

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** CLEMERSON FERRAZ SILVA  
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, regularmente inscrito no CPF/MF sob o  
nº 72483386423 e portador da cédula de identidade  
nº 9297752, residente e domiciliado(a) na  
RUA MARIA HELENA  
nº 245 bairro de OLARIA  
CEP 54800-000 na cidade de  
MORENO PE.

**OUTORGADA:** ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

**PODERES:** Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações, renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam, mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas, inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de poderes.

**JUSTIÇA GRATUITA:** Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

**CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL:** Pelo exercício do mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto, desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se, ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios celebrado em instrumento próprio.

Recife, 15 de março de 2023

CLEMERSON FERRAZ SILVA  
Outorgante



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, CLEMERSON FERRAZ SILVA,  
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO,  
profissão OPERADOR MÁQUINA Inscrito no CPF/MF sob o  
nº 72483386423, e portador da cédula de  
identidade nº 9291752, residente e  
domiciliado(a) RUA MARIA HELENA  
nº 245, bairro OLARIA,  
CEP 54800-00 na cidade de  
IMPERIO / PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita, que não tenho condições de arcar com as custas e despesas processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 15 de MARÇO, de 2023.

NOME: CLEMERSON FERRAZ SILVA



# DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu CLEMERSON FERRAZ SILVA,

RG 9297752, CPF 72483386423,

Residente na RUA MARIA HELENA NERY S, Bairro OLARIA,

Cidade MIQUELIM, Estado de PERNAMBUCO,

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização a que tenho direito.

Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Recife, 15 de MARÇO de 2023

CLEMERSON FERRAZ SILVA

Assinatura do Declarante



## CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

CONTRATANTE: CLEMERSON FERRAZ SILVA  
brasileiro, estado civil SOLTEIRO, profissão OPERADOR DE MARCHA, regularmente  
inscrito no CPF/MF sob o nº 12483386427, e portador da  
cédula de identidade nº 9297752, residente  
domiciliado(a) RUA MARIA HELENA, nº 245, bairro de  
OLARIA, CEP 54800-000, na  
cidade MORENO, PE.

CONTRATADO: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha sala 102, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630, E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações judiciais

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Honorários Advocatícios, resolveram celebrar o presente contrato de prestação de serviços profissionais de advocacia, em conformidade às estipulações a seguir disciplinadas, que se obrigam a cumprir, por si e seus sucessores. Caberá apenas ao contratado a retenção dos honorários advocatícios independentemente de subestabelecimento ou procuração "Apud Acta".

### DO OBJETO DO CONTRATO

**Cláusula 1ª.** O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios na AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT proposta pelo CONTRATANTE, como também com defesas e requerimentos em geral a serem realizados nesse processo.

### DAS ATIVIDADES

**Cláusula 2ª.** As atividades incluídas na prestação de serviço objeto deste instrumento, são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

a) Praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os especificados no Instrumento Procuratório.

### DOS ATOS PROCESSUAIS

**Cláusula 3ª.** Havendo necessidade de contratação de outros profissionais, no decurso do processo, o CONTRATADO elaborará subestabelecimento, indicando escritório de seu conhecimento, restando facultado ao CONTRATANTE aceitá-lo ou não. Aceitando, ficará sob a responsabilidade, única e exclusivamente do CONTRATANTE no que concerne aos honorários e atividades a serem exercidas.

### DAS DESPESAS

**Cláusula 4ª.** Todas as despesas efetuadas pelo CONTRATADO, ligadas direta ou indiretamente com o processo, incluindo-se fotocópias, emolumentos, viagens, custas, entre outros, ficarão a cargo do

### CONTRATANTE.

**Cláusula 5ª.** Todas as despesas serão acompanhadas de recibo, devidamente preparado e assinado pelo CONTRATADO.

### DA COBRANÇA

**Cláusula 6ª.** As partes acordam que facultará ao CONTRATADO, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

### DOS HONORÁRIOS



**Cláusula 7ª.** Fica acordado entre as partes que os honorários a título de prestação de serviço o percentual de 30% sobre o valor recebido pelo contratante ao final do processo

**Parágrafo Primeiro:** O Pagamento do Valor Acordado deve ser depositado na conta corrente da contratada.

**Parágrafo Segundo :** A CONTRATANTE autoriza a RETENÇÃO dos honorários advocatícios contratuais no percentual de 30% do valor auferido em favor da CONTRATADA.

**Cláusula 8ª.** Caso haja morte ou incapacidade civil do CONTRATADO, seus sucessores ou representante legal receberão os honorários na proporção do trabalho realizado.

**Cláusula 9ª** Caso, ocorra o inadimplemento da obrigação de pagar, a contratada, ingressará com ação para recebimento dos serviços prestados.

**Cláusula 10ª.** As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários, serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês e multa de 10% sobre o valor a ser pago.

#### DA RESCISÃO

**Cláusula 11ª.** Agindo o CONTRATANTE de forma dolosa ou culposa em face do CONTRATADO, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas obrigações.

#### DO FORO

**Cláusula 12ª.** Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do CONTRATO, as partes elegem o foro da comarca de Recife;

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor.

RECIFE 15 de MARÇO de 2023

\_\_\_\_\_  
**ANA SANTOS**  
OAB/PE 28697 D

CLEMERSON FERRAZ SILVA  
CONTRATANTE  
CPF

#### TESTEMUNHAS

1. NOME:  
CPF/MF

2. NOME:  
CPF/MF



**NOME:** CLEMERSON FERRAZ SILVA

### **RELATÓRIO MÉDICO**

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE INSTABILIDADE CARPICA EM PUNHO ESQUERDO NO DIA 24/08/2021. IRÁ MANTER ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DEVENDO SE MANTER AFASTADO DE SUAS FUNÇÕES LABORAIS POR UM PERIODO MINIMO DE 60 (SESSENTA) DIAS

CID 10 S633

Recife, 3 de setembro de 2021

**Dr. Fabilson Cavalcante**  
CIRURGIA MÃO / ORTOPEDIA

Dr. Fabilson Cavalcante  
Cirurgião da Mão e Microcirurgia  
CRM-PE 20713 TEOT 1588

CRM 20713 / SBOT 15684

Haplínica Recife, Rua do Espinheiro, Nº 119, Espinheiro, Recife-PE,  
Fone: (81) 3217.4200



