONDUTA: INTERNO + SOLICITO EXAMES SOB ORIENTAÇÕES DE DR FABIO KAUFMAN
06/02/2019	#807
11h	HD: As mesmas Paciente segue estável, sem queixas sem intercorrências Ao exame: REG, LOTE, eupneico, normocardico TEC <2S

Conduta: solicito exames
Bloco amanhã

Dr. Hudysn Oliveira Rocha
Médico
CRMPE 26.720

Dr. Hudysn Oliveira Rocha
Médico
CRMPE 26.720



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Jorge dos Santos Pereira REG: 122703
IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO ____/____/____ DATA DA ALTA 06/02/19
DIAGNÓSTICO: _____

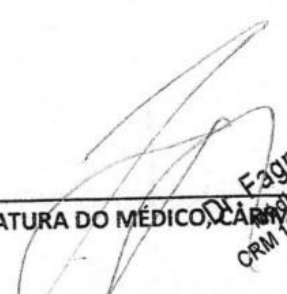
TRATAMENTO REALIZADO:

Exames de laboratório

ORIENTAÇÃO:

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM () NÃO ()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____


ASSINATURA DO MÉDICO _____

Wagner Athayde
Ortopedista
TEOT 12551
CRM 16400 E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS





Nome: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA (1620326)

Admissão: 304788

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA é portador do diagnóstico: <<FRATURA PATELA ESQ>>.

CID: <<S820>>

Permaneceu internado do dia 07/02/2019 a 15/02/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 14/02/2019.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 120 CENTO E VINTE) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial.

Moreno, 15/02/2019.

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA – CREMEPE: 17606

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

01 – Cópia autenticada para a empresa

01 – Cópia simples fica com o paciente

A declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 14/02/2019 as 14:15

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB 66131 CRM-PE 17806
SBOT 12614

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM: 17606



Atendimento: 304788 Entrada: 07/02/2019 Hora: 10:36
Acomodação: LEITO 01
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsavel:
Médico Resp: RENATA HIRSCHLE GALINDO

Enfermaria: ENFERMARIA 04
Permanência: 7 Dia(s), 21 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 898005148322308

Paciente: 1620326 JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA
Nascimento: 25/09/1975 (43 Anos e 4 Meses)
Endereco: RUA UM
Bairro: RIO DOCE C.E.P.: 53070-400
Cidade: 2609600 OLINDA
Pai: ANTONIO CARLOS PEREIRA DE LIMA
Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 94983895434
Identidade: 4784144 - SSP - PE
Telefone: / 987706332
G.Instrução:
Ocupação: PEDREIRO
Naturalidade: CARPINA

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 07/02/2019 - 11:55

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATA HIRSCHLE GALINDO CRM 19748)

Queixa do paciente:

transferido dpo hosiptal miguela rraes para tratamento cirurgico - com tomografia
nega alergias e comorbidades
trauma: 05.02.2019 queda de moto

Exame físico:

escoriações em, antebraço e joelho esquerdo sem sinais de infecção
boa perfusao distal
rxjoelho - fratura cominuta de patela

Hipótese diagnóstica:

fratura patela esquerda

Prescrição/Conduta:

	Horario/Checagem
01 - internamento	
02 - tala coxopodalica	
03 - pr-eop	
04 - p cardio	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Memorial Armino Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone:(81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N-Moreno-PE

Página 1 de 2



R136 - Ficha de Cirurgia

Atendimento: 304788 Aviso: 22272
Paciente: 1620326 JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA
Idade: 43 Anos e 7 Meses Telefone: 987706332
Plano: SUS - ELETIVAS
Previsto Data: 14/02/2019 Início: 04:00 Duração: 00:30

RG: 4784144
CPF: 94983895434
Enfermaria: ENFERMARIA 04
Acomodação: LEITO 01

Diagnóstico Pré-Operatório

Cirurgia(s) Realizada(s):

Cirurgia Principal: TRAT CIR DE FRAT DA PATELA POR FIX INTERNA

Data: 14/02/2019 Início: 13:10 Fim: 13:40

Anestesia:

RAQUE COM SEDAÇÃO

Início: 13:05 Fim: 13:50

Equipe Cirúrgica:

