

OUTORGANTE: ANGELITA MARIA FERREIRA, BRASILEIRA, SOLTEIRA, DIARISTA, CPF Nº 960.570.094-87, RESIDENTE NA AV. PROFESSOR JOSE DOS ANJOS, N. 23, ARRUDA, RECIFE/PE, CEP 52.120-100.

OUTORGADO: RIVADAVIA NUNES DE ALENCAR BARROS NETO SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA – EIRELI, CNPJ Nº 24.601.231/0001-19, inscrita na OAB/PE sob o nº 1.933, com sede na AV. EVARISTO DA VEIGA, N 217, SALA 402, TORQUE EMPRESARIAL, CASA AMARELA, RECIFE/PE, CEP 52.070-100, representada por seu titular, **Dr. Rivadávia Nunes de Alencar Barros Neto**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-PE sob o nº 25410.

PODERES: Os contidos na cláusula "AD JUDICIA E AT EXTRA". E em especial para representar o(a) Outorgante, ativa ou passivamente, podendo, para tanto, conjunta ou isoladamente, independentemente da ordem de nomeação, propor ações, receber citações, notificações, intimações, peticionar, transigir, desistir, fazer acordo, dar quitação, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromisso, atuando em juízo, especial ou comum, ou qualquer outra instância judicial ou administrativa, agindo em conjunto ou isoladamente, podendo para tanto substabelecer no todo ou em parte e, por fim, praticar os demais atos conexos aos já enumerados expressamente.

RECIFE, 23/01/2019.

Angelia mara Flores
AUTORGANTE

O OUTORGANTE e o OUTORGADO acordam, desde já, à título de honorários advocatícios, que o OUTORGANTE pagará o valor de 20% sobre o proveito econômico da ação, autorizando a sua retenção em juízo e expedição de alvará/RPV/precatório em separado, sem prejuízo de outros valores acordados em outro instrumento de contrato.

RECEIVED 23/01/2019

Angelika Maria F. von
AUTORISANTE

OUTORGADO

Ataie-Wide-Set-Index-4434-e9b-RWAG-06A-BLAD6.06-rt-BN2AR-BAR-RGS-16ET0-158438SD0005-04-2800501



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, ANGELITA MARIA FERREIRA, BRASILEIRA, SOLTEIRA, DIARISTA, CPF Nº 960.570.094-87, RESIDENTE NA AV. PROFESSOR JOSE DOS ANJOS, N 23, ARRUDA, RECIFE/PF CEP 52.120-100, declaro, nos termos da Lei 7.115/83, especialmente para obter o benefício da Assistência Judiciária Gratuita de que trata a Lei 1.060/50, que é pobre na acepção legal do termo, não dispondo de recursos financeiros para o pagamento das custas, despesas processuais e honorários de advogado e perito.

RECIFE, 23/01/2010.

Angelita Maria Ferreira
DECLARANTE

<http://pje.trf4.jus.br/proc/maquinas/nude606-rlbncar/barras1601015243322000040800561>





<http://www.jusbrasil.com.br/doc/15243883300000040800753>



Telefone para contato 2:

Usuário:

Email:

26/05/2017 11:24

<http://pctbap02.provma/cnis/faces/pages/pb/cnis/comprimento/a>





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 001ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO BRANCO - DP1ªCIRC
DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0091002235

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/11/2017 às 15:08

Complementa o BO Número: 17E0091002233

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Duvidav (Consumado) que aconteceu no dia 25/10/2017 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA SUL, 1, NO SEMAFORO DEFRONTE AS
"TORRES GEMAS" - Bairro: SAO JOSE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTORISTA DESCONHECIDO (AUTOR (AGENTE))
MARCIO FERREIRA (NOTICIANTE)
ANGELITA MARIA FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARCIO
FERREIRA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
MOTORISTA DESCONHECIDO

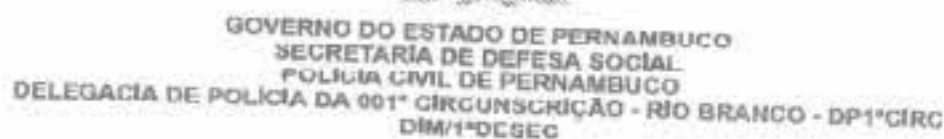
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

ANGELITA MAIRA FERREIRA (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe: CICERA MARIA DA
SILVA Data de Nascimento: 20/06/1969 Nacionalidade: IPOJUCA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
+7-00000000000 (RG) 66666666666 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU
COMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares:
- 968827735

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): IML PARA EXAME DE CORPO DELITO
Endereço Residencial: RUA PASTOR ISRAEL VIEIRA FERREIRA, 70, BLOCO D CASA 16 - CEP: 56005-
000 - Bairro: ARRUDA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

Attestado de verificação: 17E0091002235





Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/11/2017 às 15:08

Complementaria al BO Número: 17E0091002233

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **25/10/2017** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA SUL, 1, NO SEMAFORO DEFRONTE AS
"TORRES GEMEAS" - Bairro: SAO JOSE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTORISTA DESCONHECIDO (ALTO) AGENTE)
MARCIO FERREIRA (NOTICIANTE)
ANGELITA MARIA FERREIRA (VITIMA)

Obiect(a) studiat(a) la ocazia:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a); MANCIO
FERREIRA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a);
MOTORISTA DESLIGNEADO

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

ANGELITA MARIA FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino, Mês: CICERA MARIA DA SILVA Data de Nascimento: 20/05/1969 Naturalidade: POJUCA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4742209/308/PE (RG), 98057009407 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: DO LAR telefones Celulares: 986827735

Exame periódico (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residência: **RUA PASTOR ISRAEL VIEIRA FERREIRA, 70, BLOCO D CASA 46 - CEP: 66004-000 - Bairro: ARRUDA - RECIFE/PE/AMAMBUCA/BRASIL**



MARCIO FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IVANISE SOARES FERREIRA** Data de Nascimento: **28/1/1974** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3458409/509/PE (RG) - 73289852487 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª GRAU**
COMPLETO Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Fixos: **- 41415205**
Telefones Celulares: **- 996258100**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residência: **RUA PASTOR ISRAEL VIEIRA FERREIRA, 70, BLOCO D CASA 16 - CEP: 55000-000 - Bairro: ARRUDA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

COLETIVO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MOTORISTA DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(s): **MOTORISTA DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/VW** **NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KFV9949** (PERNAMBUCO) **NÃO INFORMADO**
Descrição: **CIDADE ALTA**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCIO FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(s): **MARCIO FERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA** **NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **GINZA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFD0458** (PERNAMBUCO) **RECIFE** Registro: **339479310** Chassi: **9C2KC16808R534455**
Ano + fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

INFORMOU A COMUNICANTE QUE AO TRANSITAR COM SEU COMPANHEIRO NA MOTOCICLETA JA MENCIONADA, FORAM ATROPELADOS POR UM MOTORISTA DESCONHECIDO QUE CONDUZIA O COLETIVO CITADO NESTE BOLETIM DE PLACA: KFZ0049-CLINDA - PE, DE NUMERO DE ORDEM: 1034000 ITINERARIO DESLIGADO, QUE ELA A VITIMA SOFREU LESOES CORPORAIS NA SUA PERNA ESQUERDA, QUE NO LOCAL DO ACIDENTE COMPARECEU UMA AMBULANCIA DO SUS A QUAL A CONDUZIU PARA A EMERGENCIA DO HOSPITAL GETULIO VARGAS NESTA CIDADE DO RECIFE, QUE PERMANECIU A MESMA INTERNADA NAQUELE HOSPITAL DURANTE 13 DIAS ONDE PASSOU POR VARIAS CIRURGIAS. E A OUTRA VITIMA DE NOME: MARCIO FERREIRA FORAM FEITOS OS PRIMEIROS SOCORROS NO LOCAL E EM SEGUIDA FOI LIBERADO PELO SAMU, QUE O MESMO SOFREU ESCURIAÇOES PELO CORPO CABELUDO NAS PERNAS, JOELHO ESQUERDO E NOBRACO DIREITO. ATRAVES DWESSA AUTORIDADE SOLICITA PROVIDENCIAS CABIVEIS.