Tarifa Social de Energia Elétrica: criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

**NEOENERGIA**  
PERNAMBUCO

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-63 | www.neoenergiampernambuco.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
ROSICLEIDE DE SOUSA FERRAZ

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA MARIA HELENA 245

CPF: 934.876.144-72 NIS: 10800362988

OLARIA/MORENO  
MORENO PE  
54800-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Conv. Monofásico - Monofásico

**CONTA-CONTRATO** 7023440355 **MÊS/ANO** 05/2022

**DATA DE VENCIMENTO** 16/05/2022 **DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA** 07/06/2022

**TOTAL A PAGAR (R\$)** 143,87

| N.º DA NOTA FISCAL | SÉRIE | EMIÇÃO     |
|--------------------|-------|------------|
| 208053581          | UNICA | 09/05/2022 |

| APRESENTAÇÃO | N.º DO CLIENTE | N.º DA INSTALAÇÃO |
|--------------|----------------|-------------------|
| 09/05/2022   | 201064687      | 1926418           |

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

| DESCRIÇÃO                                | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$)   |
|------------------------------------------|------------|-------------|---------------|
| Consumo-TUSD até 30 kWh                  | 30,0000000 | 0,15289910  | 4,58          |
| Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh   | 70,0000000 | 0,28178817  | 19,72         |
| Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh  | 88,0000000 | 0,38285228  | 34,84         |
| Consumo-TE até 30 kWh                    | 30,0000000 | 0,14211094  | 4,26          |
| Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh     | 70,0000000 | 0,24381876  | 17,05         |
| Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh    | 88,0000000 | 0,38542818  | 32,52         |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal         |            |             | 23,08         |
| ICMS Subvenção-CDE/NF 197933911-09/03/22 |            |             | 0,45          |
| ICMS Subvenção Baixa Renda               |            |             | 5,84          |
| Multa por atraso-NF 201891468 - 07/04/22 |            |             | 1,88          |
| Juros por atraso-NF 201891468 - 07/04/22 |            |             | 0,45          |
| Atualização PCA-NF 201891468 - 07/04/22  |            |             | 0,40          |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                   |            |             | <b>143,87</b> |

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

| N.º DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | DATA ANTERIOR | LEITURA ANTERIOR | DATA ATUAL | LEITURA ATUAL | N.º DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|----------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|-------------|-----------|--------|---------------|
| 41737873       | CAT            | 07/04/2022    | 13.905,00        | 09/05/2022 | 14.094,00     | 32          | 1,00000   |        | 189,00        |

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

| DESCRIÇÃO           | VALOR (R\$)       | PERCENTUAL  |
|---------------------|-------------------|-------------|
| Geração de Energia  | R\$ 29,06         | 31,39%      |
| Transmissão         | R\$ 4,92          | 4,41%       |
| Distribuição (Cabo) | R\$ 27,02         | 24,20%      |
| Perdas de Energia   | R\$ 8,99          | 8,05%       |
| Encargos Setoriais  | R\$ 5,00          | 4,08%       |
| Tributos            | R\$ 30,50         | 27,20%      |
| <b>Total</b>        | <b>R\$ 105,49</b> | <b>100%</b> |

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

| BASE DE CÁLCULO | %     | VALOR DO IMPOSTO |
|-----------------|-------|------------------|
| ICMS            | 25,00 | 27,91            |
| PIS             | 0,51  | 0,47             |
| COFINS          | 2,25  | 2,21             |

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Atenção: O cliente deve manter em vigor a Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438, de 26/04/02, até o dia 31/12/2022. O cliente é responsável por manter em vigor a Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438, de 26/04/02, até o dia 31/12/2022. O cliente é responsável por manter em vigor a Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438, de 26/04/02, até o dia 31/12/2022.

**DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES**

| CONJUNTO | VALOR PPM/1000H | VALOR LIMITE MENSAL | VALOR LIMITE TRIMESTRAL | VALOR LIMITE ANUAL |
|----------|-----------------|---------------------|-------------------------|--------------------|
| DIU      | 0,00            | 5,07                | 10,15                   | 20,30              |
| FIU      | 0,00            | 5,30                | 6,60                    | 13,20              |
| FIU      | 0,00            | 5,30                | 6,60                    | 13,20              |

Limite DIU: 12,32 EUSD - Valor no Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 41,98

**ÍNDICES DE TENSÃO**

| TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) | NÚMERO | MÁXIMO |
|--------------------|------------------------|--------|--------|
| 220                | 202                    | 231    |        |

**PAGAR EM QUALQUER REDE BANCÁRIA**

**BANCO DO BRASIL S/A**

00190.00009 03370.493011 60562.822175 7 89870000014387

PAGADOR / CPF / CNPJ / ENDEREÇO  
ROSICLEIDE DE SOUSA FERRAZ  
RUA MARIA HELENA 245  
54800-000 MORENO PE

33704930160562822 552413468 7023440355 16/05/2022 143,87

**AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE:** 3084-3/6374-6





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 02 de Agosto de 2022**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3220037552**

**Vítima: CLEMERSON FERRAZ SILVA**

**Data do Acidente: 18/12/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: THIAGO ANTUNES CAMPELO**

**Procurador: THIAGO ANTUNES CAMPELO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CLEMERSON FERRAZ SILVA**

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 punhos  
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: CLEMERSON FERRAZ SILVA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 077**

**Agência: 000000001**

**Conta: 000013337390-8**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



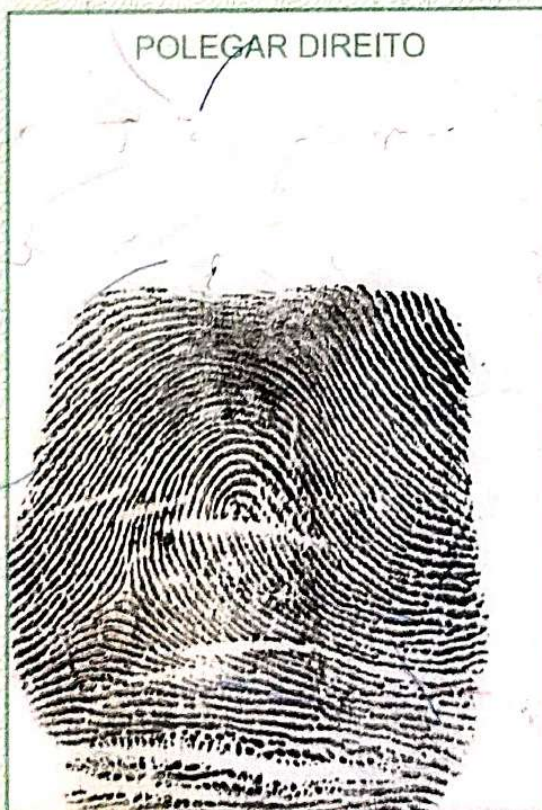
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-1