Cirurgião: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

Anestesista: ADRIANA SIMPLICIO SIMOES

1º Auxiliar: _____

Aux Anest: _____

2º Auxiliar: _____

Consultor: _____

3º Auxiliar: _____

Perfusionista: _____

4º Auxiliar: _____

Pediatra: _____

Instrument: _____

Intensivista: _____

Diagnóstico Pós-Operatório

Descrição

Diagnóstico Pré-Operatório
FRATURA DE PATELA ESQ

Cirurgia Realizada
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PATELA +QUADRICEPSPLASTIA + TENOPLASTIA PATELAR +
ARTROTOMIA DE JOELHO

Diagnóstico Pós-Operatório
O mesmo

Acidentes
Não houve

Descrição

- 1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- 3- INCISÃO ANTERIOR EM JOELHO DIREITO
- 4- DIVULSAO POR PLANOS ATE FOCO DE FRATURA COM ARTROTOMIA DE JOELHO PARA ACESSO ARTICULAR
- 5- VISUALIZADA FRAGMENTO PEQUENO E COMINUTO EM POLO PROXIMAL DA PATELA
- 6- REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM BANDA DE TENSÃO EM 8 E CIRCULAR
- 7- REALIZADA TENOPLASTIA DE TENDÃO PATELAR COM LESÃO PARCIAL
- 8- QUADRICEPSPLASTIA COM ALONGAMENTO
- 9- LIMPEZA C SF 0,9%
- 10- SUTURA POR PLANOS
- 11- CURATIVO

Materiais Prosmad

Intercorrências / Observações

Assinatura do médico _____

Hospital Armindo Moura
SANE
Série de Arquivo 11/05/2013
Folha 01 de 01
10-PE

R136 - Ficha de Cirurgia

Atendimento: 320089 Aviso: 24459 RG.: 4784144
Paciente: 1620326 JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA CPF.: 94983895434
Idade: 43 Anos e 10 Meses Telefone: 987706332 Enfermaria: ENFERMARIA 03
Plano: SUS - DEMANDA Acomodação: LEITO 03
Previsto Data: 01/08/2019 Início: 06:00 Duração: 00:30

Diagnóstico Pré-Operatório

Cirurgia(s) Realizada(s):

Cirurgia Principal: RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE TRAT CIRURGIC Data: 01/08/2019 Início: 14:10 Fim: 14:4

Anestesia:
RAQUE COM SEDAÇÃO

Início: 14:05 Fim: 14:5

Equipe Cirurgica:

Cirurgião: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA Anestesista: ADRIANA SIMPLICIO SIMOES
1º Auxiliar: _____ Aux Anest: _____
2º Auxiliar: _____ Consultor: _____
3º Auxiliar: _____ Perfusionista: _____
4º Auxiliar: _____ Pediatra: _____
Instrument.: _____ Intensivista: _____

Diagnóstico Pós-Operatório

Descrição

Cirurgia Realizada

1. QUADRICEPSPLASTIA
2. RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE DO JOELHO ESQ
3. MANIPULAÇÃO ARTICULAR

Descrição

- 1) PCT ANESTESIADO E GARROTEADO
- 2) ASSEPSIA E CAMPOS
- 3) ACESSO ANTERIOR COM RETIRADA DE GRANDE QTDE FIBROSE E TECIDO CICATRICAL;
- 4) QUADRICEPSPLASTIA +RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE ;
- 5) MANIPULAÇÃO ARTICULAR DO JOELHO;
- 6) LAVAGEM COM SORO; SUTURAS;
- 7) CURATIVOS

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 SET. 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Graças - Recife / PE - CEP: 52011-040

Intercorrências / Observações

Assinatura do médico _____

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Centro de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Rua Celso Campelo, S/N - Morado-PE

SUS

Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA			6 - Nº Prontuário	122703
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
898005148322308	25/09/1975	Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3	02 - Preta	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA DE LOURDES DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8198417489
13 - Nome Responsável	VALDIRA MARIA FERREIRA			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA UM, 350 - RIO DOCE				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
OLINDA	260960	PE	53090093		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
 PACIENTE DE 43 ANOS REFERE TER SIDO VITIMA DE COLISÃO MOTO X CAVALO VEM ENCAMINHADO PELA UNIDADE AMAURY COUTINHO, REFERE DOR EM JOELHO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO. PACIENTE NEGA COMORBIDADES, NEGA OUTROS SINTOMAS

