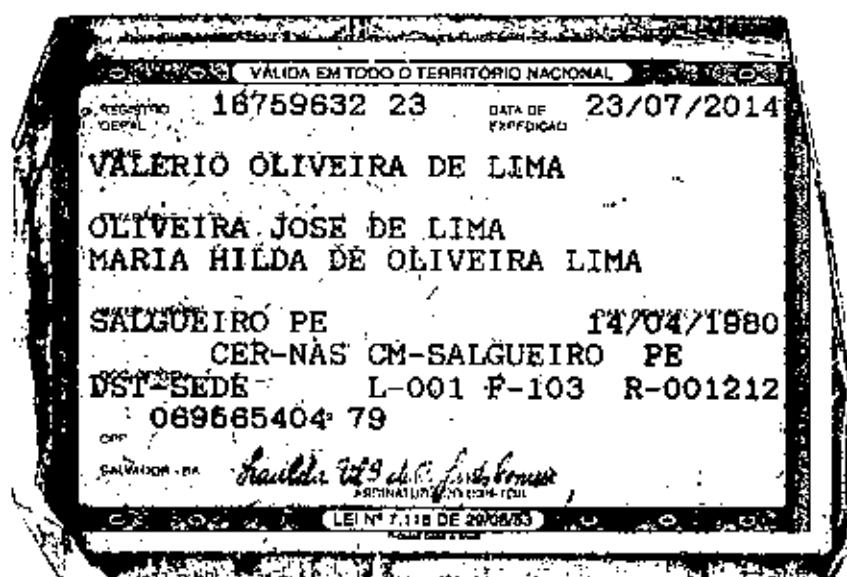
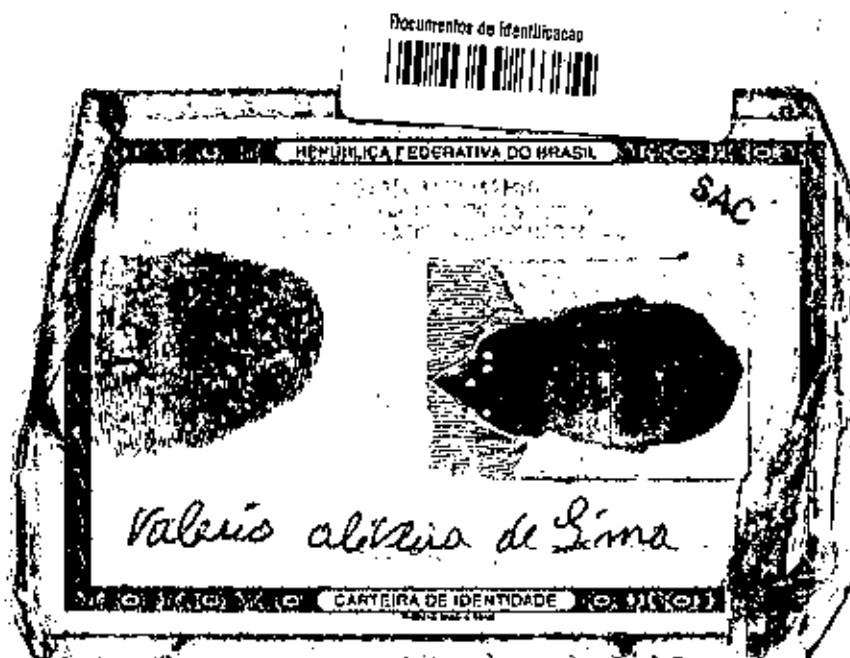




ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

Documentos de Identificacao

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
CONSELHO NACIONAL DE JUSTICA
CONSELHO NACIONAL DE JURY

DIOMENES LEAL MARCULA

DOC. IDENTIFICACAO / Data de Emissao / 15
6658948

CPF 999.627.034-04 DATA DE NASCIMENTO 21/05/1975

RENOME ANTONIO MARCULA LIMA
SOLTEIRO
ESMERALDA LEAL MARCULA

PROVEDOR 02813584355 VALOR 05/01/2022 17/07/1997

PROVEDOR PLASTICO 1410391850

LOCAL PAULO AFONSO BA DATA DE EMISSAO 27/01/2017

BAHIA

ARUANA SEGUROS
13 JUL 2017

12/10/2017 11:58

Iradora Líder - DPVAT

IDENTIFICAÇÃO

SUA VALÉRIO OLIVEIRA DE LIMA
A DO ACIDENTE 13/07/2017 CPF DA VÍTIMA 06956340479
TADOR DA DOCUMENTAÇÃO DIÓGENES LEAN MARCULA
LIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL CUIO PARANTESCO COM
TIMA É VALÉRIO OLIVEIRA DE LIMA
EREC DO PORTADOR Micael Roberto
1152 COMPLEMENTO centro
VIA Declaracao de falecimento DE PE CEP 56440-000
AII. TELEFONE (81) 33876-1914
845999430