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



POLEGAR DIREITO



CLEMERSON FERREZ SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SHOT ON MI A2

MILITARES CARTEIRAS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

9.291.752

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

13/05/2015

NOME

<< CLEMERSON FERRAZ SILVA >>

FILIAÇÃO

<< CLAUDIO SOARES SILVA >>

<< ROSICLEIDE DE SOUZA FERRAZ >>

NATURALIDADE

MORENO - PE

DATA DE NASCIMENTO

19/08/1996

DOC. ORIGEM

<< CN.30984 L.A85 F.31 CART.MORENO -

PE 21.10.1996 >>

CPF

124.833.864-23

*Assinado*

Assinado eletronicamente por: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS - 20/03/2023 13:56:29  
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23032013562929300000125459115  
Número do documento: 23032013562929300000125459115

ASSINATURA DO DIRETOR

Assinado eletronicamente por: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS - 20/03/2023 13:56:29  
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23032013562929300000125459115  
Número do documento: 23032013562929300000125459115

115007662205142015.6348159

F-66 67.8/6

- 3022



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 021ª CIRCUNSCRIÇÃO - MORENO - DP21ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0111001359

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/12/2020 às 08:21

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 18/12/2020 às 16:38

Fato ocorrido no endereço: **JABOATÃO DOS GUARARAPES, 1, RUA VISCONDE DO RIO BRANCO** - Bairro: **CENTRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: 54100-270 - Ponto de Referência: **PROXIMO A CHURASCARIA JABOATONENSE**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
ROSICLEIDE DE SOUZA FERRAZ (OUTRO)  
CLEMERSON FERRAZ SILVA (VITIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a) Sr(a): **CLEMERSON FERRAZ SILVA**

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

**CLEMERSON FERRAZ SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSICLEIDE DE SOUZA FERRAZ** Pai: **CLAUDIO SOARES SILVA** Data de Nascimento: **19/8/1996** Nacionalidade: **MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9291752/SDS/PE (RG), 12483386423 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **OPERADOR** Telefones Celulares: **987751806**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE MORENO, 245, RUA MARIA HELENA - OLARIA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 1, AVENIDA BARÃO DE LUCENA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, HIPER BOMPREÇO**

**ROSICLEIDE DE SOUZA FERRAZ (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ROSICLEIDE DE SOUZA FERRAZ**, que estava em posse do(a)

Sr(a): **CLEMERSON FERRAZ SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEX6A25 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **328893131** Chassi: **9C2KD054UBR102802**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**



Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA O JOVEM CLEMERSON FERRAZ SILVA, COMUNICANDO QUE SEXTA-FEIRA 18/12/2020. POR VOLTADA DAS 18:38 HORAS, AO PASSAR NA AVENIDA VISCONDE DO RIO BRANCO PROXIMO A CHURASCARIA JABOATAONENSE NA PE. 007, A MOTOCICLETA DESGOVERNOU-SE ( DERRAPOU ) O MESMO FOI AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA - MORENO - PE., PARA OS PRIMEIROS, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

  
**CLEMERSON FERRAZ SILVA**  
(VITIMA)

  
B.O. registrado por: **ROMERO BARBOSA PATRIOTA** - Matrícula: **381028-3**  
(Liberado em **21/12/2020** às **08:37**)



**HOSPITAL ARMINDO MOURA**  
**PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente**

**Emissão: 15/01/2021 08:30**

Atendimento: 358493 Entrada: 15/01/2021 Hora: 07:53  
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA  
Responsável:  
Médico Resp: SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO

Recepcionista: ROSALIA FABIANA OLIVEIRA  
Matricula:  
Identidade:  
C.N.S.: 898003498527217

Paciente: 32118 CLEMERSON FERRAZ SILVA  
Nascimento: 19/08/1996 (24 Anos e 4 Meses)  
Endereço: TRAVESSA TABELIÃO FRANCISCO PEIXOTO  
Bairro: CENTRO C.E.P.: 54800-000  
Cidade: 2609402 MORENO  
Pai: CLAUDIO SOARES SILVA  
Mãe: ROSICLEIDE DE SOUZA FERRAZ  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA  
Estado Civil: SOLTEIRO  
C.P.F.: 12483386423  
Identidade: 9291752 - SDS - PE  
Telefone: 35351749 /  
G. Instrução:  
Ocupação: OPERADOR DE LOJAS  
Naturalidade: MORENO

**ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA**

**Em: 18/12/2020 - 18:26**

**CONSULTA NA URGENCIA (Dr. SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO CRM 9756)**

**Queixa do paciente:** refere dor em punhos + perna direita pos acidente de moto ha 30 min , nega vomito + perda de consciencia

**Exame físico:** egr, consciente sme deambulando dor + edema dos punhos

**Hipótese diagnóstica:** fratura de escafolde esquerdo + punho direito + politraumatismo

**Prescrição/Conduta:**

Horario/Checkagem

|      |                                                    |  |
|------|----------------------------------------------------|--|
| 01 - | tala gessada axilo palmar para escafolde bilateral |  |
| 02 - | profenid 1 amp im gluteo                           |  |
| 03 - |                                                    |  |
| 04 - |                                                    |  |

**Reavaliação:** encaminhado ao hapvida ao serviço de cirurgia de mão

**Materiais Utilizados:** (Enfermagem/Imobilização)

**COMANDA:**

Dr. Silvio Macedo  
Ortopedia  
CRM 9756





PACIENTE: CLEMERSON FERRAZ SILVA

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO APRESENTA HISTORIA DE FRATURA DE ESCAFOIDE ESQ, TENDO SIDO TRATADO CIRURGICAMENTE COM PARAFUSO INTRA ARTICULAR. EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

