

coloca no processo.

MarieCavalcanti

Advocacia Associada

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

Firmam-se entre si CONTRATANTE e CONTRATADAS o presente instrumento:

CONTRATANTE: CÍCERO BARBOSA NETO.

Profissão Agricultor Estado Civil casado

RG 486.777.2 CPF 036.003.344-91

Endereço R. Estada Velha do Caiol 53 Beberibe
Recife - PE - Cep: 53.160-250

E-mail _____ Telefone _____

CONTRATADAS: ALCIONE GOMES DA SILVA, brasileira, solteira, inscrita no CPF/MF sob o número 028.466.664-58 e CHRISTIENNE MARIE DOS SANTOS CAVALCANTI FERREIRA, brasileira, advogada, inscrito na OAB/PE 31.611, e no CPF/MF sob o número 507.354.034-49 com endereço na Av. Domingos Ferreira 2391 sl. 404 Boa Viagem, Recife/PE. e endereço eletrônico: advocacia.marie31@gmail.com

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Prestação de Serviços Advocatícios, que será regido pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente

1. O (A) CONTRATANTE necessita promover uma ação de reparação de danos, para recebimento da Diferença do Seguro Obrigatório – DPVAT;
2. Caso haja recebimento por parte do CONTRATANTE, este pagará ao CONTRATADO, 30% (trinta por cento) do valor total apurado, com os devidos acréscimos legais, se houver. Ao



mesmo tempo, é válido ser ressaltado que, se porventura, não lograr êxito a ação ajuizada, nada deverá o CONTRATANTE as CONTRATADAS.

3. O (A) CONTRATANTE obriga-se a fornecer todos os documentos indispensáveis para a propositura da referida ação;

4. Se, no correr da Ação e sem justa causa, for revogado o mandato conferido ao CONTRATADO, poderá este de uma só vez cobrar os honorários, ainda em débito. Para essa obrigação, o CONTRATADO utilizará da via executória, nos exatos termos dos artigos 22,23,24 e seus parágrafos, da lei nº 8.906 de 04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da OAB) e artigo 585, VII, do CPC.

5. As partes elegem o foro da Cidade do Recife/PE, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

E por estarem assim, justos e combinados, assinam o presente em duas vias de igual teor.

LOCAL

Recife

DATA

10.10.2020.

CONTRATANTE

Enrico Barboza Neto

CONTRATADAS

TESTEMUNHAS

1

Maria Sua Rodrigues

2

Karla Santiago Cruz



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA DE RENDA

CÍCERO BARBOSA NETO

RG 8980583

CPF 105.544.514-50

Declara com fins de pleitear os BENEFÍCIOS DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA, previsto no inciso LXXIV, do art. 5º da Constituição Federal, c/c parágrafo único, do artigo 4º da lei nº. 1060/50, e o artigo 98 e seguintes do Novo Código de Processo Civil, que é juridicamente pobre, eis que não possui condições financeiras para arcar com as despesas da justiça, especialmente das custas processuais, sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família; ciente de que pela falsa declaração de pobreza o declarante responde civil, penal e administrativamente, de conformidade com a legislação vigente.

DATA: feite 09 de outubro de 2020

Cícero Barbosa Neto



MarieCavalcanti -

Advocacia Associada

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: CÍCERO BARBOSA NETO
Nacionalidade brasileira Profissão Agricultor Estado Civil casado
RG 486 7772 CPF 936.003.344-91 E-Mail _____
Endereço Estrada Velha do Paiol 53 "D" Subinbeira
Recife-PE - 53.350-250

OUTORGADA: CHRISTIENNE MARIE DOS SANTOS CAVALCANTI FERREIRA, brasileira, advogada, inscrito na OAB/PE 31.611, e no CPF sob o número 507.354.034-49 e endereço eletrônico: advocacia.marie31@gmail.com com endereço na Av. Domingos Ferreira 2391 sl 404 Boa Viagem, Recife/PE.

