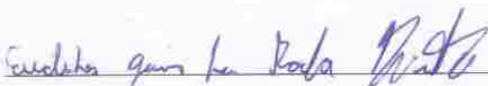


EUDES BRITO
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

Por este instrumento particular **EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO**, brasileiro, solteiro, agricultor, maior, nascido em 20/05/1996, natural de Timbaúba/PE, filho de Gesiel Oliveira Gomes de Souza e de Shesmenia Gomes da Rocha Ferreira, residente e domiciliado na Rua José Alexandre, nº 001, Centro, Machados/PE, CEP-55740-000, portador do RG nº 8.754.302- SDS/PE data de expedição 04/05/2009 e CPF nº 104.256.574-00; nomeia e constitui seu bastante procurador o Bel. **EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB sob nº 15.907, com escritório profissional na Rua Rafael Virgulino de Aguiar, nº 07, 1º andar, Centro, Orobó/PE, portador do RG 3.624.307-SSP/PE e CPF/RF nº 687.511.924-20, para o fim de representá-los em juízo, em qualquer instância ou tribunal em que forem autores, réus, ou assistentes, podendo interpor recursos, contestar, representar em audiência como preposto, requerer todas as medidas que forem necessárias, preparatórias, preventivas ou incidentes, variar de ações e intentar outras de novo, usando dos poderes conferidos pela cláusula “ad judicia” e “et extra”, mais os de desistir, transigir, contestar, agravar, apelar, impugnar, protestar e levantar protestos, firmar compromissos, inclusive o de inventariante, assinar plano de partilha, requerer pagamento de quinhão hereditário, optar, em procedimentos de inventário pelo rito do arrolamento, acompanhando o feito em todas as suas fases processuais; fazer composições e requerer perante entidades públicas, particulares ou associativas o que for preciso para o fiel desempenho das obrigações decorrentes deste mandato, podendo substabelecê-los, com ou sem reserva de poderes. Orobó/PE, 04 de fevereiro de 2019

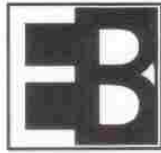
AUTORIZAÇÃO: O outorgante, por motivo deste instrumento, AUTORIZA em favor dos outorgados, a retenção de 20% (vinte por cento) do pagamento relativo ao valor total da condenação ou do acordo a que fizer jus, a título de pagamento dos honorários advocatícios, na ação que moverá contra a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT. Orobó/PE, 04 de fevereiro de 2019.

Outorgante - 

EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO,

Rua Rafael Virgulino de Aguiar, Ed. Aguiar, 1º Andar, Sl. 28 Orobó - PE / (81) 3656-1166 ou (81) 9696-4979 / eudesjbrito@bol.com.br