CID: S62

RECIFE 19/01/2021

Dr. Victor Macedo  
Cirurg. 7a Mão  
TEO 1740  
CRM-1 20366

DR. VICTOR MACEDO  
CRM: 20366



**NOME:** CLEMERSON FERRAZ SILVA

**LAUDO MÉDICO**

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SUPRA CITADO TEM HISTORIA DE TRATAMENTO CIRURGICO PARA ESCAFOIDE ESQ DIA 27/12/21 APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO. ATUALMENTA APRESENTA DEFICIT DE ADM E DOR LEVE A MOVIMENTAÇÃO. EM ACOMPANHAMENTO MEDICO E FISIOTERAPICO. SEM CONDIÇÕES DE EXERCER ATIVIDADES LABORAIS COM O MEMBRO OPERADO

CID 10: S62

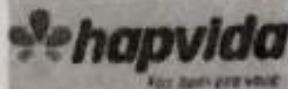
Dr. Victor Macêdo  
Cirurgia da Mão  
TEOT 15740  
CRM-PE 20366

VICTOR MACEDO  
CIRURGIA DA MÃO  
CRM-PE: 20366  
TEOT: 15740

Recife, 30 de março de 2021

Hapclínica Recife, Rua do Espinheiro, Nº 119, Espinheiro, Recife-PE,  
Fone: (81) 3217.4200





PACIENTE: CLEMERSON FERRAZ SILVA

### LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO TEM HISTORIA DE FRATURA DE ESCAFOIDE DIA 18/12/20, TENDO SIDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO NO DIA 27/12/20. EVOLUI BEM NO POS-OPERATORIO E MANTEM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E TRATAMENTO FISIOTERAPICO E DEVE SE MANTER AFASTADO DE ATIVIDADES LABORAIS POR MAIS 30 DIAS

CID: S62

RECIFE 01/02/2021

Dr. Victor Macêdo  
Cirurgia da Mão  
TEOT 15740  
CRM-PE 20366

---

DR. VICTOR MACEDO  
CRM: 20366





PACIENTE: CLEMERSON FERRAZ SILVA

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO APRESENTA HISTORIA DE FRATURA DE ESCAFOIDE ESQ HA 17 DIAS (18/12/2020) COM TRATAMENTO CIRURGICO HA 07 DIAS (27/12/2020) EVOLUINDO BEM NO POS OPERATORIO. PACIENTE DEVE SE AFASTAR DE ATIVIDADES LABORAIS ATE ORDENS MEDICAS

CID: S62

RECIFE 05/01/2021

Dr. Victor Macêdo  
Cirurgia da Mão  
TEOT 15740  
CRM-PE 20366

DR. VICTOR MACEDO  
CRM: 20366





PACIENTE: CLEMERSON FERRAZ SILVA

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO APRESENTA HISTORIA DE FRATURA DE ESCAFOIDE ESQ HA 17 DIAS (18/12/2020) COM TRATAMENTO CIRURGICO HA 07 DIAS (27/12/2020) EVOLUINDO BEM NO POS OPERATORIO. PACIENTE DEVE SE AFASTAR DE ATIVIDADES LABORAIS ATE ORDENS MEDICAS

CID: S62

RECIFE 05/01/2021

Dr. Victor Macêdo  
Cirurgião da Mão  
TEOT 15740  
CRM-PE 20366

DR. VICTOR MACEDO  
CRM: 20366



## FICHA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES

Empresa: 1368427 HOSP ILHA DO LEITE  
Setor: 100590 TOMOGRAFIA - HIL  
Endereço:

## CLEMERSON FERRAZ SILVA

Pedido: 13710190  
Data do Pedido: 01/05/21 Prev Entrega: 06/05/2021  
Data / Hora: 01/05/21 12:53:08

Senha da Internet:  
R21797714

Atendimento: 22036470 Data: 01/05/2021  
Paciente: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA  
Nascimento: 19/08/1996 Telefone: 986674833  
Endereço: R. 10 R RUA MARIA HELENA, 245 COHAB CEP: 54.800-000  
Queixa Principal:

Operador: BARACHO  
Idade: 24 ano(s) Sexo: M

Convenio: HAPVIDA  
No. Carteira: 53252000237000014

Paciente: EXTERNO  
Motivo: ELETIVO

| Exames Solicitados                                    | Guia      | Medico Solicitante              | Senha | Qt confirmação | Qt VI Unit | VI Total |
|-------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------|-------|----------------|------------|----------|
| 34010025 TC DAS ARTICULACOES (EXT CLA-DMB-COT-PUN-SAC |           |                                 |       |                |            |          |
|                                                       | 999999371 | RENATA DE OLIVEIRA S. J23090040 |       | 1              | 0.00       | 0.00     |

!9&ci. "

2203647011

Quantidade Total de Exames Solicitados: 1 Valor TI de Exames Solicitados: 0.00

Telefone:

Observações:

ENTREGA DE RESULTADO DE EXAMES EM 01 DIA ÚTIL ATRAVÉS DO SITE WWW.HAPVIDA.COM.BR OU DE SEGUNDA A QUINTA DAS 08HS AS 17HS E SEXTA DAS 08HS AS 16HS, APRESENTAR FICHA DE ATENDIMENTO OU DOC DO CLIENTE

R7920R 1.22



## FICHA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES

Empresa: 1411268 HAPC BR ITAMARACA  
Setor: 613550 RAIO X - HAPC BR DE ITAMARACA  
Endereço:

CLEMERSON FERRAZ SILVA

Pedido: 13538301  
Data do Pedido: 30/03/21 Prev Entrega: 02/04/2021  
Data / Hora: 30/03/21 10:04:45

Senha da Internet:  
R21628233

Atendimento: 21855858 Data: 30/03/2021  
Paciente: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA  
Nascimento: 19/08/1996 Telefone: 986674833  
Endereço: R: 10 R RUA MARIA HELENA, 245 COHAB CEP: 54.800-000

Operador: JLANY  
Idade: 24 ano(s) Sexo: M

Queixa Principal:

Convenio: HAPVIDA  
No. Carteira: 53252000237000014

Paciente: EXTERNO  
Motivo: ELETIVO

| Exames Solicitados | Guia | Médico Solicitante | Senha | Dt confirmação | Qt | VI Unit | VI Total |
|--------------------|------|--------------------|-------|----------------|----|---------|----------|
|--------------------|------|--------------------|-------|----------------|----|---------|----------|

|                                                           |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 32030118 RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS - AMBOS OS LAUDOS |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

|          |               |           |  |  |   |      |      |
|----------|---------------|-----------|--|--|---|------|------|
| 93455240 | VICTOR MACEDO | J18776145 |  |  | 1 | 0.00 | 0.00 |
|----------|---------------|-----------|--|--|---|------|------|