PODERES: Pelo presente instrumento o **OUTORGANTE** confere ao **OUTORGADO** poderes para lhe representar no Juízo, Instância ou Tribunal. Conferindo ao **OUTORGADO** amplos poderes para o foro em geral, com cláusula *ad-judicia* em qualquer instância, 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 citação inicial, receber alvarás, 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, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido. Dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Local Recife Data 09 de outubro de 2020

OUTORGANTE: Cícero Barbosa Neto



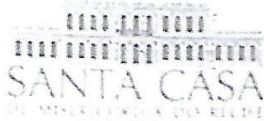
PROCURAÇÃO DE SUBSTABELECIMENTO

Por este instrumento particular de substabelecimento de procuração, eu, CHRISTIENNE MARIE DOS SANTOS CAVALCANTI FERREIRA brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE 31.611, com CPF 507.354.034-49, e endereço eletrônico advocacia.marie31@gmail.com, em conformidade com os direitos que me foram outorgados por CICERO BARBOSA NETO com CPF 936.003.344-91 e RG 486.7772, substabeleço, com reserva de poderes, ao advogado DAYVDSON MANOEL DA SILVA, brasileiro, casado, OAB/PE 42.560 e CPF 054.031.024-77 com escritório na Av. Domingos Ferreira 2391 sala 404, Boa Viagem – realizar a propositura da AÇÃO DE COBRANÇA PARA COMPLEMENTAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Recife, 05 de outubro de 2020


CHRISTIENNE MARIE DOS SANTOS CAVALCANTI FERREIRA OAB/PE
31 611





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

CICERO BARBOSA NETO

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: S424

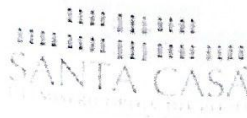
Recife, 21/08/2019

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531


Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 10531

Scanned by CamScanner





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

CICERO BARBOSA NETO

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 120 dias, a partir de 16/08/19.

CID: S424

Recife, 03/09/2019

Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR
Ortopedia / Traumatologia
Cir. Órto e Ortofeio
CRM-PE 16.658 / TBO: 13351

Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR
CRM: 16658

Scanned by CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0099002198

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/08/2019** às **16:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **14/8/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA MASCARENHAS DE MORAIS, 1** - Bairro: **IMBIRIBEIRA** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
CICERO BARBOZA NETO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CICERO BARBOZA NETO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

CICERO BARBOZA NETO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARINA JOSEFA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **22/10/1972** Naturalidade: **AGUAS BELAS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4867772/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**
Telefones Celulares:
- **982029110**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE IMBIRIBEIRA (BAIRRO), 53, ESTRADA DO PAIÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): **CICERO BARBOZA NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CICERO BARBOZA NETO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **OUTRA COR** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
20/08/2020

13/12/2019 09:19



Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE NO DIA 14. 08.2019 QUANDO PEDALAVA SUA BICICLETA PELA A AVENIDQA MASCARENHA DE MORAIS , FOI ATROPELADO POR UM VEICULO DE COR BRANCA DE CONDUTOR DESCONHECIDO E PLACA NÃO ANOTQADA SOFREDO, ESCORIAÇÕES , E FRATURA NO BRAÇO DIREITO, SENDO SORRIDO POR UMA VIATURA DO SAMU PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS , FATO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS CABIVES ,

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

Cicero Barboza Neto
CICERO BARBOZA NETO
(VITIMA)

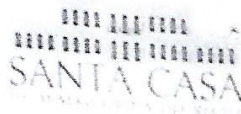
B.O. registrado por: **EDNILDO LUIZ DA SILVA** - Matrícula: **3849163**



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
10/01/2020

13/12/2019 09:19





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugã, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PARX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 75235 Prontuário: 573291 Data de Nascimento: 22/10/72 Idade: 46 ANO(S)
Nome do Paciente: **CICERO BARBOSA NETO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARINA JOSEFA DA CONCEICAO
CPF: 93600534491

Data: 20/08/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de úmero distal DIREITO

Diagnóstico pós-operatório: O mesmo

Cirurgia: Transposição cubital (040302010-7) + Tratamento cirúrgico de fratura do úmero distal (COD: 040802039-3) + Osteotomia (040806019-0)