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

Angelita Maria Ferreira
ANGELITA MARIA FERREIRA
(VITIMA)

Atip: 41415205/18021815243918400000040800830




MARCIO FERREIRA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **IVAN FERREIRA DE LIMA** - Matrícula: **3810925**


Ivan Ferreira de Lima

<http://www.jscam4341.gov.br/MAQUINA/NUMERO/REGISTRAR/BAIXAR/NOTICIA/52433/38400309-0800830>





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ANGELITA MARIA FERREIRA

ATENDIMENTO: 501354

Prontuário: 1067628

Data Nasc.: 20/06/1969

Idade: 48

Sexo: FEMININO

Cor:

CNS: 707009860481634

Nº: 70

Estado: PE

HCV - Hospital Getúlio Vargas

501410

Prontuário: 1067628

01162

Atendimento

Paciente: ANGELITA MARIA FERREIRA

CNS: 707009860481634

Cidade: SALA DE RECUPERAÇÃO

LAPO: SR 18

Nascimento: 20/06/1969 Idade: 48 Anos 4 Meses

Sexo: FEMININO

Mãe: CECILIA MARIA DA SILVA

Fone: 9825-2158

Endereço: RUA BARROSA, 1000 - JARDIM BARROSA - RECUPERAÇÃO - RECUPERAÇÃO - RECUPERAÇÃO

Cep: 51.030-15

Observação: 1. AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA - RISCO DE QUEDA - RISCO DE QUEDA

Profissão:

Ocorrência: NEPERE DOR COLISÃO MOTO COM ONIBUS

Idente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA: 25/10/2017 HORA: 11:33 Médico:

Queixa Principal / HDA:

Neperer dor no dorso da coluna lombar há 10 dias. Refere dor em PNE: Sim.

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Tipo: Queda de altura

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Tipo: Queda de altura

Motociclista: ☐ Passageiro: ☐

Atrópelamento: Sim ☐ Não ☐

Local de Impacto:

Vitima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Cotou Queixa: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐

Por:

Transporte Realizado por: Carro

Condições de Imobilização adjuvadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

Exame Físico:

Geral

Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐

O paciente fala: Sim ☐ Não ☐

Tamp.: C4

Exame físico: Geral. Via aérea esta pervia: Sim. O paciente fala: Sim. Tamp.: C4.

B: Respiratório

PA: x mmHg

Pulso: bpm

C: Circulatório

PA: x mmHg

Pulso: bpm

U: Exames Neurológico

Deficiência motora: MDO ☐ MDC ☐ MID ☐ MIC ☐

Pupilas: Isoconcas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Fórmula Apical, indolente, 4/4/16	
Diagnóstico Inicial: Polipneumonia - lóbulos de pulmão	
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados: 1 - Especializados	
Resultado de Exames:	Código Procedimento:
Treatmento / Procedimentos:	Código Procedimento:
Instituição Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:	Ass. Médico + Cirúrgico
Evolução da Enfermagem:	Ass. Médico + Cirúrgico
Diag. Definitivo:	Ass. Enfermeira + Cirúrgico
Definição do Caso:	Condição de Alta:
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadir-se	☐ Curado ☐ Melhorado
	☐ Inalterado ☐ Piorado
	☐ Óbito
Informação do Serviço Social	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação da Endereço:	
Procedência: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐	Assist. Social:
Observações:	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência	
Médico:	CRM/CRO:
Data:	Hora:
Termo de Responsabilidade Para Internamento:	
Estou ciente das normas existentes 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:
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:
Cadastro: 25/10/2017 11:33 h RAULITACBS	Impressão: 25/10/2017 11:33 h RAULITACBS



Médico

Atenção: Este formulário é de uso exclusivo do Hospital Getúlio Vargas. Não é permitido a reprodução ou a utilização para fins comerciais.



Número do documento: 1902181524393350000040801137

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 25/10/2017 11:24

Nome Paciente: ANGELITA MARIA FERREIRA
Cod. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Feminino
Idade: 48
Senha: E0014
Convenio:
Atendimento:
SAME:

707009850461634

Período: 25/10/2017 11:20 - 25/10/2017 11:26

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

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: REFERE DOR E DEFORMIDADE EM MIE APOS COLISÃO MOTO X ONIBUS.

HAS-
DM,
AI FRGA NFRA

servação: SAMU

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5
- ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15

Análise(s) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO:

Data Impressão: 25/10/2017 11:26

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Atenção: Este documento é de propriedade da NUDESS-DE-RENDAS BARROS NETO e não deve ser reproduzido sem a autorização da empresa.



Número do documento: 19021815243933500000040801137

 SECRETARIA DE Saúde do Estado do Rio de Janeiro HOSPITAL Getúlio Vargas		FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA	
NOME: <u>ROSELIANE RIBEIRO PEREIRA</u>			
Nº DO REGISTRO: <u>00000000000000000000</u>		DATA DE ADMISSÃO: <u>21/01/2018</u>	
BETÃO: <u>00000000000000000000</u>			
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 SENSORIAL, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINuíDA		
☐	HISTÓRIA PREVIA DE QUEDA		
☐	ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA)		
☐	OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL		
☐	SEDACÃO/ANESTESIA		
☐	MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL		
☐	URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL		
☐	HIPOTENÇÃO 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		ASSINATURA (ORIENTADO): _____	
☐ NÃO			
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 sensorial ou motor; 7. Estimular o uso de acessórios de apoio; 8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante a 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: _____			
Assinatura da Enfermeira Responsável: _____ Assinatura do Médico Responsável: _____ Assinatura do Enfermeiro Responsável: _____			

Atenção: este formulário é de uso exclusivo do Hospital Getúlio Vargas. Não deve ser utilizado para outros fins.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas				SUMÁRIO DE ALTA PROTESE 02 (DUAS) VIAS	
NOME: <u>JOÃO CARLOS DE ALMEIDA</u>		DATA DO SUB: <u>17/11/17</u>			
NOME DA MÃE: <u>JOÃO CARLOS DE ALMEIDA</u>		DATA DO REGISTRO: <u>17/11/17</u>			
PLACENTA:	ESPERANÇA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO:		
DATA DE NASCIMENTO:	EXIDE:	PESSO:	ALTURA:	SEXO:	R. ☐ M. ☐
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO CAHED MÉDICO): <u>Fístula de tórax direito, contida</u>					
COMORBIDADES:					
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Retirada de fístula ext/Thorax</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VESTIBO):					
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>01/11/17</u>		DATA DA ALTA: <u>27/11/17</u>		DIAS DE INTERNAÇÃO: <u>26</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		QD:		CAMBÓRIO/ESTATUTAMENTO	
COD.	ESQUE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA	
1	QUIRURGIA	<u>Dr. João Carlos de Almeida</u>			
2	1º AUXÍLIO QUIRÚRGICO	<u>Dr. João Carlos de Almeida</u>			
3	2º AUXÍLIO QUIRÚRGICO				
4	ANESTESISTA				
5	CLÍNICO				
PROCEDIMENTOS SIMPLIFICADOS					
☐ DATA DE ROMPIMENTO	☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL	☐ USO DE ÓCULOS E PRÓTESE			
☐ DATA DE VTI	☐ USO DE FATOR DE COAGULAÇÃO	☐ HEMODIÁLISE			
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ USO DE OXIGÊNIO	☐			
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)					
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS: <u>Trouxe fístula no tórax</u> <u>04150 300 13</u> <u>04080 00 300 / T440</u> <u>041080 50 300 / S822</u>					
INDICAÇÕES DE TRANSFERÊNCIA E DE ALTA:					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:					
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:					
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OSTO: ☐ ML ☐ SVD ☐ SO					
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:					
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Paciente com folha de dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.					
DATA: <u>17/11/17</u>		ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:			
Assinatura do Responsável: <u>Dr. João Carlos de Almeida</u>		Assinatura do Responsável: <u>Dr. João Carlos de Almeida</u>			