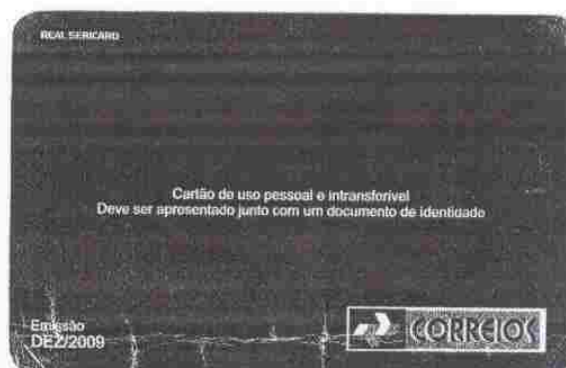
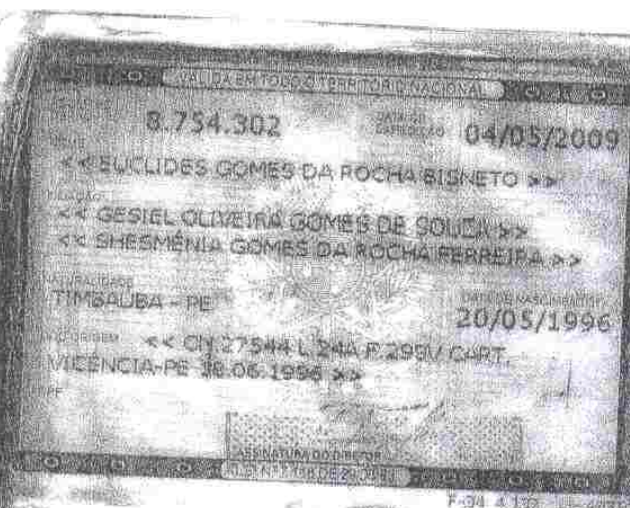
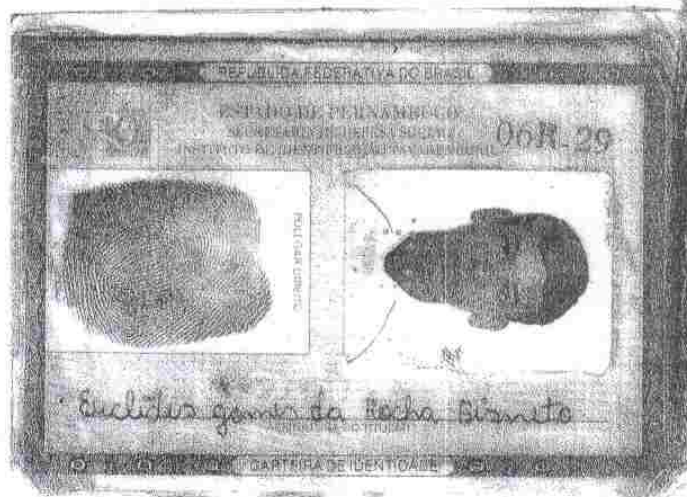
EUDES BRITO
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURIDICA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO, brasileiro, solteiro, agricultor, maior, nascido em 20/05/1996, natural de Timbaúba/PE, filho de Gesiel Oliveira Gomes de Souza e de Shesmenia Gomes da Rocha Ferreira, residente e domiciliado na Rua José Alexandre, nº 001, Centro, Machados/PE, CEP- 55740-000, portador do RG nº 8.754.302- SDS/PE data de expedição 04/05/2009 e CPF nº 104.256.574-00, declaro para os devidos fins de direito e na melhor forma da lei que sou POBRE não dispondo de condições financeiras para arcar com as despesas do processo em defesa de nossos direitos sem que para tanto, não haja sérios prejuízos para nossa própria sobrevivência na forma da lei graciosa 1060/50 e de consonância com os princípios constitucionais esculpidos na Carta Magna de 1988. Declaração esta que presto a bem da verdade e de próprio punho. Orobó/PE, 04 de fevereiro de 2019.

Euclides Gomes da Rocha Bisneto







CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA SILVIO BORBA GUERRA - NUM. - 00075 - CENTRO
MACHADOS PE 55740-000

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: [REDACTED]
JOSEFA EDINEUZA GOMES DA LOCHA FERREIRA
R JOSE ALEXANDRE, N. 00001 - CENTRO MACHADOS PE 55740-000
INSCRIÇÃO: 091.711.001.09511.000 GRUPO 0 DEB AUTOMÁTICO: 014900355

SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL	1			
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (AVE)		
A16N207154	04/05/2018	05/06/2018	REAL		

AGUA:
LEIT ANT: 481 CONSUMO: 1
LEIT ATU: 498
LEIT FAT: 498

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

04/2018 15
03/2018 24
02/2018 22
01/2018 21
12/2017 22
11/2017 16
MÉDIA: 20

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM. A LEGIS.
TURBIDEZ	16	16	16
COR APARENTE	16	16	16
CLORO RESIDUAL	16	16	16
COLIF. TOTAIS	16	16	16
E. COLI	16	16	16

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORME 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	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA		
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	7 M3	33,18

TRANSITO	DATA DE CÁLCULO	PERCENTUAL	VALOR DO MÍNIMO
PS	74,43	1,65	1,23
CORRIG	74,43	7,60	5,66

VENCIMENTO:

TOTAL A PAGAR:

MENSAGEM

DIGA NÃO AO TRÁFICO DE DADOS
CONTEÚDO DISQUE 100





ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº 18E021500173

1ª Parte

Transcrição de registro (Fato)	Unidade Operacional 6ª CIPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 03 / 07 / 2018	Hora do Registro 06:05	Nº da Folha / Total de Folhas 01/02	
	Descrição a Natureza ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL			Aviso de Ocorrências do CIODS Nº -		
	Data (dd/mm/aa) 03/07/2018	Hora (hh:mm) 07:10	x Auditoria Conhecida ☐ Auditoria desconhecida	x Consumado ☐ Tentado	x Culposos ☐ Doloso	☐ Flagrante ☐ Ato Infracional
	Circunscrição do Fato MACHADOS		Local Principal da Ocorrência VIA PÚBLICA			
Dados do Evolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) ESTRADA DE TERRA PLANAGEM					Número
	Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PUBLICA					CEP 55740000
	Município MACHADOS		UF PE	Ponto de Referência SÍTIO CALIFORNIA		
	☒ VÍTIMA ☐ IMPULTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☐ Sim ☒ Não					
	Nome / Razão Social EUCLEDES GOMES DA ROCHA BISNETO					
	Pai GESIEL OLIVEIRA GOMES DE SOUZA					
	Mãe SHESMENIA GOMES DA ROCHA FERREIRA					
	Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil	1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)	
	Data de Nascimento 20/05/1996	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	
	Escolaridade		1. 1º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 7. Não Informado 2. 1º Grau Incompleto 5. Superior Completo 3. 2º Grau Completo 6. Superior Incompleto			
X RG CNH 8.754.302	Órgão Expedidor SDS	UF PE	X CPF 104.256.574-00	Órgão Expedidor SRF	Naturalidade TIMBAUBA-PE	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RUA JOSE ALEXANDRE					Número 0001	
Bairro CENTRO					Complemento Casa	
Altura Aparente []	1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,5m 6. Acima de 1,80m	Peso []	1. Até 20kg 4. 61-80kg 2. 21-40kg 5. 81-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele []	1. Parda 3. Negra 2. Branca 4. Amarela	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão AGRICULTOR		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)		
Dados do Evolvido	☐ VÍTIMA ☐ IMPULTADO ☐ SUSPEITO ☐ XTESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☐ Sim ☒ Não					
	Nome / Razão Social JOSE FERNANDES GOMES DA SILVA					
	Pai MANOEL LAURENTINO DA SILVA					
	Mãe MARIA JOSE DE OLIVEIRA SILVA					
	Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil	1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)	
	Data de Nascimento 18/10/1975	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	
	Escolaridade		1. 1º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 7. Não Informado 2. 1º Grau Incompleto 5. Superior Completo 3. 2º Grau Completo 6. Superior Incompleto			
	X RG CNH NÃO PORTAVA	Órgão Expedidor -	UF -	X CPF NÃO PORTAVA	Órgão Expedidor SRF	Naturalidade MACHADOS - PE
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO CALIFORNIA					Número s/n
	Bairro ZONA RURAL					Complemento Casa
Altura Aparente []	1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,5m 6. Acima de 1,80m	Peso []	1. Até 20kg 4. 61-80kg 2. 21-40kg 5. 81-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele []	1. Parda 3. Negra 2. Branca 4. Amarela	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO MOTORISTA		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		





ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº 18E021500173

1. Data

Fato	Unidade Operacional 6º CIPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 03/07/2018	Hora do Registro 08:05	Nº da Folha / Total de Folhas 02/02		
	Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?				
Modus Operandi	Local de Entrada?		Forma de Entrada?				
	Alterações no Local?		Forma de Evasão?				
	Crimes Sexuais?		Estelionato?				
Objeto Envolvido	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série		
		Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não		
		Qual o motivo do registro do objeto?					
	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série		
		Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não		
		Qual o motivo do registro do objeto?					
	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série		
		Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não		
		Qual o motivo do registro do objeto?					
	Dados do Veículo	Nº	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan
			UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? ☐ Sim ☒ Não	
			Qual o motivo do registro do veículo				
Nº		Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan	
		01	HONDA/NX 150 BROS ES	PRETA	2010	262446170	
		UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? ☐ Sim ☒ Não		
Nº		PE	9C2KD0550BR06847	PFQ 1729			
		Qual o motivo do registro do veículo					
		Envolvido no Acidente de trânsito					
A vítima Euclides Gomes da Rocha Bisneto, estava pilotando a Moto de placa PFQ 1729-PE, de propriedade do senhor Bruno Alexandrer Dias Ferrer de Melo, quando ao cair em um buraco perdeu o controle e caiu, sofreu vários ferimentos, sendo socorrida pela senhora Dayane Maria de Oliveira, para o Hospital Edson Álvares da cidade de Machados e em consequência das gravidades dos ferimentos foi socorrido para outra unidade médica hospitalar.							
Exames Periciados: S. Solicitado R. Realizado							
Responsáveis	Tipo de Exame		Envolvido ☐ S ☐ R	Tipo de Exame		Envolvido ☐ S ☐ R	
	☐ Condutor ☐ Recebedor		Matrícula	Viatura	Unidade		
	Responsável pelo Preenchimento		Interessado(a):		Preenchimento pela Validação		
	Matrícula Nº		Ass.:		Matrícula Nº		
	Ass.:		Ass.:		Ass.:		
	Nome:		Nome:		Nome:		



CENTRO DE DIAGNÓSTICO

COL

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX

- MAMOGRAFIA DIGITAL

- DENSITOMETRIA ÓSSEA

- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA

- ESPECIALIDADES MÉDICAS

- FISIOTERAPIA

- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO, foi vítima de acidente de trânsito no dia 03/07/2018 sofrendo FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO, submetido a tratamento cirúrgico no Hospital Getúlio Vargas (redução cirúrgica e fixação com haste femoral bloqueada retrógrada). Atualmente apresenta ao exame físico limitação da flexão do joelho direito, com atrofia muscular da coxa direita e déficit da força muscular do membro inferior direito. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 21/08/2018


Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 11.730 / RCD: 7334
ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730

Rua Antônio Fernandes Salsa, 314 - José Fernandes Salsa - Limoeiro/PE
Fones: (81) 3628.6133 / 3628.4468 / 3628.0877 / 9.8151.9272
E-mail: col.fraturas@yahoo.com.br





PREFEITURA MUNICIPAL
DE MACHADOS

O Renascer
Uma nova história



HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240

Fone: 3649.1162

FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 03 / 03 / 2018 HORA: 08 : 05 REGISTRO: 00155

NOME: Euclides Gomes da Rocha Bioneto

SEXO: M IDADE: 220 ESTADO CIVIL: solteiro DATA NASC.: 20 / 05 / 1996

ENDEREÇO: Rua José Alexandre

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: o mesmo

QUEIXAS: paciente vítima de acidente

traumático, apresentando lesões

fraturas de membros e

MID

COND.: trauma 1º e 2º + ABD fgs sul ev

- Ao ortopédico (circunferência)

relatório verif

DATA: 5460946



() INTERNAÇÃO () TRANSFERIDO () OBSERVAÇÃO () ÓBITO () ALTA

CÓDIGO PROCEDIMENTO

MÉDICO

RECEPCIONISTA





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

1. Ocorrência da Emergência: 600783

1.1 - Atendimentos em: 03/07/18

1.2 - Às 11 horas e 53 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1090143

2.1 - Internado em: 03/07/18

2.2 - Alta em: 05/07/18

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 03/07/18 = LIMPEZA CIRÚRGICA + OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

DATA: 30.10.2018

HORA: 10:11:14

PASTA: 01.10.2018

TB

RS

Dr. Tadeu Buril
Médico Vascular
CRM 3018 / M.F. 0536683

Dr. Tadeu Buril.