!8x]]. "

2185585811

SOLICITACAO VIA SISTEMA MEDICO

|                                     |   |                                |      |
|-------------------------------------|---|--------------------------------|------|
| Quantidade Total de Exames Solicita | 1 | Valor TI de Exames Solicitados | 0.00 |
|-------------------------------------|---|--------------------------------|------|

Telefone:

Observações:

ENTREGA DE RESULTADO DE EXAMES EM 01 DIA ÚTIL ATRAVÉS DO SITE WWW.HAPVIDA.COM.BR OU DE SEGUNDA A QUINTA DAS 08HS AS 17HS E SEXTA DAS 08HS AS 16HS, APRESENTAR FICHA DE ATENDIMENTO OU DOC DO CLIENTE

R7920R 1.22



## FICHA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES

Empresa: 1369427 HOSP ILHA DO LEITE

Sator: 100550 RAIO X - HIL

Endereço: 50.070-430

CLEMERSON FERRAZ SILVA

Pedido: 15128227

Data do Pedido: 14/01/22 Prev Entrega: 19/01/2022

Data / Hora: 14/01/22 13:55:10

Senha da Internet:

R23211395

Atendimento: 23860977 Data: 14/01/2022

Paciente: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nascimento: 19/08/1996 Telefone: 966674833

Endereço: R. 10 R RUA MARIA HELENA, 245 COHAB CEP: 54.800-000

Queixa Principal:

Operador: MARILEIA

Idade: 25 ano(s)

Sexo: M

Convênio: HAPVIDA

Paciente: EXTERNO

No. Carteira: 53252000237000014

Motivo: ELETIVO

| Exames Solicitados                                   | Guia      | Medico Solicitante   | Senha     | Dt confirmação | Qt | Vi Unit | Vi Total |
|------------------------------------------------------|-----------|----------------------|-----------|----------------|----|---------|----------|
| 40803112 PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS - LADO ESQUERDO | 107911867 | FABILSON ANDRE CAVAF | K02899759 |                | 1  | 0.00    | 0.00     |

! : e , p . "

2386097711

Quantidade Total de Exames Solicita 1 Valor Ti de Exames Solicitados: 0.00

Telefone

Observações:

ENTREGA DE RESULTADO DE EXAMES EM 01 DIA ÚTIL ATRAVÉS DO SITE WWW.HAPVIDA.COM.BR OU DE SEGUNDA A QUINTA DAS 08HS AS 17HS E SEXTA DAS 08HS AS 16HS, APRESENTAR FICHA DE ATENDIMENTO OU DOC DO CLIENTE

R7920R 1.27





CIENTES  
IG SETUBAL  
W1 BOA VIAGEM

CLEMERSON FERRAZ SILVA

Pedido: 14446637

Data do Pedido: 09/09/21 Prev Entrega: 14/09/2021

Data / Hora: 09/09/21 14:01:07

Senha da Internet:  
R22532206

ULTRA SOM SER

Paciente: 22850263 Data: 09/09/2021 Operador: CLARINDO  
Paciente: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA Idade: 25 ano(s) Sexo: M  
Nascimento: 19/08/1996 Telefone: 988674633  
Endereço: R. 10 R. RUA MARIA HELENA, 245 COHAB CEP: 54.800-000  
Queixa Principal: FRATURA NO PUNHO ESQUERDO

Convênio: HAPVIDA

No. Carteira: 53252000237000014

Paciente: EXTERNO

Motivo: ELETIVO

| Exames Solicitados                                      | Guia      | Médico Solicitante  | Senha     | Qt. confirmação QI | VI Unit | VI Total |
|---------------------------------------------------------|-----------|---------------------|-----------|--------------------|---------|----------|
| 32030118 RX PUNHO: A P - LAT - OBLIQUAS - LADO ESQUERDO | 101696207 | FABILSON ANDRE CAVI | J50845270 | 1                  | 0.00    | 0.00     |

!9x%b."

SOLICITACAO VIA SISTEMA MEDICO

2285026311

Quantidade Total de Exames Solicit: 1 Valor TI de Exames Solicitados: 0.00

Telefone: 8121382984

Observações:

ENTREGA DE RESULTADO DE EXAMES EM 01 DIA ÚTIL ATRAVES DO SITE WWW.HAPVIDA.COM.BR OU DE SEGUNDA A QUINTA DAS 08HS AS 17HS E SEXTA DAS 08HS AS 16HS. APRESENTAR FICHA DE ATENDIMENTO OU DOC DO CLIENTE

R7920R 1:27



**apvida**

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

Dr. Victor Macedo  
Cirurgião de Mão  
TEOT 18740  
CRM-MG 20766

Dr. Victor Macedo  
Colégio da Mao  
TEOT 18740  
CRM de 2016

AUTISMO E PRESTAÇÃO A DESPENSABILIZAR  
A CATEGORIA OS RESULTADOS SÃO EXCELENTES.  
E MANUTENÇÃO DE BOM ATENDIMENTO

## RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

24/08/2021 12:20

Paciente: CLEMERSON FERRAZ SILVA

Dt. Nasc.: 19/08/1996

Atendimento: 22747818

Prontuário: 10776327

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

Leito: 300542/4

Profissional(is): FABILSON ANDRE CAVALCANTE SILVA, MÉDICO, CRM 20713 [1]

Nº: 23008642 24/08/2021 às 12:19

### DIAGNÓSTICOS

CID10

S833 RUPTURA TRAUMÁTICA DE LIGAMENTO(S) DO PUNHO E DO CARPO

[1]

### ORIENTAÇÕES GERAIS

Orientações Diversas

MANTER TALA ATÉ RETORNO AO MÉDICO ASSISTENTE  
MOBILIZAR OS DEDOS CONFORME ORIENTAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE  
FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS  
RETORNO AO AMBULATÓRIO DR FABILSON CAVALCANTE EM 01/09/21 (NECESSÁRIO AGENDAR PREVIAMENTE OU DATA MAIS PRÓXIMA)  
ALTA HOSPITALAR

[1]

Dr. Fabilson Cavalcante  
Cirurgião de Mão e Microcirurgião -  
CRM-PE 20713 TR0T 15684



## RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

277

Paciente: CLEMERTON FERRAZ SILVA

Dt. Nas.: 19/08/1996

Atendimento: 21300881

Prontuário: 1077

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 2 LINDAR - HE

Leito: 111-P02

Profissional(is): VICTOR SANTIAGO MACEDO, MÉDICO, CRM 20366 (1)

Nº: 19044853 27/12/2020 An: 16.0

### DIAGNÓSTICOS

CID10

S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MÃO

### RESUMO CLÍNICO

Evolução E Intercondições

EVOLUI BEM NO POS-OP E RECEBE ALTA COM INDICAÇÃO DE  
MANTER ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

### ALTA / TRANSFERÊNCIA

Paciente Curado

Sim

*Dr. Victor Macedo*  
Cirurgião da Mão  
TEL: 15740  
CRM-PE 20366





986674833 - 668108 Nº 4 6472213

[illegible][illegible]

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Nº 3682532020 1222554386

Nº 3682532020

hapvida



Para saber retorno do seu pedido médico comparecer presencial no prazo 10 DIAS ÚTEIS ou através do 0800.280.9130 e seu E-MAIL

DATA: 22/12/2020

8667 4833 - C.F.D.P

CITAÇÃO DE INTERNAÇÃO Nº 1140131

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

1 - DATA PRELIMINAR DE SOLICITAÇÃO

2 - DATA DE CANCELAMENTO DA SOLICITAÇÃO

DADOS DO BENEFICIÁRIO

3 - NOME

4 - ENDEREÇO DO BENEFICIÁRIO

5 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

6 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNV / IPR

7 - NOME DO CONTRATADO

8 - CÓDIGO CNV

9 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

10 - CONS. PROFISSIONAL

11 - Nº DO CONTRATO

12 - UF

13 - CÓDIGO CNV

DADOS DO CONTRATO SOLICITANTE / DADOS DA INTERNAÇÃO

14 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNV / IPR

15 - NOME DO PRETOR

16 - CARTEIRA DA INTERNAÇÃO

17 - TIPO DE INTERNAÇÃO

18 - REQUISITO DE INTERNAÇÃO

19 - QTTDE DIAS DE INTERNAÇÃO

20 - INDICAÇÃO CLÍNICA

21 - Class. 1 - Cirurgia 2 - Observação 3 - Ambulatório 4 - Procedimento 5 - Exame

22 - Motivo de Internação 1 - Hospitalar 2 - Ambulatório 3 - Emergência

Tratamento ortopédico de fratura de bacia  
A RSO com tomografia de Proctosigmoidoscopia

23 - TIPO DE DOENÇA

24 - TEMPO DA DOENÇA

INDICAÇÕES CIRÚRGICAS

25 - A - Agudo C - Crônica

26 - A - Agudo M - Moderado C - Crônica

27 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE

28 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Intenso 2 - Moderado

29 - CID 10 PRINCIPAL

30 - CID 10 (1)

31 - CID 10 (2)

32 - CID 10 (3)

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

33 - NOME

34 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

35 - DESCRIÇÃO

36 - QTTDE DIAS

37 - QTTDE DIAS

3.012.2A.5.000

Tratamento ortopédico de fratura de bacia

38 - NOME

39 - CÓDIGO DO DIA

40 - SITUAÇÃO DIA

41 - QTTDE

42 - PRECATORIO

43 - VALOR LIMITADO

PERMANÊNCIA DE RESERVA

Fid h

02

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

44 - DATA PRELIMINAR DE SOLICITAÇÃO

45 - QTTDE DIAS DA AUTORIZAÇÃO

46 - TIPO DE AUTORIZAÇÃO

47 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNV / IPR

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

49 - QTTDE DIAS DA AUTORIZAÇÃO

50 - ORIENTAÇÃO

Dr. Victor Macedo  
Clínico de Mão  
CRP 15740  
CRM-P 20366

51 - DATA E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

52 - DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO (OU RESPONSÁVEL)

53 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO



**NOME:** CLEMERSON FERRAZ SILVA

## RECEITUÁRIO MÉDICO

### USO EXTERNO

1) PERMESE ou DIPROSPAN-----1 UND.

Aplicar IntraMuscular em região glútea profunda  
Dose única

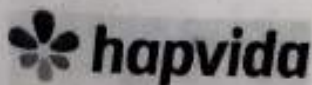
Recife, 30 de março de 2021

Dr. Victor Macedo  
Cirurgia da Mão  
TEOT 15740  
CRM-PE 20366

Dr. Victor Macedo  
CIRURGIA MÃO / ORTOPEDIA  
CRM 20366 / SBOT 15740

Hapclínica Recife - Rua do Espinheiro, Nº 119, Espinheiro, Recife-PE,  
Fone: (81) 3217.4200





Diagnóstico

# HAPVIDA DIAGNÓSTICO

RAIO X - HAPC BR DE ITAMARACA

Pag 1 de 1

Data 04/01/2021

Paciente...: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nascimento.: 19/08/1996 Sexo:M

NºPedido: 13055563

RG.: 9291752 SSP PE

CPF.: 12483386423

Convênio...: HAPVIDA

Matrícula...: 53252000237000014

Solicitante: Dr(a) TRANSCRIÇÃO RECIFE P

## Exame:

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS - BILATERAL

Dt Realização: Dt Liberação:

04/01/21 08:46 05/01/21 11:03

## RELATÓRIO:

- Exame para controle evolutivo.
- Correlacionar com exames anteriores.

ADRIANA BARBALHO FERRAZ FRANCO - CRM 12061-PE



**hapvida**

Diagnóstico

**HAPVIDA DIAGNÓSTICO**

TOMOGRAFIA - CM DERBY

Pag 1 de 1

Data 18/12/2020

Paciente...: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nascimento.: 19/08/1996 Sexo: M

Nº Pedido: 13000325

RG.: 9291752 SSP PE

CPF.: 12483386423

Convênio...: HAPVIDA

Matricula.: 53252000237000014

Solicitante: Dr(a) RENATA DE OLIVEIRA

**Exame:**

TC DAS ARTICULAÇÕES (EXT CLA-OMB-COT-PUN-SAC)

Dt Realização: Dt Liberação:

18/12/20 21:30 18/12/20 23:10

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS PUNHOS

**MÉTODO:**

Estudo realizado com tomógrafo multislice, sem a administração do meio de contraste venoso, com aquisição de imagens axiais, as quais foram pós processadas em reformatações multiplanares.