Atenção: Este documento é de uso exclusivo do Hospital Getúlio Vargas. Não pode ser reproduzido ou utilizado para fins comerciais. Qualquer violação será punida.





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
**HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS**

Secretaria Estadual de Saúde



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome: ANGELITA MARIA FERREIRA

Prontuário: 1067628

Data da operação: 25/10/2017

Operador: DR. ARTHUR LOCATTEI

1º auxiliar: DR. SÉRGIO PHELLIP R3

2º auxiliar: DR. DANTEL SALDANHA R2

Diagnóstico pré-operatório: LUXAÇÃO EXPOSTA DE TÍBIA + FRATURA DE FÍBULA.
AMBAS À ESQUERDA

Tipo de operação: LMC+ APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE
TORNOZELO ESQUERDO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal submetido a anestesia
- 2) Assepsia e antissepsia
- 3) Aposição de campos estéreis
- 4) Limpeza com abundante SF 0,9%
- 5) Redução incruenta
- 6) Aposição de fixador externo tubo-a-tubo com montagem em delta sob
visualização com radioscopia
- 7) Observada redução satisfatória
- 8) Curativo
- 9) Observada boa perfusão distal ao final do procedimento

OBS: SOLICITO AVALIAÇÃO DO GRUPO DO PÉ

VANIELA
2017

Attestado de realização da cirurgia: NÚMERO DE REGISTRO: BARROS TETCI-5243322900304-0801137





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: ANGELITA MARIA FERREIRA REG: 1067628

Data da operação: 07/11/2017

Operador: Dr. ROMERO NERY

1º auxiliar: Dr. ARISSON LEITE

Anestesiista: DRA. JULIANA JAMILLY

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Tipo de operação: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TORNOZELO E +
ARTROTOMIA + RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raqui anestesia;
- 2) Retirada da fixador externo do tornozelo esquerdo;
- 3) Assepsia + antissepsia + aposição de campos cirúrgicos;
- 4) Realizada incisão em face lateral de tornozelo e obedecendo incisão prévia;
- 5) Divisão por planos anatômicos até foco de osteossíntese;
- 6) Limpeza copiosa com SF0,9%;
- 7) Retirada de parafuso de fechamento de sín-desmose;
- 8) Realizada redução cruenta para fechamento adequado de sín-desmose;
- 9) Aposicionado novo parafuso de fixação de sín-desmose;
- 10) Visualizada boa redução à fluoroscopia;
- 11) Sutura por planos;
- 12) Curativo Estéril;
- 13) Observado boa perfusão em MIE após o procedimento;
- 14) Condiciona de alta boa.

Attestado de verificação: NÚMERO DE REGISTRO: 15243328900304-0801137



Número do documento: 19021815243933500000040801137

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, s/n, Condeão, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente **ANGELITA MARIA FERREIRA** esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumató-ortopedia, de 25/10/17 ao dia 14/11/17, para tratamento médico-hospitalar. Necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento das atividades habituais para prosseguir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CD 10:

Recife, 14/11/17


CRM-PE

Assinatura do Médico

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, s/n, Condeão, Recife/PE

DECLARAÇÃO

Atesto para os devidos fins que o paciente **ANGELITA MARIA FERREIRA**, esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumató-ortopedia, de 25/10/17 ao dia 14/11/17, para tratamento médico-hospitalar.

CD 10:

Exibo a cargo do MÉDICO PERITO avaliar questões trabalhistas e afins.

Recife, 14/11/17


CRM-PE

Assinatura do Médico

http://pje-pe.jus.br/4341/pje/02/MAG/CDA/NUMDELOG/RLBNOZAR/BARRQS/NETO3-1524395440000040801183



ATENÇÃO

Todas as informações contidas neste cartão deverão ser legíveis, e de uso exclusivo dos funcionários do Setor de Marcação e ou profissionais autorizados.

HGV
Informação Consulta
31845786

Av. Gal. San Martín s/n - 50108-000
Recife - PE - CEP. 50.000-000
Fone: 0XX 81.3184.5600

R.1001.V.01.2013



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Cetúlio Vargas



CARTÃO DE CONSULTA

1072 - Hospital Cetúlio Vargas

CNS: 707009850461634

Nome: **ANGELITA MARIA FERREIRA**

Nasceu: 20/06/1989

Sexo: FEMININO

Fone: (81) 3825-2150

Mãe: CÍCERA MARIA DA SILVA

End: RUA PASTOR ISRAEL VIEIRA FERREIRA, 76

Cidade: D. M.

Estado: ARRUDA

Cidade: RECIFE

CEP: 52128-015

Cl. Cadastro: 01/01/2013, 08:11:31 Usuário: HALLITACB

Observações:

13/02/2017 - Dr. MARIANA - 10/02/2017 - 10/02/2017

DATA	HORA	NCO	CLÍNICA	RUBRICA
06/12/17	10h	Grupos	(Seta)	SD
10/01/18	10h	Prepense	pe	SD
13-06-18	10h	Grupos	pe	SD
18/02/18	10h	Grupos	pe	SD
27/02/19	10h	Grupos	pe	SD

Atenção: Este cartão é de uso exclusivo dos funcionários do Setor de Marcação e ou profissionais autorizados.





Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 157.11.2017
EM: 08.01.2018

Atendendo ao requerimento da paciente Sra. **ANGELITA MARIA FERREIRA**, portadora do Documento de Identidade nº **4745269** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **960.570.094-87**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-397263**, que no dia 25 de outubro de 2017, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima envolvida em colisão entre ônibus e moto, por volta das 10h39, na Avenida Cais de Santa Rita, em frente as Torres Gêmeas, São José, Recife/PE e, em seguida, socorrida para o Hospital Getúlio Vargas, Recife, 08 de janeiro de 2018.