ANEXO DO PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ✓ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ✓ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ✓ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ✓ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ✓ NA IMPROBIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ✓ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ✓ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ✓ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ✓ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ✓ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ✓ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ✓ REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 30.000,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 15.000,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE CÁLCULO PRESTADA NA LEI 6.374/74
 - DESPESAS MÉDICAS (PAVOS) = RESCISÓRIO ATÉ R\$ 3.770,00 (RESCISÓRIO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGUA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGUROSDOTRABAHU.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13/07/2017
IDENTIDADE RG 4668949

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 13 JUL 2017
NOME ARUANA SEGUROS
MATR. CORREIOS 13 JUL 2017

ASSINATURA Diogenes Leao Marcula ASSINATURA Arana Securos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170388262 **Cidade:** Belém do São Francisco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA **Data do acidente:** 17/02/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO QUADRIL (TTO CIRÚRGICO)

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES.
AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170388262 **Cidade:** Belém do São Francisco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA **Data do acidente:** 17/02/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do anel pélvico à direita.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico vítima apresentando marcha claudicante com auxílio de muletas com instabilidade em apoio mono podálico e déficit severo dos movimentos do quadril direito com hipotrofia da coxa direita.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico para osteossíntese com parafuso de anel pélvico e placas e parafusos em sínfise púbica. Encontra-se de alta definitiva.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do quadril direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Emanuel de Barros e Silva

CRM do médico: 18229

UF do CRM do médico: BA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA
 Nacionalidade: BRASILEIRA Estado civil: SOLTEIRO
 Profissão: AGRICULTOR
 Identidade: 16759632-23 CPF: 069.565.404-79
 Endereço: RUA IMPERIAL Nº 190, GRAU ESCOLA
 CIDADE: BELÉM DE SÃO FRANCISCO-RS.

OUTORGADO:

Nome: DIOGENES LEAL MARCULHA
 Nacionalidade: BRASILEIRA Estado civil: CASADO
 Profissão: INVESTIGADOR
 Identidade: 4668949 CPF: 894.822.034-04
 Endereço: RUA PAULISTA NORBERTO Nº 1/50 PONTA
 CIDADE: BELÉM DO SÃO FRANCISCO-RS

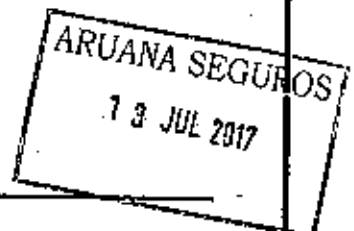
Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

ARARÉ-PA, 14/06/2017
 LOCAL E DATA:



Valério Oliveira de Lima

ASSINATURA DO OUTORGANTE
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



OFÍCIO ÚNICO DA COMARCA DE BELÉM DO SÃO FRANCISCO

RUA DOS ANILFOS, 1629 - CENTRO - BELÉM DO SÃO FRANCISCO / PR - CEP: 88400-000 - TEL: (07) 3876-1546 - CNPJ: 10.576.312/0001-57

Reconheço Por Autenticidade a firma de: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA em 26/06/2017 11:10:38
 Deu fé: GABRIEL HENRIQUE FONTES DE ALMEIDA - Substituto
 Emol. 3,49 TSNR 0,78 PERC 0,39 Total 4,66
 Selo Digital 0073817.X0R05201701.02187
 Consulte a autenticidade do selo em www.tipe.jus.br/selodigital

Gabriel Henrique Fontes de Almeida
 Escrevente Substituto

→ RECONHECER A FIRMA
POR AUTENTICIDADE OU
VERDADEIRA!

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **VALERIO OLIVEIRA DE LIMA** Sinistro: **3170388262** Data: **17/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA IMPOEIRA - GRUPO ESCOLA, 190, CASA - IMPOEIRA - Belém de São Francisco - PE - CEP 65631-350**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /BA**] **1675963223**

Data local do exame: [**31/07/2017**] **Paulo Afonso** [**BA**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura do anel pélvico à direita. . Ao exame físico vítima apresentando marcha claudicante com auxílio de muletas com instabilidade em apoio mono podálico e déficit severo dos movimentos do quadril direito com hipotrofia da coxa direita.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Tratamento cirúrgico para osteossíntese com parafuso de anel pélvico e placas e parafusos em sínfise púbica. Encontra-se de alta definitiva.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do quadril direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Quadril direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dr. Emanuel Barros
Endocrinologia e Metabolismo
CRM BA 18229/PE 15340/AL 5096