Cirurgião: Osvaldo Coimbra Jr

Anestesista: Diana Anjos

Anestesia: Bloqueio de plexo

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

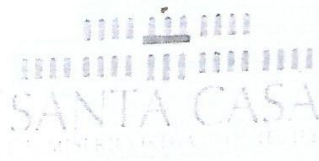
- 1) Paciente em decúbito ventral sob anestesia
- 2) Assepsia + Antissepsia
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estereis e impermeáveis
- 4) Realizado incisão posterior no braço direito (transtríceps) com dissecação por planos anatomicos.
- 5) Visualizado foco de fratura em úmero distal
- 6) Realizado limpeza da articulação com SF0,9% e revisão da hemostasia. Neurólise de nervo cubital. Osteotomia em Chevron de olecrano para abordagem de foco de fratura
- 7) Redução anômica dos fragmentos após liberação de retração muscular e manutenção da mesma através de 01 placa bloqueada lcp 4,5 com parafusos cortical e bloqueados. Redução de articulação com 01 parafuso esponjoso e 01 arruela. Observado que o nervo radial não estava interposto entre a placa e o osso e realizada neurólise.
- 8) Observada a manutenção da redução e rigidez da síntese após movimentação passiva do cotovelo. Sem bloqueio articular. Síntese de osteotomia com 02 fios de kirschner e 01 fio de aço em banda de tensão.
- 9) Síntese por planos anatomicos com tenomiiorrafia do tríceps.
- 10) Curativo

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR, CRM: 16658 Data e Hora: 20/08/2019 11:04:39.

KOTE SEGURO
Erica Araujo
10/01/2020

Scanned by CamScanner





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **CICERO BARBOZA NETO**, prontuário nº 573291, admitido neste hospital em 16/08/2019 com diagnóstico de Fratura do úmero distal direito, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 21/08/2019.

Recife, 18 de Setembro de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
Cidade - 2434

Dr^a Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

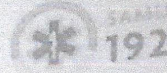
Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br

Scanned by CamScanner





PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	067.09.2019
DATA	20.09.2019

Atendendo ao requerimento do Sr. **ERLON ALBUQUERQUE GOMES**, portador do Documento de Identidade nº **8351765** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **705.296.194-66**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-667305**, que no dia 14 de agosto de 2019, o paciente Sr. **CÍCERO BARBOZA NETO**, portador do Documento de Identidade nº **4867772** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **936.005.344-91**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e bicicleta, por volta das 17h55, na Avenida Mar. Mascarenhas de Moraes, ao lado da HONDA, imediações a Faculdade Universo, no bairro Imbiribeira, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Getúlio Vargas. Recife, 20 de setembro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE
Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE
CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
10/01/2020

Scanned by CamScanner





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: CICERO BARBOZA NETO

1. Ocorrência da Emergência: 757226

1.1 - Atendimentos em: 14/08/19

1.2 - Às 19 horas e 03 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1128062

2.1 – Internado em: 14/08/19

2.2 - Alta em:

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DO ÚMERO DISTAL DIREITO.

4. Tratamento: TALA AXILO PALMAR DIREITA.

5. Observação: COLISÃO BICICLETA X CARRO.

TRANSFERIDO PARA REDE CONVENIADA EM 16/08/19.

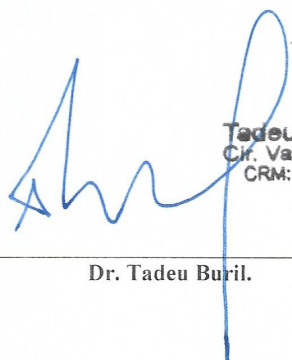
DATA: 25.11.2019

HORA: 11:08:12

PASTA: 01.11.2019

TB

RS


Tadeu Buri
Cir. Vascular
CRM: 3019

Dr. Tadeu Buri.

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
10/01/2020



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 757226

Prontuário: 1128062

Nome: CICERO BARBOZA NETO

Data Nasc.: 22/10/1972

Idade: 46

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 4867772

CNS:

Endereço: ESTRADA DO PAIOL

Bairro: IMBIRIBEIRA

Cidade: RECIFE

Nº: 53

Estado: PE

CEP: 51150250

Fone: 81610170

Profissão:

Nome da Mãe: MARINA JOSEFA DA CONCEICAO

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT. ENF. ALESSANDRO COLISAO MOTO X BICICLETA TEC. ELOISA SAMU RECIFE BASICA - 07

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA 14/08/2019 HORA: 19:03 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

Paciente vítima colisão bicicleta-carro há ± 1 hora. No momento, refere dor em M.S.D. e dor de cabeça cervical e disparea e dor edemato.