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

Atte: <http://app-ajv-jornal4341.gst/REMACIDA/NUMERO-RENDAR-BARRAS-1902181524397660000040801227>



Número do documento: 1902181524397660000040801227

 Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro HOSPITAL Getúlio Vargas		RECEITUÁRIO	
NOME COMPLETO: <i>Angelita Maria Leonardo</i>			
IDADE: <i>50</i>		SEXO: F ☒ M ☐	
<i>Receita para o tratamento em ambulatório de 2017, de pré-funcão do transtorno bipolar.</i> <i>Exames e Rx +</i> <i>Reflexos articular por</i> <i>disfunção de movimento</i> <i>do fêmur.</i> <i>→</i>			
Av. General São Martinho - Centro Rio de Janeiro - RJ 20051-900 Fone: (21) 250-0000			

Atividade de Saúde do Estado do Rio de Janeiro - NÚMERO DE REGISTRO: 152440001000004-0001295



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		RECEITUÁRIO	
NOME COMPLETO:			
IDADE:		SEXO: F ☐ M ☐	
<u>Lauro Mídias</u> Dados para o paciente Angelita Maria Pereira subscritora de 550 cruzeiros para fratura da torção @ bi-atrial Permissão com dor e dor neurológica de nível de 5/10 @ As fraturas 13.06.18 2101025826 5825 DR. ROBERTO MOURA Ortopedia e Traumatologia CRM 10.125/PA			

NSV 502 V1 2015

Hospital General San Mateo de los Andes
 Recife PE - CEP 51.040-000
 Fone: (51) 321.1111

http://pjs-ajp-jscdm43k1gshrcwagidca/MLDE6JG-RLEBQAR-BARRQS16ETC3-152440021000304-4801295



Número do documento: 19021815244002100000040801295





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO

EXAME EM LOCAL DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO

REP Nº 24.863/2017

REP nº 24.863/2017

Pág. 1/13

Rua Odorico Mendes, nº 300 - Campo Grande - Recife-PE - CEP: 52.081-080
Fone: (81)3183.3231 - FAX: (81)3183.5233 - E-mail: ic@sdh.pe.gov.br

<http://pje-pe.jus.br/434/gst/crmagica/NMDESG-RLBNGAR-BARRGS16ETC3-52440307000004-0801326>





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SÁNICO



EXAME EM LOCAL DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO

REP Nº 24.868/2017

I – HISTÓRICO

Data da Ocorrência: Aos vinte e cinco dias do mês de outubro do ano de dois mil e dezessete (25/10/2017);

Autoridade Requisitante: Centro Integrado de Operações de Defesa Social – CIODS – D-579486;

Hora da chamada: Às onze horas e vinte minutos (11h 20 min);

Hora da chegada ao local: Às onze horas e quarenta minutos (11h 40 min);

Local: Interseção sinalizada da Av. Sul com o acesso ao Terminal Integrado do Caís de Santa Rita, bairro de São José – Recife - PE, (Primeira Circunscrição Policial – 1ª C.P – Rio Branco);

Natureza do fato: Colisão entre veículos com vítima socorrida.

Encerramento: Às doze horas e quarenta minutos (12h 40 min).

II – DESCRIÇÃO

Condições do local: A ocorrência se verificou no endereço supracitado, onde havia demarcações do ponto de repouso dos veículos envolvidos no acidente. A Av. Sul, no trecho em que ocorreu a colisão, apresentava a pista revestida em capeamento asfáltico, em bom estado de conservação, oferecia fluxos opostos de tráfego com três faixas de trânsito, em cada sentido, desenvolvia-se em plano horizontal e em linha reta. O acesso ao II Santa Rita apresentava a pista revestida em capeamento asfáltico, em bom estado de conservação, com largura suficiente para quatro faixas, em sentido único, desenvolvia-se em plano horizontal e em linha reta. Os exames periciais foram realizados à luz do dia, o tempo era bom, as pistas se apresentavam secas e a visibilidade era boa naquele local.

Faziam-se presentes ao local, agentes de trânsito da PCR, coordenados pelo GM. Thiago Sá, matrícula 95.909-9, com a viatura Mt – 11 da CTTU.

Veículos e condutores envolvidos no evento: Quando da chegada da Equipe Técnica ao local, foi por esta constatada a presença de dois veículos envolvidos no acidente, os quais foram denominados de V1 e V2 e apresentavam as seguintes características, (vide fotos nº 01 a 16):

V1 – Autocarro da marca Volkswagen, modelo ônibus Comil Ovelto U, de cor predominante amarela, categoria aluguel, ano de fabricação/modelo 2010/10, placas de matrícula KFZ 0049 – Olinda – PE, pertencente ao patrimônio da Cidade Alta Transportes e Turismo, integrante do Consórcio CONORTE sob o nº de Ordem 1.034. Apresentou-se como condutor deste ônibus o Sr. FLORIVALDO L. DIURENÇO RAMALHO, residente na Rua 46, nº 35 – Maranguape I – Paulista – PE, portador da Carteira Nacional de Habilitação Registro nº 01166836247, categoria “D”, com validade até 29/01/2020.

REP Nº 24.868/2017

Pág. 3/13

Rua Odorico Mendes, nº 100 – Campo Grande – Recife-PE – CEP: 52.031-080
Fone: (81)3183.5231 - FAX: (81)3183.5233 - E-mail: ic@luda.pe.gov.br

<http://pje.trf4.jus.br/proc/16341/pgr/CRIMINAL/NUMERO/RECORRER/BAIXAR/DETALHES/524403070000040801326>





IV – ANÁLISE TÉCNICA

Examinando detidamente o local da ocorrência, os sentidos de tráfego, área de embate, sede e formação das avarias, o ponto de repouso final dos veículos demarcado pela equipe da CTTU, bem como, demais vestígios materiais observados no evento, entende o Perito Criminal que o fato se verificou quando o V1 (Ônibus) que por seu condutor trafegava na faixa central, pela Av. Sul, no sentido São José/Marco Zero e, ao passar na interseção sinalizada com o acesso ao TI Santa Rita, derivou intempestivamente para esquerda, obstruindo a trajetória retilínea e dando margem a ser colidido pelo V2 (Moto) que por seu condutor trafegava pela mesma avenida, no sentido, mas ocupava a faixa da esquerda. Após o evento, os veículos repousaram, conforme se observa no desenho esquemático em anexo e na ilustração fotográfica.

V – CONCLUSÕES

Fundamentado nos exames periciais realizados no local da ocorrência de trânsito e em tudo quanto foi exposto no corpo deste Laudo, o Perito Criminal que o subscreve conclui o seguinte:

- Que em data e local retromencionados, houve um acidente de trânsito do tipo **Colisão entre veículos com vítima socorrida**, envolvendo os veículos: V1 – Autocoletivo da marca Volkswagen, modelo ônibus Camil Svelto U, de cor predominante amarela, categoria aluguel, ano de fabricação/modelo 2010/10, placas de matrícula KFZ 0049 – Olinda – PE, pertencente ao patrimônio da Cidade Alta Transportes e Turismo, Integrante do Consórcio CONORTE sob o nº de Ordem 1.034; e V2 – Motocicleta da marca Honda, modelo CG 150 Fan, de cor prata, categoria particular, ano de fabricação e modelo 2011/11, placa de matrícula PFD – 0458 – Recife – PE;
- Que do evento, resultaram danos materiais nos veículos e lesões nos ocupantes da motocicleta, principalmente, na carona: Angelita Maria Ferreira, que socorrida pelo Resgate dos Bombeiros e conduzida ao Hosp. Getúlio Vargas;
- Que a causa determinante do acidente foi a falta de atenção e dos cuidados indispensáveis à segurança do trânsito por parte do condutor do V1 – Autocoletivo da marca Volkswagen, modelo ônibus Camil Svelto U, de cor predominante amarela, categoria aluguel, ano de fabricação/modelo 2010/10, placas de matrícula KFZ 0049 – Olinda – PE, pertencente ao patrimônio da Cidade Alta Transportes e Turismo, Integrante do Consórcio CONORTE sob o nº de Ordem 1.034, que derivou intempestivamente para esquerda e obstruiu a trajetória do V2, causando o acidente;