Emanuel de Barros e Silva - CRM: 18229 - BA

Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2017

Carta nº: 11346263

A/C: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170388262 ASL-0270236/17

Vitima: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

Data Acidente: 17/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: DIOGENES LEAL MARCULA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2017

Carta nº: 11366872

A/C: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

Sinistro: 3170388262 ASL-0270236/17
Vítima: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA
Data Acidente: 17/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DIOGENES LEAL MARCULA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2017

Carta nº: 11445661

A/C: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

Sinistro: 3170388262 ASL-0270236/17
Vítima: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA
Data Acidente: 17/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DIOGENES LEAL MARCULA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000003615-3

Conta: 000005435-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Boletim de Ocorrência

17E0278000253



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 188ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELEM DE SÃO FRANCISCO -
DP188ªCIRC DINTER2/22ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0278000253

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/06/2017** às **08:32**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **17/2/2017** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BELEM DE SAO FRANCISCO, 1, ESTRADA DA AGRODAN - Bairro: CENTRO - BELEM DE SAO FRANCISCO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
RONILSON ALMEIDA (AUTOR/AGENTE)
ROMUEL GOMES DE SÁ TORRES (OUTRO)
VALERIO OLIVEIRA DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

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

VALERIO OLIVEIRA DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**
Mãe: **MARIA HILDA DE OLIVEIRA LIMA** Pat: **OLIVEIRA JOSE DE LIMA** Data de Nascimento: **14/4/1980** Nacionalidade: **SALGUERO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Documentos: **167533223/SP/SA (RG), 06356840473 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Telefones Celulares:
7896391401

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BELEM DE SAO FRANCISCO, 1, FAZENDA PUERA - CEP: 85095-000 - Bairro: CENTRO - BELEM DE SAO FRANCISCO/PERNAMBUCO/BRASIL**

RONILSON ALMEIDA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**
Mãe: **A** Pat: **B** Data de Nascimento: **1/1/1981** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ROMUEL GOMES DE SÁ TORRES (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido**
Mãe: **A** Pat: **B** Data de Nascimento: **1/1/1981** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROMUEL GOMES DE SÁ TORRES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALERIO OLIVEIRA DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa: **JSL3922 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **184282283** Chassi: **9C2K5D0420BR522830**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

OFÍCIO ÚNICO DA COMARCA DE BELEM DO SAO FRANCISCO
RUA DOS ANJOS, 103 - CENTRO - BELEM DO SAO FRANCISCO - PE - CEP: 85400-000 - FONE: (071) 3543-344 - FAX: (071) 3543-300/301

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé. **GABRIEL HENRIQUE FONTES DE ALMEIDA** - Substituto, 14/06/2017 08:23:35 Empl. 2,99, TPR: 0,66, PERC: Gabriel Henrique Fontes de Almeida Escrevente Substituto 0,33, Total 3,98, Selo 0073817.1305201701.01869. Consulte a autenticidade do selo em www.tjpe.jus.br/seleinteligal

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

VITIMA TRAFEGAVA PELA ESTRADA QUE LIGA A FAZENDA IPUEIRA A ESTA CIDADE QUANDO AINDA PROXIMO A

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=278&idOc=6494102&nroB...> 07/06/2017

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

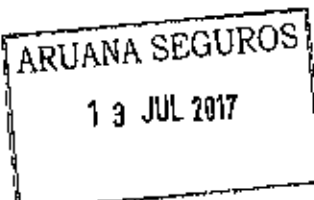
Página 2 de 2

SUA RESIDENCIA SAIU DE UMA ESTRADA VICINAL UM VEICULO FIAT ESTRADA CONDUZIDA PELO SENHOR RONILSON ALMEIDA ENTRANDO NA SUA FRENTE TENDO A VITIMA BATIDO NA FRENTE DO VEICULO (PNEU DIANTEIRO ESQUERDO) CAINDO E SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS. DESTA CIDADE A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA A CIDADE DE SALGUEIRO E POSTERIORMENTE PARA O RECIFE ONDE SE SUBMETEU A CIRURGIA NA BACIA CONFORME DOCUMENTOS DE POSSE DA VITIMA.