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:

Lesão de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta pèrvia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: Cº

CCR, corado, orientado, eupneico, corado

B: Respiratório

MVE - AMT S/P

C: Circulatório

PA: x mm Pulso: 84 bpm

PCR - DT BNF S/S

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: 11 Hora:

Escore: 5 Hora:

Escore: 6 Hora:

GC: 15 e deficit motor focal



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
10/01/2020



Assinado eletronicamente por: DAYVDSON MANOEL DA SILVA - 27/10/2020 12:44:20

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102712442086600000068785430

Número do documento: 20102712442086600000068785430

**HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA**



E: Abdômen	
<i>abdômen depressivo, flácido, indolor</i>	
<i>Deformado - MSD</i>	
Diagnóstico Inicial: <i>Trauma contuso</i>	
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica	
<i># CD: 8 Solicito R+ rotina trauma</i>	
<i>8 Solicito R+ MSD</i>	
Exames Solicitados: 1 - Especializados	
<i>(3) Avaliação de Artrop</i>	
Resultado de Exames:	Dr. Antônio Escorial Neto Cirurgia Geral CRM-PE 23.505
<i>14/08/19</i>	Código Procedimento:
<i>21/30, paciente sem trauma no tórax</i>	Ass. Médico + Carimbo
Tratamento / Procedimentos:	Código Procedimento:
<i>R+ 9 pneumotórax + se</i>	Ass. Médico + Carimbo
<i>de fôlego.</i>	Ass. Médico + Carimbo
Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:	Ass. Enfermeira + Carimbo
Evolução de Enfermagem:	
<i>ABD: Flácido, indolor</i>	
Diag. Definitivo: <i># CD: 8 Alto da CG</i>	
Definição do Caso:	Condição de Alta:
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se	☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito
Dr. Antônio Escorial Neto Cirurgia Geral CRM-PE 23.505	
Informação do Serviço Social	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externo: ☐	Assist. Social
Observações:	
Autorização para Alta / internamento / Transferência	
Médico:	CRM/CRO:
Data:	Hora:
Termo de Responsabilidade Para Internamento :	
- 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 for necessário.	
Data: _____	Nome completo legível: _____
Nº da Identidade: _____	Assinatura: _____
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido :	
- 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: 14/08/2019 19:03 h	CLAUDIOAS
Impressão: 14/08/2019 19:03 h	CLAUDIOAS

S.O.T. 14/08/19
Paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando dor em região de abdômen direito
+ abdômen. Sem alterações neurológicas.
Ag 17 - paciente apresenta dor no tórax, de caráter distal
CD. Tórax: dor no tórax e abdômen - procedimento realizado conforme prescrição médica.
17.01.01
Internamento

Médico

KOTE SEGURO
Erica Araujo
Idalberto
Dr. Antônio Escorial Neto
Cirurgia Geral
CRM-PE 23.505



NOME: Cicero Barboza Neto
NOME DA MÃE:

CLÍNICA: ENFERMARIA: LEITO: Nº DO REGISTRO: 1128062
DATA DE NASCIMENTO: IDADE: PESO: ALTURA: SEXO: ☐ F: ☐ M:

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
Fratura de osso distal
COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Intelecta
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO: 14.08.19 DATA DA ALTA: 16.08.19 DIAS DE INTERNAÇÃO: 2

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: 0308010019 CID: 542 CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
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
Fratura em osso.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☒ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS
ÓBTO: ☐ IML ☐ SVO ☐ BO:

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/DATA DE RETORNO):

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

DATA: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL
ASSINATURA/CARIMBO/CRM

Avenida General San Martin s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.830-080
Fone: 0XX 81.31845800

4.1010.V.1.2013.