VI – ENCERRAMENTO

Eu, RAIMUNDO GOMES DE ARAUJO, Perito Criminal deste Instituto de Criminalística, redigi e digitei o presente Laudo de **EXAME EM LOCAL DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO**, que se encontra impresso no anverso de quatro (04)

REF nº 24.882017

Pá. 4/03

Rua Odorico Mendes, nº 700 – Campo Grande – Recife-PE - CEP: 52.031-460
Fone: (81) 3183.5231 - FAX: (81) 3183.5233 - E-mail: ic@sis.pe.gov.br

<http://pje.trf4.jus.br/proc/16386/CRIMINAL/NUMERO/66/RECORRER/BARRAS/16203-152440307000004-0801326>



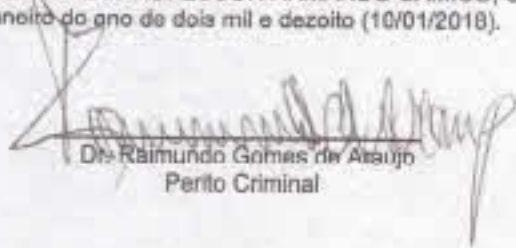


GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO

folhas de papel tamanho oficial (um original e uma cópia), a encimar o timbre do Estado de Pernambuco.

Ilustram-no dezesseis (16) fotografias com legendas explicativas e um (01) desenho esquemático do local da ocorrência.

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL – DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
– INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROFESSOR ARMANDO SAMICO, em Recife,
aos dez dias do mês de janeiro do ano de dois mil e dezoito (10/01/2018).


Dr. Raimundo Gomes de Azeiteiro
Perito Criminal

REC- nº 24.883/2017

Pá. 5/3

Rua Oliveira Mendes, nº 700 – Campo Grande – Recife-PE – CEP: 52.051-080
Fones: (81)3183.5231 – FAX: (81)3183.5232 – E-mail: ic@pe.gov.br

<http://pje-pe.jus.br/H03I/gfH03I/CRIMINALISTICA/NUMEROLOGIA/RECORRER/BARRAS/16213-524401070000040801326>



Número do documento: 16021815244010700000040801326



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



PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 3474 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 001A, CIRCUNSCRIÇÃO - RIO BRANCO
Ofício nº. 843 / 2018 Data 31 / 1 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 001A, CIRCUNSCRIÇÃO - RIO BRANCO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 08:36 do dia 31 de Janeiro de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de ANGELITA MARIA FERREIRA (filha) de SEBASTIÃO ANDRÉ FERREIRA e de CÍCERA MARIA DA SILVA, de cor NÃO INFORMADO, sexo Feminino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Solteira (s), apresentando a idade de 48 Anos, peso NÃO INFORMADO, altura NÃO INFORMADO, natural de RIO BRANCO - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 4745269, profissão NÃO INFORMADO, endereço RUA PASTOR ISRAEL VIEIRA FERREIRA, nº 16, complemento: NÃO INFORMADO, bairro ARRUDA, telefones, (51) 30862-7739, RECIFE - PE, síndica particular NÃO INFORMADO, local de residência NÃO INFORMADO. verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estas questões:

HISTÓRICO:

Ausultamento por nota no dia 25/10/2017, Trauma lapso de 14 dias (Gentil Vazias assinado por Dr. Arilson Lameira CRM legível, que diz: "...Fratura de tornozelo esquerdo (1/3 médio de fíbula esquerda + lesão do complexo ligamentar medial do tornozelo esquerdo...), foi submetido a tratamento cirúrgico...alta no dia 14/11/2017..."

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Cicatrizes em tornozelo esquerdo em face externa com 120 mm de extensão e em face interna com 60 mm de extensão com edema local. Apresenta deambulação normal.

QUESTOS:

1ª) Houve lesão à integridade corporal ou a saúde da criança?

Sim.

2ª) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3ª) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perda da voz, acurciamento ou paralisia permanente para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias. Aguardar exame complementar.

4ª) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou mutação de membro, sentido ou função, enfermidade (crônica), incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Aguardar exame complementar.

CÓPIA AUTÊNTICA

Página 1 de 2

http://pje.dpe.jus.br/peje/jei/visualizar.php?idMateria=11524403390000040801342



Número do documento: 1902181524403390000040801342



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina D(ª): LUCIANU MENEZES CAVALCANTI - CRM
10043.

Luciano Menezes Cavalcanti
CRM 10043

Membro responsável

GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO
MAYARA DE SOUZA LOPES - 1ª. Dama do Estado
Vice-Governador
MARCELO PEREIRA DE SOUZA - 2º. Dama do Estado

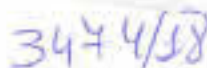
PRIMEIRO-DEPUTADO
FABIO FARIAS ALVIM
2º. Dama do Estado

DEPUTADO
DILSON LOPES
3º. Dama do Estado

DEPUTADO
DILSON LOPES
4º. Dama do Estado

DEPUTADO
DILSON LOPES
5º. Dama do Estado





Recife, 28 de Novembro de 2017

Senhor(a) Gestor(a).

Com o fito de instruir os autos do inquérito em tramitação, solicito a V. Ex. a PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA de ANGELITA MARIA FERREIRA, RG. Nº 4745269/SDS/PE, brasileira, natural de Recife/Pe, nascido em 20/06/1969, filha de CÍCERA MARIA DA SILVA, residente na Rua Pastor Israel Vieira Ferreira, Recife-PE, o qual foi vítima de acidente de trânsito com vítima não fatal, conforme B.O. de referência.

Informo ainda que o laudo pericial deverá ser remetido para **esta delegacia da 1ª cir. Rio Branco** – onde o caso é afeto.

No ensejo, renovo a V. S^a., meus protestos de estima e consideração, firmando-me.

Atenciosamente,

BRENO VAREJÃO DE AZEVEDO
Delegado de Polícia
Titular/ 1ªCP-Bio Branco

ZEVEDO

RECEBIDO
08:30 - 31.04.18

Ilmo. Sr.
MD, Gestor do Instituto de Medicina Legal – IMLAPC
NESTA.

https://doi.org/10.1016/j.jmb.2019.04.004





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
1ª CIRCUNSCRIÇÃO POLICIAL - RIO BRANCO

3474/18

Recife, 28 de Novembro de 2017

OFÍCIO Nº 843/2017 – S.I
REF.: RO Nº 17E0091002233

Senhor(a) Gestor(a).

Com o fim de instruir os autos do inquérito em tramitação, colheito a V. Sª, a PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA de ANGELITA MARIA FERREIRA, RG. Nº 4745269/SDS/PE, brasileira, natural de Recife/Pe, nascido em 20/06/1969, filha de CÍCERA MARIA DA SILVA, residente na Rua Pastor Israel Vieira Ferreira, Recife PE, o qual foi vítima de acidente de trânsito com vítima não fatal, conforme B.O. de referência.

Informo ainda que o laudo pericial deverá ser remetido para esta delegacia da 1ª cir. Rio Branco – onde o caso é afeto.

No ensejo, renovo a V. Sª, meus protestos de estima e consideração, firmando-me.

Atenciosamente,

DRENO VAREJÃO DE AZEVEDO

Delegado de Polícia
Titular 1ª CP-Rio Branco

Ilmo. Sr.
MD. Gestor do Instituto de Medicina Legal – IMLAPC
N E S T A.