**ANÁLISE:**

Exame realizado em caráter de urgência.

Fratura transversa completa no colo do escafoide esquerdo, sem desalinhamento significativo, exibindo diástase de fragmentos de até 1,6 mm.

Fratura oblíqua completa no aspecto posterior/dorsal do piramidal direito, sem diástase significativa entre fragmentos.

Fratura cominutiva no aspecto anterior/ventral do pisiforme direito, com diástase de até 2,0 mm entre fragmentos.

Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.

Fendas articulares preservadas.

Ausência de derrame articular significativo.

Planos musculares e gordurosos sem alterações expressivas ao método.

MURILO CAMPOS CALEGARI - CRM 21904-DF



**hapvida**

Diagnóstico

**HAPVIDA DIAGNÓSTICO**

RAIO X - HAPC BR DE ITAMARACA

Pag 1 de 1

Data 11/01/2021

Paciente...: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nascimento...: 19/06/1996 Sexo: M

Nº Pedido: 13094589

RG: 9291782 SSP PE

CPF: 12483386423

Convênio: HAPVIDA

Matrícula: 53252000237000014

Solicitante: Dr(a) VICTOR SANTIAGO MAC

**Exame:**

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS - BILATERAL

Dt Realização: Dt Liberação:

11/01/21 09:56 11/01/21 10:09

**RELATÓRIO:**

- Exame para controle evolutivo.
- Correlacionar com exames anteriores.

ADRIANA BARBALHO FERRAZ FRANCO - CRM 12881-PE





**hapvida**

**HAPVIDA DIAGNÓSTICO**

Diagnóstico

**TOMOGRAFIA - HIL**

Pag 1 de 1

Data 01/05/2021

Paciente...: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nascimento.: 19/08/1996 Sexo: M

Nº Pedido: 13710190

RG.: 9291752 SSP PE

CPF.: 12483386423

Convênio HAPVIDA

Matricula: 53252000237000014

Solicitante Dr(a) RENATA DE OLIVEIRA

**Exame:**

TC DAS ARTICULACOES (EXT CLA-OMB-COT-PUN-SAC

Dt Realização: Dt Liberação:

01/05/21 12:52 05/05/21 14:00

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO ESQUERDO

**INDICAÇÃO DO EXAME:**

Controle evolutivo

**TÉCNICA DO EXAME**

Realizadas aquisições volumétricas, em aparelho de multidetecores, com posteriores reformatações multiplanares e tridimensionais, sem a utilização da fase venosa contrastada de acordo com a solicitação clínica

**OS SEQUENTES ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:**

Parafuso metálico no eixo longitudinal do escafoide sem evidências inequívocas de fraturas.  
Alargamento do espaço entre o escafoide e o osso semilunar sugerindo lesão ligamentar.  
Estruturas ósseas, sem evidências de osteonecrose ou lesões com características agressivas. Também não há evidências de fraturas.  
Planos miotendíneos e adiposos sem alterações tomográficas.  
Não há evidências de derrame articular pelo método

Exame documentado em CD



ADRIANO LEITÃO ROCHA DE SA - CRM 16089-PE





# HAPVIDA DIAGNÓSTICO

## TOMOGRAFIA - CM DERBY

Pag 1 de 1  
Data 18/12/2020

Paciente...: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nascimento.: 19/08/1996 Sexo: M

Nº Pedido: 13000325

RG.: 9291752 SSP PE

CPF.: 12483386423

Convênio.: HAPVIDA

Matricula.: 53252000237000014

Solicitante: Dr(a) RENATA DE OLIVEIRA

Exame:

Dt Realização: Dt Liberação:

TC DAS ARTICULACOES (EXT CLA-OMB-COT-PUN-SAC

18/12/20 21:30 18/12/20 23:10

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS PUNHOS

### MÉTODO

Estudo realizado com tomógrafo multislice, sem a administração do meio de contraste venoso, com aquisição de imagens axiais, as quais foram pós processadas em reformatações multiplanares.

### ANÁLISE

Exame realizado em caráter de urgência.

Fratura transversa completa no colo do escafoide esquerdo, sem desalinhamento significativo, exibindo diástase de fragmentos de até 1,6 mm.

Fratura oblíqua completa no aspecto posterior/dorsal do piramidal direito, sem diástase significativa entre fragmentos.

Fratura cominutiva no aspecto anterior/ventral do pisiforme direito, com diástase de até 2,0 mm entre fragmentos.

Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.

Fendas articulares preservadas.

Ausência de derrame articular significativo.

Planos musculares e gordurosos sem alterações expressivas ao método.

MURIEL CAMPOS CALEGARI - CRM 21904-DF





**hapvida**

Diagnóstico

**HAPVIDA DIAGNÓSTICO**  
ULTRASOM - HAPC BR ITAMARACA

Pag 1 de 1  
Data 31/03/2021

Paciente...: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nº Pedido: 13544456

Convênio...: HAPVIDA

Solicitante: Dr(a) VICTOR SANTIAGO MAC

Nascimento.: 19/08/1996 Sexo: M

CPF.: 12483386423

Matricula: 53252000237000014

Exame:  
US ARTICULACAO

Dt Realização: 31/03/21 14:14  
Dt Liberação: 31/03/21 15:09

**ULTRASSONOGRAMA DO PUNHO ESQUERDO**

O estudo ecotomográfico utilizando-se transdutor linear de 7.5 MHz em estudo dinâmico, revela:

Tendões que compõem o IV compartimento extensor encontra-se espessado e envolto por pequena quantidade de líquido. Demais tendões dos músculos extensores do carpo e dos quirodáctilos com espessura habitual e padrão fibrilar preservado, sem sinais de ruptura ou calcificação na sua intimidade.

O compartimento de De Quervain apresentando os tendões do músculo abdutor longo e extensor curto do polegar com espessura e ecogenicidade habituais.

Tendões dos músculos flexores digitais com padrão fibrilar preservado, sem sinais de abaulamento do túnel do carpo, sendo demonstrado nervo mediano com ecogenicidade habitual e área de secção transversa dentro dos limites da normalidade.

Não observada formação cística de partes moles nesta topografia.

Observa-se espessamento sinovial intracarpal.