AO EXAME: REG, LOTE, EUPNÉICO, NORMOCARDICO, NORMOCORADO, HIDRATADO
 TEC <2S, COM TALA JOELHEIRA
 EDEMA +/4+, SEM SINAIS DE SINDROME COMPARTIMENTAL

21 - Condições que justificam a Internação
 AS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
 RAIOS X + EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA ROTULA [PATELA]	S820	Y299	020106002

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA	0408050527		
29 - Especialidade	30 - Carater de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	1	(X) CNS () CPF	980016001207394
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
FABIO NEUMANN KAUFFMAN	05/02/2019	CRM-PE 26.720	14368

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
	Dr. Fagner Athayde Médico Ortopedista CRM 16863 - TEOT 12551	

AIH
261910214647-4

Código do Laudo: 464033



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 07/12/2020 13:13:41

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120713134163300000070737366

Número do documento: 20120713134163300000070737366

Num. 72154514 - Pág. 11

Atendimento: **464033**

Senha da Classificação:

0017

Data e Hora: **05/02/2019 11:00**

Paciente: **122703 JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA** Sexo: **MASCULINO**

Nome Social:

Data do Nascimento: **25/09/1975** Idade: **43 anos** Convenio: **2** SUS - EXTERNO / URGÊNCIA

Nome da Mãe: **MARIA DE LOURDES DA SILVA**

Nome do Pai: **ANTONIO CARLOS PEREIRA DE LIMA**

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Nome do Médico: **PLANTONISTA ORTOPEDIA**

CRM: **12346**

Endereço: **RUA UM**

-- **1 ETAPA**

350

Bairro: **RIO DOCE**

Cidade/UF: **OLINDA**

PE

Usuário Atendimento: **HANNESSAKCCA**

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente vem encaminhado da UPA amarelo contendo após colisão
moto x cavalo com fratura fechada de patela. Nega comorbidades
Nega desmaio e outros sintomas

Exame Físico

REG, LOTE expulso, normocardico, normotensivo
TEC 525 sem sinais de exposição ossea, com esantema
tala joelheira

Hipótese Diagnóstico

fratura de patela esquerda

Prescrição Médica

- 1) Dipirona 51amp + AD EV
- 2) Tramadol 100mg + 100ml Sfo 92, EV, lento
- 3) curativo
- 4) tala
- 5) Raio X + TC

Dr. Hudson Oliveira Rocha
Médico
CRM 123456789

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA (1620326)

Admissão: 304788

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CD: <<S820>>

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 07/02/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 14/02/2019.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA PATELA ESQ

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;
- 4 - RETORNAR DIA ---28/02 AS 07 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 14/02/2019 as 14:15

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 69133 CRM-PE 17606
SBOT 12614

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM: 17606



0101848119

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	5/2/2019	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	5/2/2019
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	JESSENILO CARLOS Pereira de Lima		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Paciente vítima de acidente de motocicleta, a comenda fratura da Pálula esquerd		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):	Paciente sendo submetido a CIRURGIA (CERCLAGEM) FISIOTERAPIA (30 sessões)		
ALTA MÉDICA?	☒ SIM ☐ NÃO		
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	☐ SIM ☒ NÃO		
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:			
☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.			
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA			

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Paciente com edema CR24.00, Rigidez
2º	GRAVE, CLAUDICAÇÃO, atrofia de paravertebrais
3º	IMPORTANTE, déficit grave de força
4º	Síndrome GRAVE e deficiente C6 C7 C8
5º	MIE

AFIRMO QUE ASSISTI E AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 31/05/2019 A 31/05/2019 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

31/05/2019 Ruy

ASSINATURA E CARIMBO



31/05/2019



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190323533

Vítima: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSENILDO CARLOS PEREIRA DE LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003220

Conta: 0000012943-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00665/00666 - carta_15R - INVALIDEZ

00020433