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGENCIA

Nome: EUCLIDES GOMES DA ROCHA

Data Nasc.: 20/05/1966

CPF:

Endereço: R

Bairro: MACHADO

CEP: 5574000

Nome da Mãe: SIME

Acompanhante:

Nome do Conjug

Local de Procedê

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: MACHADO SENHA 5460946 VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Queixa Principal / HDA:

Pa. Cinto no acidente de trânsito e vítima de ferimento
Cinto cortado e ferido no dorso e dor + dificuldade a caminhar

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Queimadura: Sim ☐ Não ☐

Condições de imobilização admissíveis: Sim ☐ Não ☐

Observações:

A: Geral

Via aérea esta permeável: Sim ☐ Não ☐

O paciente fala: Sim ☐ Não ☐

Temp.: C°

B: Respiratório

C: Circulatório

PA:

x

mmHg

Pulso:

bpm

D: Exames Neurológico

Desorientação: motor MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:





HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☒

Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Médico + Carimbo

Diag. Definitivo:

Ass. Enfermeira + Carimbo

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Piorado

☐ Óbito

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta ☐

Transferência ☐

Estudo de Caso ☐

Exames Externos: ☐

Assist. Social

Observações:

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os 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 sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Cadastramento: 03/07/2018 11:54 h DENNISELD

Impressão: 03/07/2018 11:54 h DENNISELD

#CG#

Paciente vítima de acidente moto-moto, sem perda de consciência.
Ao exame, consciente, orientado, sem sequelas locais.

Médico



RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: _____

Nome do Paciente: _____

EUCLIDES GOMES DA SILVA
BIANCO 22 ANOS VÍTIMA DE
ACIDENTE MOTOCICLISTA EM 2019
MORFOS DO E LIMITAÇÃO DO
MOVIMENTO EM M.I.D. (PROXIMIDADE
DA COXA DIREITA) APRESENTA LESÃO
CONTINUA EM DOBRO DIREITO
CUIUS PAIXÃO X GOMMA 148

NECESSÁRIO AVALIAÇÃO DO
ORTOPEDISTA
C. T. U. L. 5460 946

03/07/17
Data

Dr. Mário Júnior
Clínica Geral
CRM-PB 100.472





HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

GOVERNO DE
Pernambuco

Secretaria Estadual de Saúde RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

Registro: 1090143

Data da operação: 03/07/18

Operador: DR. HYGINO MARINHO

1º auxiliar: DR. KENNET MR2

2º auxiliar: DR. ANDREY MRI Anestesiista: PLANTONISTA

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO

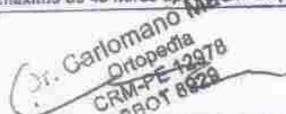
Tipo de operação: LMC + DESBRIDAMENTO + TRATAMENTO CIRÚRGICO
DE FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR - OSTEOSSÍNTESE COM HASTE
INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FÊMUR

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raqui-anestesia;
- 2) Assepsia e antisepsia;
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 4) Observado ferimento em face anterior de joelho direito já suturado; realizado exploração de ferimento; desbridamento de tecidos desvitalizados e limpeza abundante com SF 0,9%;
- 5) Realizada abordagem por via anterior do joelho direito, com incisão transtendão patelar;
- 6) Realizada retirada de gordura de Hoffa e tecido fibroso articular;
- 7) Realizado com auxílio de fluoroscopia, a marcação e ponto de entrada em fêmur para o fio guia;
- 8) Realizado incisão em face lateral de coxa esquerda e redução cruenta de fratura de fêmur;
- 9) Realizado passagem de fio guia;
- 10) Realizado fresagem do canal medular até fresa N° 11;
- 11) Colocação de haste intramedular retrógrada em fêmur direito N° 10x42;
- 12) Retirada de fio guia;
- 13) Realizado bloqueio distal com 02 parafusos + 01 parafuso tampão e bloqueio proximal com 01 parafuso;
- 14) Realizado limpeza exaustiva de incisões com SF a 0,9%;
- 15) Sutura de tendão patelar com Vycril;
- 16) Sutura de incisões por planos com Vycril e Nylon;
- 17) Curativo estéril;
- 18) Observada boa perfusão distal ao fim do procedimento, com pulsos distais palpáveis e simétricos e arco de movimento de joelho completo ao final do procedimento.