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
Jadai Dado



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 14/08/2019 18:52

Nome Paciente: CICERO BARBOZA NETO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 22/10/1972
Sexo: Masculino
Idade: 46
Senha: E0021
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 14/08/2019 18:52 - 14/08/2019 18:53

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

RELATO DE DOR EM REGIÃO TORACICA + DOR EM MSD APOS COLISÃO MOTO X BICICLETA HOJE.
HAS-
DM-
ALERGIA NEGA
NEGA SÍNCOPE E EMESE.

Observação:

SAMU

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MAIOR

Discriminador(es):

- DOR MODERADA?

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 5

14/08/2019

F. Oliveira.

Por eu fot. uma da 100
no nome da unidade
quando por a no relator
e quem

16/08/19

paciente sem queixas

enfim com afeição
significativa, cingir

Dra. Cláudia Barbosa de A. Medeiros
Cirurgiã de Mão e Microcirurgia
CRM 17724 - PE

Dr. José Venâncio O. Jr.
Tratador de Cirurgias
CRM 12662 - PE

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
10/01/2020

Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/08/2019 18:53

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: DAYVDSON MANOEL DA SILVA - 27/10/2020 12:44:21

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102712442122000000068785432>

Número do documento: 20102712442122000000068785432

Num. 70150794 - Pág. 1



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA

NOME:

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO:

14.08.19

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

☐ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☐ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☐ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☐ PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO):

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação; livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN:

AIRESANTHOLUCENA
COREN-PE 365875 - ENF

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX 81.31845600

HGV 1028 V.1.2013.

KOTE SEGE
- Jica Araújo
14/08/2019



Assinado eletronicamente por: DAYVDSON MANOEL DA SILVA - 27/10/2020 12:44:21

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102712442122000000068785432>

Número do documento: 20102712442122000000068785432



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para o Centro de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1556 (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, 25 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200019919

Vítima: CICERO BARBOZA NETO

Data do Acidente: 14/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO BARBOZA NETO

Informamos que o pagamento da indenização do 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 dos cotovelos

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: CICERO BARBOZA NETO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001838-4

Conta: 000010035169-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatómica 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

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: DAYVDSON MANOEL DA SILVA - 27/10/2020 12:44:21

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102712442140600000068785433>

Número do documento: 20102712442140600000068785433

Num. 70150795 - Pág. 1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

936.005.399-91

Cilene Barbosa Neto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Cilene Barbosa Neto

6 - CPF:

936.005.399-09

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Estr. Velha do Poial

9 - Número:

93

10 - Complemento:

0

11 - Bairro:

Jombira

12 - Cidade:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

51.150-250

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 98488-7737

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00☒ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☒ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1838

4

CONTA:

35169

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no Civil)☐ Divorciado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