Atte: <http://www.juizem4341.gov.br/MAQUINA/NUMERO/RECEBOS/BARRAS/16ET03-152440450000040801382>



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco H. Hospital Getúlio Vargas Av. General San Martín, S/N, Candeio, Recife/PE		RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE ARSSON FERREIRA LEITE	CRM 24082	UF	PE
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: ANGELITA MARIA FERREIRA			
PRESCRIÇÃO USO ORAL			
1) PACO	02 CX		
TOMAR: 01 CP VO DE 8/8H, SE DOR FORTE			
14/11/17	 DR. CRM-PE:		
IDENTIFICAÇÃO DO COMPUTADOR	IDENTIDADE	ORG EXP	
ENDEREÇO	UF	TELEFONE	
CIDADE			
IDENTIFICAÇÃO PRIMEIRO	ASSINATURA FARMACÊUTICO DATA:		

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco H. Hospital Getúlio Vargas Av. General San Martín, S/N, Candeio, Recife/PE		RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE ARISSON FERREIRA LEITE	CRM 24082	UF	PE
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: ANGELITA MARIA FERREIRA			
PRESCRIÇÃO USO ORAL			
1) PACO	02 CX		
TOMAR: 01 CP VO DE 8/8H, SE DOR FORTE			
14/11/17	 DR. CRM-PE:		
IDENTIFICAÇÃO DO COMPUTADOR	IDENTIDADE	ORG EXP	
ENDEREÇO	UF	TELEFONE	
CIDADE			
IDENTIFICAÇÃO PRIMEIRO	ASSINATURA FARMACÊUTICO DATA:		

http://pdx-01w-jmcam443k1-pis7-crmag000a-nmde6-06-rlb-nqar-barro28-16et03-1524409820000040801418





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: ANGELEY NALIA FERREIRA

Procedência: 01067628

Data do Exame: 06/07/2017

Idade: 68a 5m 17d

Sexo: FEMININO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supracitado, foi atendido nesta data, com diagnóstico de:

FRATURA DE TORÁCULO ESQUERDO, TRATADA COM OSTEOSINTESE EM OUTUBRO/2017, NO MOMENTO

EM CARGA PARCIAL PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PARA LIBERAÇÃO PROGRESSIVA DE CARGA

Partes e Exame de: RADIOGRAFIA DE TORÁCULO EVIDENCIANDO MATERIAL DE SÍNTESE BEM IMPLANTADO

Observação:

CD-10: S82.4

Recife, 06 DE DEZEMBRO DE 2017

FRANKLIN VIANA
Médico - Radiologista
CRM: 24307

FRANKLIN VIANA DE OLIVEIRA - CRM: Nº 24307

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HSV
Av. GIL. S&N. Martins, S/N - Condeiro - Recife - PE - 50630-060
Fones: (81) 3184-5900

https://www.jornal1442.com.br/imagens/NUMERO-DE-REGISTRO-BARRAS-1524406680000040801442



Número do documento: 1902181524406680000040801442



Nome: ANSELITA MARIA FERREIRA		Prontuário: 01057628		UNB: 70/002850461	
Idade: 47 Anos		Sexo: FEMININO		Medico do Solicitante: HIRISON FRANKLIN VIANA DE	
UF: RJ		Endereço: Rua 5m 17d			



SOLICITAÇÃO PARA EXAMES DE IMAGEM

EXAME:

RAIO X DE TORNÓZULO ESQUERDO AP E PERFIL

EXAME:

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

CONTROLE

Paciente: 06 DE DEZEMBRO DE 2017

Quantidade de Pacientes

☒ 1 Meses

☐ 4 Meses

☐ 7 Meses

☐ 10 Meses

☐ 2 Meses

☐ 5 Meses

☐ 8 Meses

☐ 11 Meses

☐ 3 Meses

☐ 6 Meses

☐ 9 Meses

☐ 1 Ano

Assinatura do Solicitante
HIRISON FRANKLIN VIANA DE

HIRISON FRANKLIN VIANA DE OLIVEIRA - CRM: 49.243/7

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - HGV
AV. GEN. SENA MARTIN, 5/9 - LARANJEIRA - RJ - 20080-060
FONE: (21) 3184-5600

https://www.getulio.org.br/portal/medicos/relatorio-barra-1524408040000040801477



Número do documento: 1902181524408040000040801477



INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais
Extrato Previdenciário

Página 1 de 1

18/02/2017 10:23:58

Identificação do Filial:

NT: 115.80914.88-2 CPF: 234.861.294-00 Nome: DICERA MARIA DA SILVA
Data de nascimento: 18/04/1955 Nome da mãe: JOSEFA MARIA DA CONCEICAO

Detalhamento das Contribuições:

Seq.	NT	CPF	Período de Contribuição	Valor Contrib.	Valor Rec.	Valor do Seguro (R\$)	Cl. Contrib.	Observações
1	115.80914.88-2	234.861.294-00	01 - PERÍODO ALIMENTICIA	00101985	00000000	0,00 Mensado		
2	115.80914.88-2	234.861.294-00	04 - PERÍODO ALIMENTICIA	00101985	11803281	0,00 Mensado		
3	115.80914.88-2	234.861.294-00	05 - APOSENTADORIA DO INSS	00000000		0,00 Mensado		
4	115.80914.88-2	234.861.294-00	21 - PERÍODO POR MORTO PREVIDENCIAR			0,00 Mensado		

O CNIS possui em seu sistema todas as informações cadastrais sobre o INSS, conforme art. 18, § 2º da Lei nº 8.213/91.

<http://ajpe.dje.jus.br/4434/gst/RWAGCDA/NUMEROS/RENDAR/BARRIGAS/NETO/1524410040000040801528>



Número do documento: 18021815244100400000040801528

Acao Inicio Origem Desvio Restaura Fim
NB 1350474476 BENEFITARIA MARIA FERREIRA SITUACAO: ATIVO
CPF: 070.564.814-18 NIT: 1.177.115.875-6 Ident :
OL Mantenedor: 15.0.01.090 Posto : AG DA F SOCIAL RECIFE-ENCRUZILHADA
OL Mant. Ant.: Banco : 104 CEP
OL Concessor : 15.0.01.090 Agencia: 476582 SUPER SORTE
Nasc.: 27/11/2000 Sexo: MASCULINO Traf. : 10 Pensao.: NAO AL: DIR
Dep.: 01 ANV. SOCIAL PESSOA PORTADORA DEFICIENCIA Qtd. Dep. Sal.Fam.: 00
Razo Atividade: IRRELEVANTE Qtd. Dep. I. Renda: 00
Forma Filtracao: DESEMPREGADO Qtd. Dep. Informado: 00
Meio Pagto: LMS - CARTAO MAGNETICO Dep. para Desdobr.: 00/00
Situacao: ATIVO Dep. valido Pensao: 00
ARA. : 0,00 Compet : 01/2005 DAT : 00/00/0000 DIR: 17/08/2004
NR ARA: 00,00 ANV. PAG.: 0,00 DER : 17/08/2004 DDB: 23/09/2004
Acompanhante: NAO Tipo IR: PANDAO DIR ANT: 00/00/0000 PCB: 00/00/0000

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

Atte: atendimento@inss.gov.br gis@inss.gov.br NÚMERO DE REGISTRO: 1524073000030046801563



8080

Início Origem Desvio Restaura Fim
NB: 1350474476 ANGELITA MARIA FERREIRA Situação: Ativo
Sit Atual: 10.0.01.000 Depoe: 07 Pagto: 5 a Dia Tril
Banco: CEF OF: 476582 - SUPER SORTE
Conta Corrente Atual: -- Dt. Renovação senha: 08/11/2004
Grad.