Nervo mediano 7,0 mm<sup>2</sup>

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- Sinovite
- Tenossinovite dos extensores dos dedos e próprio do indicador

BRUNO PLACIDO DAMASCENO DE OLIVEIRA - CRM 20239-  
PE



## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMERSON FERRAZ SILVA às 23:31, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 15 (QUINZE) dia(s), a partir de 18/12/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S620

Código da Doença

Recife 18-12-2020  
Local e Data

Assinatura do Médico

ALEXANDRE SAVIO AVELINO DE SOUZA

CRM 11711

*Alexandre Savio A. de Souza*  
*havia*

Alexandre Savio A. de Souza  
Traumato - Ortopedia  
CREMEPE 11711

Aceito a Colocação do CID. Assinado us \_\_\_\_\_

Código de Autenticação : BMFXS20Q0B3T3  
Solicitacao da Senha : 18/12/2020 20:26:46





**ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE**  
R DO ESPINHEIRO, 222 - ESPINHEIRO  
52020-002 RECIFE - PE

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMERSON FERRAZ SILVA às 15:34, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 15 (QUINZE) dia(s), a partir de 27/12/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S620

Código da Doença

Local e Data  
**Dr. Victor Macedo**  
Cirurgia da Mão  
TEOT/15740  
Assinatura do Médico

VICTOR SANTIAGO MACEDO

CRM 20366

Aceito a Colocação do CID. Assinado us \_\_\_\_\_

Código de Autenticação: BUIPB20Q0U8T3

R2002

VICTOR SANTIAGO DE MACEDO

27/12/2020 15:34

10.1.32.207



## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMERSON FERRAZ SILVA às 12:20, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 30 (TRINTA) dia(s), a partir de 24/08/2021, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S633

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

FABILSON ANDRE CAVALCANTE SILVA

CRM 20713

Aceito a Colocação do CID. Assinado us

Código de Autenticação : BCUMY81Q0V1T3

Dr. Fabilson Cavalcante  
Cirurgião de Mão e Microcirurgia  
CRM-PE 20713 TE07 1568

R3002

FABILSON ANDRE CAVALCANTE SILVA 24/08/2021 12:20

10-1 32 206



## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMERSON FERRAZ SILVA às 23:31, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 15 (QUINZE) dia(s), a partir de 18/12/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S620

Código da Doença

Recife 18-12-2020  
Local e Data

Assinatura do Médico

ALEXANDRE SAVIO AVELINO DE SOUZA

CRM 11711

*Alexandre Savio A. de Souza*

Alexandre Savio A. de Souza  
Traumatol - Ortopedia  
CREMEPE 11711

Aceito a Colocação do CID. Assinado us \_\_\_\_\_

Código de Autenticação : BMFXS20Q0B3T3

Solicitação da Senha : 18/12/2020 20:26:46





## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMERSON FERRAZ SILVA às 10:08 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho por 15 ( QUINZE ) dias, a partir de 05/01/2021, tendo como causa do atendimento

S62

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico  
Dr. Victor Macedo  
Cirurgia da Mão  
TEO 15740  
CRM-PE 20366

VSMACEDO  
Autenticação: BKXKF11Q0U8K0

05/01/2021 10:23





**ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE**

**R DO ESPINHEIRO, 222 - ESPINHEIRO**

**52020-002 RECIFE - PE**

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMERSON FERRAZ SILVA às 15:34, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 15 (QUINZE) dia(s), a partir de 27/12/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S620

Código da Doença

Local e Data  
Dr. Victor Macedo  
Cirurgia de Mão  
TEOT 15740  
Assinatura: 20366

VICTOR SANTIAGO MACEDO

CRM 20366

Aceito a Colocação do CID. Assinado us \_\_\_\_\_

Código de Autenticação : BUIPB20Q0U8T3

R0362

VICTOR SANTIAGO DE MACEDO

27/12/2020 15:34

10.1.32.207





## ATESTADO MÉDICO

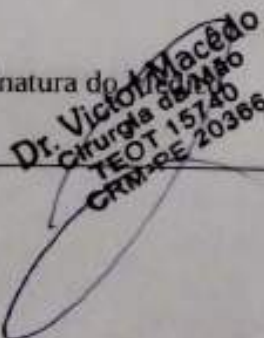
Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMERSON FERRAZ SILVA às 10:58 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho por 15 ( QUINZE ) dias, a partir de 19/01/2021, tendo como causa do atendimento

S62

-----  
Código da Doença

\_\_\_\_\_  
Local e Data

Assinatura do

  
Dr. Victor Macêdo  
Cirurgião de Mão  
TEOT 15740  
CRM-PE 20386

VSMACEDO  
Autenticação: BGILT11Q0U8K0

19/01/2021 11:08





## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMERSON FERRAZ SILVA às 08:34 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho por 30 ( TRINTA ) dias, a partir de 22/12/2020, tendo como causa do atendimento

S62

-----  
Código da Doença

-----  
Local e Data

Dr. Victor Macêdo  
Assinatura do Médico  
Cirurgia da Mão  
TEOT 16740  
CRM-PE 20366

VSMACEDO  
Autenticação: BCXIW2DQ0U8K0

22/12/2020 08:49





## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMERSON FERRAZ SILVA às 10:58 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho por 15 ( QUINZE ) dias, a partir de 19/01/2021, tendo como causa do atendimento

S62

-----  
Código da Doença

-----  
Local e Data

Assinatura de **Dr. Victor Macêdo**  
Cirurgia Geral  
TEOT 15740  
CRM-PE 20366

VSMACEDO  
Autenticação: BGLT11Q0U8K0

19/01/2021 11:08





## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMERSON FERRAZ SILVA às 08:34 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho por 30 ( TRINTA ) dias, a partir de 22/12/2020, tendo como causa do atendimento

S62

Código da Doença

Local e Data

Dr. Victor Macêdo  
Assinatura do Médico  
Clorofila da Mão  
TEOT 16740  
CRM-PE 20366

VSMACEDO  
Autenticação: BCKTW20Q0U8K0

22/12/2020 08:49





## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMERSON FERRAZ SILVA às 10:08 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho por 15 ( QUINZE ) dias, a partir de 05/01/2021, tendo como causa do atendimento

S62

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico  
**Dr. Victor Macedo**  
Cirurgia da Mão  
TEOT 15740  
CRM-PE 20366

VSMACEDO  
Autenticação: BKXKF11Q0U8K0

05/01/2021 10:23