Dr. Kennet Leite
MÉDICO
CRM: 25.320



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA		
NOME: <u>Eudes Jorge Cabral Barbosa</u>			02 (DUAS) VIAS		
NOME DA MÃE:			CARTÃO SUS:		
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>109 0143</u>		
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO: ☐ F. ☐ M.	
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>fratura exposta fêmur Δ</u>					
COMORBIDADE:					
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>tratamento cirúrgico (placa intramedular)</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):					
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>03, 7, 18</u>		DATA DA ALTA: <u>05, 7, 18</u>		DIAS DE INTERNAÇÃO: _____	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:			CID:	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO	
COD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL			MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	<u>Dr. Eudes Cabral</u>			
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Dr. Roberto</u>			
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO				
4	ANESTESISTA				
5	CLÍNICO				
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS					
☐	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐	HEMODIÁLISE	☐	
☐	DIÁRIA DE UTI	☐	USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐	
☐	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐	USO DE OXIGÊNIO	☐	
☐	USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	☐		☐	
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS <u>Paciente com história de acidente motorcyclista na transição M15</u>					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>fratura exposta fêmur Δ</u>					
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:					
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS			ÓBITO: ☐ IML ☐ SVO ☐ BO:		
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/DATA DE RETORNO): <u>Urgência / Emergência / Pronto Socorro / Retorno ao ambulatório 05/07/18 (Paciente)</u>					
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente					
05 07 18 DATA			 Dr. Carlomano Maciel Ortopedia CRM-PE 42978 EBO 8629 MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM		



SINISTRO 3180494172 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO
PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER
DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO EUCLIDES GOMES DA ROCHA
BISNETO

CPF/CNPJ: 10425657400

Posição em 21-12-2018 08:48:06

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
<u>24/12/2018</u>	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral**Contribuinte,**

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 09.248.608/0001-04 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 10/12/2007
NOME EMPRESARIAL SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 65.12-0-00 - Sociedade seguradora de seguros não vida			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 65.11-1-01 - Sociedade seguradora de seguros vida			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 205-4 - Sociedade Anônima Fechada			
LOGRADOURO R SENADOR DANTAS	NÚMERO 74	COMPLEMENTO 5,6,9,14 E 15 ANDA RES	
CEP 20.031-205	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO RIO DE JANEIRO	UF RJ
ENDEREÇO ELETRÔNICO CITACAO.INTIMACAO@SEGURADORALIDER.COM.BR		TELEFONE (21) 3861-4600	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 10/12/2007	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia **06/09/2017** às **15:28:06** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

[Consulta QSA / Capital Social](#)[Voltar](#)

Preparar Página
para Impressão

A RFB agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).
[Atualize sua página](#)



Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intenso (70%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

18

www.pje.tjpe.jus.br - pje@tjpe.tjpe.br

Endereço: Rua Celso Aguiar Magalhães, 4779, 22º andar, Emp. Isaac Newton - Ilha do Leite, 50.070-160 - Recife - PE, Brasil. Fone: (51) 3447-7999. Fax: 55 (011) 3447-7999.
 Endereço: Rua Av. João Machado, 553 s/s 308 a 316, Ed. Plaza Center - Centro, 58.013-520, João Pessoa - PB, Brasil. Fone: (51) 3447-7999. Fax: 55 (011) 3447-7999.
 Endereço: Av. Francisco Neves, 1832 s/s 206/207, Torre Norte - Edif. Salvador Trade Center, Cam. das Árvores - 41.820-020 - Salvador - BA, Brasil. Fone: (51) 3447-7999. Fax: 55 (011) 3447-7999.