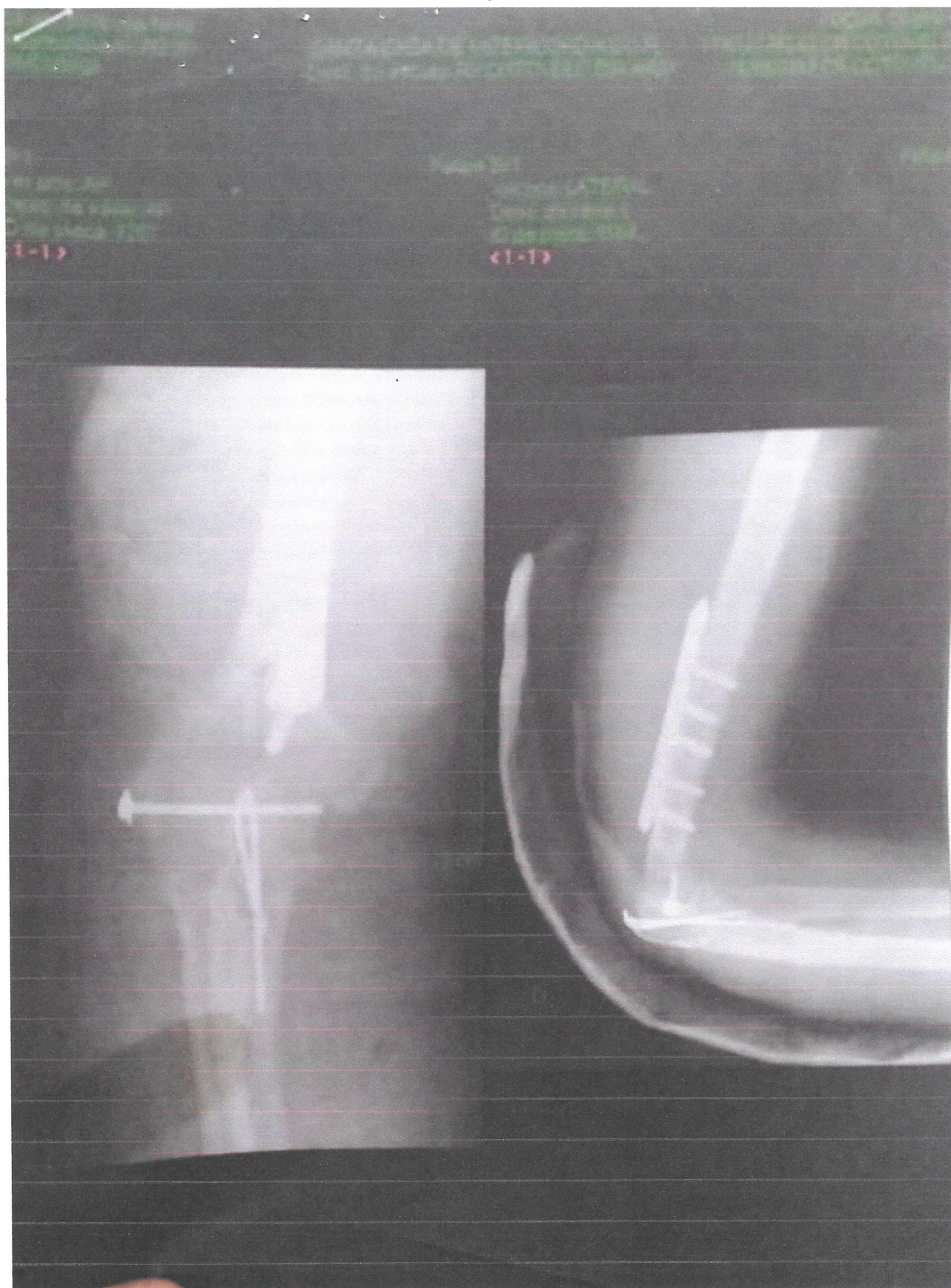
01/10/2019, 06h16, Recife, PE

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

S.001 V002/2019



Scanned by CamScanner





KATTARINE DIAS

06 de novembro 2019.

RECIBO

R\$ 3.600,00

Declaro para os devidos fins, que recebi do Sr. CICERO BARBOSA NETO, portador do **CPF: 936.005.344-91** a quantia de **R\$ 3.600,00 (três mil e seiscentos reais)**, referente aos serviços descritos abaixo:

Procedimentos	Quant. sessões	Valor Unitário
Fisioterapia a domicilio - Recuperação funcional	30	R\$ 120,00
TOTAL		R\$ 3.600,00

No qual dou plena e geral quitação!


Dra. Kattarine Dias
Fisioterapeuta
CREFITO 223951-F
KATTARINE DIAS
CREFITO 223951-F

KOTE SEGURO-
Erica Araujo
13/12/19

Imbiribeira – Recife – PE Fone: (81) 99768-1692



Santa Casa de Recife
Relatório Médico de Alta

Nome: CICERO BARBOSA NETO
Reg.: 75235 . Pront.: 573291
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 22/10/1972
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 46
Admissão: 16/08/2019 21:05 Alta: 21/08/2019 11:56

Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-3800 | Email: sta-casa@saltacasaarecife.org.br
Site: www.saltacasaarecife.org.br

Admissão:

FRATURA EM ÚMERO DISTAL DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S42.4 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO ÚMERO

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	16/08/2019 21:05	21/08/2019 11:56	5 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº OSVALDO COIMBRA para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAUDE

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Oncologista - Hematologia
CRM: 10531

KOTE SEGURO
Erica Araujo
31/10/19