Periodo	Ret.	Dt. Pagto	Valor Meio Inv. Bq Est Det
01/12/2004 a 31/12/2004	PAGO	07/01/2005	260,99 CMC
01/11/2004 a 30/11/2004	PAGO	07/12/2004	260,99 CMC
01/10/2004 a 31/10/2004	PAGO	09/11/2004	260,99 CMC
01/09/2004 a 30/09/2004	PAGO	13/10/2004	260,99 CMC
17/08/2004 a 31/08/2004	PAGO	13/10/2004	122,46 CMC

INICIE a impressora p/imprimir detalhes
Digite 99 para encerrar ou para detalhar

Tamanho Pagina: 05

Window SISBEN/1 at DTPROCV3

Atte: @p@-@w@-@m@-@H@H@ p@H@-@M@G@C@A@-@M@G@E@G@-@R@B@N@D@R@-@B@R@R@G@S@T@E@T@C@-@524073000030044801563





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL:

RECIFE - ENCRUZILHADA

**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA**

REQUERIMENTO Nº 102085724
BENEFÍCIO Nº 6251005169

SABI

SISTEMA DE ATRIBUIÇÃO DE
BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

Prezado (a) Sr(a)

ANGELITA MARIA FERREIRA

(NOME DO SEGURADO)

00004745269

35664 / 38

11662358401

(RG/CERTIDÃO)

(CTPS/SÉRIE)

(NTI)

(REPRESENTANTE LEGAL)

(RG)

(CTPS/SÉRIE)

(NTI)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Benefício por Incapacidade e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 16/10/2018

Hora: 16:20

Endereço:

AV NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR, 2008

ENCRUZILHADA

RECIFE - PE

Compareça ao exame pericial levando RG (Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional.
Caso o(a) Sr(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial.
Resaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

Recife, 05 de outubro de 2018

Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em: ()

Ass. do Requerente/Rep. Legal

Atte: Agente de Atendimento SABIANE MARIA DA SILVA BARROS NETO - 5240180700004-6801604



Número do documento: 19021815244149700000040801604

Acao:

Inicio Origem Desvio Restaura Fax

NB: 6208570984 ANGELITA MARIA FERREIRA Situacao: Cessado
CPF: 920.570.894-00 RTT: 1.100.855.040-1 Data: 00004740097 PF

OL Mantenedor: 15.0.01.090 APS : APS RECIFE - ENCHUSTRADA SAST
OL Mant. Ant.: Banco : 109 CATIA
OL Concessor : 15.0.01.090 Agencia: 287503 CASA FORTE

Rec.: 20/06/1969 Sexo: FEMININO Trat.: 13 Proced.: NAO RL: NAO
Exp.: 31 AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO Otd. Dep. Sal.Fam.: 00
Ramo Atividade: COMERCIAL RP: M Qtd. Dep. L. Renda: 00
Forma Filiação: CONTRIBUINTE INDIVID. Qtd. Dep. Informado: 00
Moto Pagto: CMC - CARTAO MAGNETICO Dep. para Desdobr.: 00/00
Situacao: CESSADO EM 30/07/2018 Dep. valido Pensao: 00
Motivo : 09 OCA ACP2005.33.00.020219-8
APR.: 937,00 Compet.: 07/2018 NAT.: 01/10/2017 NTR.: 24/10/2017
MR.BASE: 944,58 MR.PAG.: 954,00 DER.: 09/11/2017 DER.: 19/12/2017
acompanhante: NAO tipo IRI ISENTU UIR AMT: 00/00/0000 UIR: 30/01/2018

Window SISREN/I an DTPREC3

https://www.jucaim4341gsh.com.br/MADELOG-ALBENIAR-SABRORIS-16213-15240180700004-4801604



Apas Início Origem Desvio Restaura Fls

no... 6308570864 Nome: ANGELITA MARIA FERREIRA
 DER.: 09/11/2017 DIB.: 23/10/2017 Data: 01/10/2013
 DID.: 25/10/2017 DIT.: 25/10/2017 Dt Acid.:
 Especial: 31 Profissional:

Ordem	Conclusão	Dt. Limite	Sig. Dependente	Dt. Realizado
02	1			30/07/2018
02	2	11/07/2018		11/08/2018
01	2	28/02/2018		19/12/2017

Executar: Rodar (Nova Pesquisa ou Finalizar com 99) 99

Window HISMEU/1 at STRNJC03

Atte:Apas@des-jornal4341-gis-02MAGCDA:NMDESG-RLBNDAR BARROS16ETC3-524038700304-4801604





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL:

SABI
SISTEMA DE AUTOMAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

RECIFE - ENCRUZILHADA
REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

REQUERIMENTO Nº 183995857
BENEFÍCIO Nº 6208570984

Prezado (a) Sr(a)

ANGELITA MARIA FERREIRA

(NOME DO SEGURADO)

00004745269

(CPF/IDENTIDADE)

35664 / 38

(CTPS/SÉRIE)

11662358401

(NIT)

(REPRESENTANTE LEGAL)

(RG)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Benefício por Incapacidade e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 19/12/2017

Hora: 08:20

Endereço:

AV NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR, 2008

ENCRUZILHADA

RECIFE - PE

Compareça ao exame pericial levando RG(Causula de Identidade) ou Carteira Profissional.
Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial.
Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

Recife, 09 de novembro de 2017

Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em: ____/____/____

Ass. do Requerente/Rep. Legal

Atenção: Este documento é de uso exclusivo do INSS. Não é permitida a reprodução ou distribuição sem a autorização do INSS. Número do documento: 1802181524416230000040801842



Número do documento: 1802181524416230000040801842



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL:

RECIFE ENCRUZILHADA

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

REQUERIMENTO Nº 183995857
BENEFÍCIO Nº 6208570984

SABI
SISTEMA DE AUTOMAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

Prezado (a) Sr(a)

ANGELITA MARIA FERREIRA

(NOME DO SEGURADO)

00004745269

(RG/IDENTIDADE)

15664 / 38

(CPF/CLASSE)

11062358401

(DTI)

(REPRESENTANTE LEGAL)

(RG)

(CPF/CLASSE)

(DTI)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Benefício por Incapacidade e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 19/12/2017

Hora: 08:20

Endereço:

AV NORTE MIGUEL ARRAS DE ALENCAR, 2008

ENCRUZILHADA

RECIFE - PE

Compareça ao exame pericial levando RG (Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional.
Caso o(a) Sr(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial.
Resaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01 (uma) vez e devidamente justificada.

Recife, 09 de novembro de 2017

Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Classe em

Ass. do Requerente/Rep. Legal

Atenção: Este documento é de uso exclusivo do INSS. Não é permitido a reprodução ou a divulgação de seu conteúdo para terceiros. O uso indevido será considerado crime.



Número do documento: 19021815244162300000040801842



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

SADI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
RECURSOS PARA INAPACIDADE

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

RECIFE - ENCRUZILHADA

REMARCAÇÃO DE EXAME PERICIAL

REQUERIMENTO Nº 187060633

Prezado (a) Sr(a)

ANGELITA MARIA FERREIRA

(Nome do segurado)

Informamos que foi remarcado seu exame pericial para a data, hora e local a seguir discriminados:

Data: 11/04/2018
Hora: 16:30
Endereço: AV NORTE MIGUEL, ARRAES DE ALENCAR, 2008
ENCRUZILHADA
RECIFE - PE

Compareça ao exame pericial agendado, levando RG (Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Considerando que já houve solicitação de remarcação, informamos que o não comparecimento na data acima agendada ensejará no indeferimento do requerimento ou cessação do benefício.

Recife, 06 de abril de 2018

INSS
Fernando José R. de Mello
Ass. Ser. Complementares
Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em _____

Assinatura do Requerente/Rep. Legal

http://pje.trf4.jus.br/proc/16396/AGC/DA/NUMERO/187060633/REQUERIMENTO/187060633/04-4801842



Número do documento: 18021815244162300000040801842



GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA - SDS - PE
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA - PROF. ARMANDO SAURO
DESENHO TÉCNICO

REF Nº 24868 / 2017
PÊLO CRIMINAL Dr. (a): RAIVUNDO GOMES
DESENHISTA: SEVERINO RAMUNDO

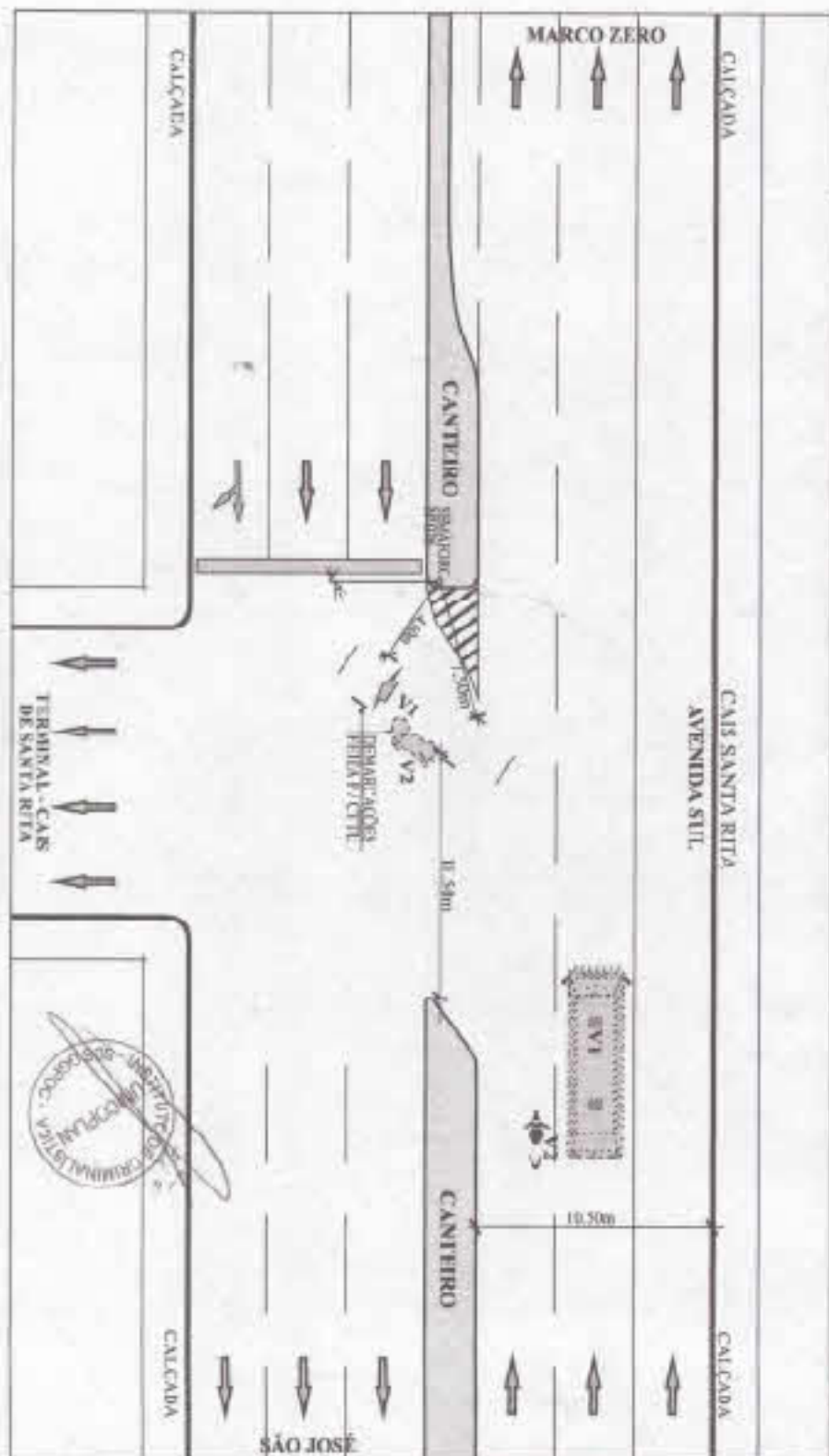
DATA 24 / 08 / 2017

CROQUI ILUSTRATIVO

LEGENDA

V1 ÔNIBUS COLETIVO KFL - 0649 - OLINDA / PE

V2 MOTO PEB - 0458 - PE



Arquivo de projeto: 19021815244175200000040803964





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO



ILUSTRAÇÃO FOTOGRÁFICA

Fotografias nº 01 a 16 – Mostram, por ângulos diferentes, vistas do local do acidente, na Interseção sinalizada da Av. Sul com o TI Santa Rita - Recife – PE.

Foto - 01



Foto - 02



FREP nº 24.869/2017

Fig. 8/13

Rua Odorico Mendes, nº 700 - Campo Grande - Recife-PE - CEP: 52.031-080
Fone: (81)3183.5231 - FAX: (81)3183.5233 - E-mail: is@dsd.pe.gov.br

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jmbs.2014.06.004>







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO

Foto - 05



Foto - 06



REP. nº 24.888/2017

Pg. 013

Rua Odorico Mendes, nº 700 - Campo Grande - Recife-PE - CEP: 52.031-080
Fone: (81) 3183.5231 - FAX: (81) 3183.5233 - E-mail: ic@sa.gov.br

<http://www.juicam4041gishrcwagidca:NMDE6JGRLBNQARBARROGSI6ETC3452407250000046803964>





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE ORIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO

Foto - 07



Foto - 08



REF: 47.800.0017

Pá. 3/15

Rua Odorico Mendes, nº 700 - Campo Grande - Recife PE - CEP: 52.031-000
Fone: (81) 3183.5231 - FAX: (81) 3183.5233 - E-mail: ic@idm.pe.gov.br

<http://www.juizem4341.gov.br/MAGNOLIA%20MAGNOLIA%20BARROS%20NETO%201524417520000040803964>





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO



Foto - 09



Foto - 10



REP nº 24.866/2017

Rua Odorico Mendes, nº 709 - Campo Grande - Recife-PE - CEP: 52.031-080
Fone: (81) 3183.5231 - FAX: (81) 3149.5223 - E-mail: ioc@sta.pe.gov.br

Pte 1012

http://pje.trf4.jus.br/proc/maior/mde/606/rlb/ndar_barras/16203452407250000040803964





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO



Foto – 11



Foto – 12



REP. n° 24 664/2017

Rua Celso de Mello, nº 709 - Campo Grande - Recife-PE - CEP: 52.031-000
Fone: (81) 3183.5231 - FAX: (011) 3183.8732 - E-mail: le@adap.gov.br

Fig. 10/103

<https://doi.org/10.1016/j.jmb.2019.06.004>





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO



Foto - 15



Foto - 16



REP. nº 24.888/2017

RUA Adolfo Mouton, nº 706 - L'Arrazé Grande - Recife-PE - CEP: 52.031-080
Fone: (81) 3183.5231 - FAX: (81) 3183.5233 - E-mail: tráfego@pe.gov.br

75. 1213

<http://www.jucaim4341@gmail.com> NÚMERO DE REGISTRO: 1524417520000040803964