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

Valerio oliveira de Lima
VALERIO OLIVEIRA DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: CRISTIANO LUIZ FEITOSA FERRAZ - MAT. 221219-6 - Matrícula: 221219-6



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de inexistência de IML



Eu, VALÉRIO OLIVEIRA DE LIMA portador da carteira de identidade nº 16752632-23 e inscrito no CPF/MF sob o nº 069.565.404-19 residente e domiciliado na RUA IMPERIAL, N.º 190, GRUPO ESCOLAR Cidade RELEN DO SÃO FRANCISCO Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

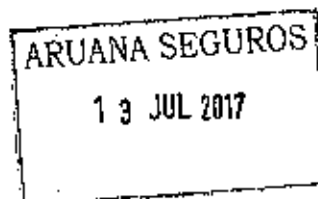
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Valério Oliveira de Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

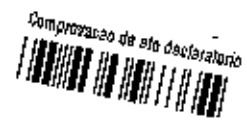
ABARE-BA, 30/06/2017

Local e data





PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM DO SÃO FRANCISCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA



PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO

Prioridade: _____ ATA: 11102114 HORA: 16:41 QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Dr. José Alventino Lima
Pública 100%
35/05/2017

DADOS DO PACIENTE

Nome: VALÉRIO OLIVEIRA DE LIMA
Mãe: MARIA LINDA DE OLIVEIRA
Data de Nas: 11/04/80 Idade: 36.7 Sexo: M Raça/Etnia: P
Naturalidade: SANGREIRO PE Telefone: _____
Município de Residência: BELÉM DO SÃO FRANCISCO
Estado Civil: SOLTEIRO Ocupação: AGRICULTOR Cônjuge: _____
Rua: FAZ. IMPERIAL Nº _____ Bairro: _____
PSF: _____ ACS: _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES / HISTÓRIA CLÍNICA / DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES

- | | |
|---|--|
| ☐ Diabetes Mellitus | ☐ Doença Hematológica |
| ☐ Hipertensão Arterial | ☐ Infarto Agudo do Miocárdio (ano: _____) |
| ☐ Doença Renal | ☐ Acidente Vascular Encefálico (ano: _____) |
| ☐ Doença Autoimune | ☐ Outras: _____ |
| ☐ Alergia Medicamentosa. Qual / Quais? _____ | |

OCORRÊNCIA

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ☐ Acidente de trânsito | ☐ Acidente de trabalho | ☐ Picada de Animal Peçonhento | ☐ Outros Acidentes |
| ☐ Violência Inter pessoal / Auto provocada | ☐ Intoxicação Exógena | ☐ Encaminhado de UBS | ☐ Outros |

ATENDIMENTO / QUEIXA PRINCIPAL / MOTIVO / SSVV

PESO	TEMP.	P.A.	FC	FR	Glicemia	Sat. O ₂
_____ kg	_____ °C	150/90 Onhg.	_____ bpm	_____ l/rpm	_____ mg/d	_____ %

VÍTIMA DE COLÍSSO MOTO + CARRO HT ± 1h.
NEM INGESTA ALCOOLICA, DESMAIO EM VENTRO
NEM LADO DE CARROESTE. AMENORCIA DORES
DE FORTI INTENSIDADE (10) ESCALA DE O A
10 EM MID (COXA) + REGIÃO ABDOMINAL

OFÍCIO ÚNICO DA COMARCA DE BELÉM DO SÃO FRANCISCO
RUA DOS ARRAIÁIS, 112A - CENTRO - BELÉM DO SÃO FRANCISCO - PE - CEP: 66400-000. TEL: (81) 3278-1100 - FAX: (81) 3278-1101

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé.
GABRIEL HENRIQUE FORTES DE ALMEIDA - Substituto, 15/05/2017 11:19:46 Empl. 2,99; TSNR: 0,66; FERC: 0,33; Total 3,98. Selo 007381 / BAK05201701.00529. Consulte autenticidade do selo em www.tjpe.jus.br/selodigital

Gabriel Henrique Fortes de Almeida
Escrevente Substituto

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

Cód. Regulação: _____

EVOLUÇÃO / PRESCRIÇÃO / CONDUÇÃO / EXAME

- 1) SFC 19% 2000ml (EV 19 39)
- 2) SFC 2000ml (EV 29 49)
- 3) DOA 19% 2000ml + AD (EV 16:50)
- 4) IMOBILIZAÇÃO COM TALIA GOMADA
- 5) TRANSFERÊNCIA P/ REALIZAÇÃO DE EXAMES

HD / INICIAL / CID

politraumático

DIAGNÓSTICO / DEFINITIVO / CID

DATA / HORA / ATENDIMENTO

17/02/17

DATA / HORA / ALTA

MÉDICO / ASSINATURA / CARIMBO

Dr. Márcio Nascimento
Médico
CRM/PE 24843

DOENÇA / AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO CUMPRIDA
DATA / ASSINATURA / CARIMBO

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

ROC / CÓDIGO

ESPECIALIDADE

TIPO

GRUPO

CIDADE / LOCAL DE TRANSFERÊNCIA

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

04/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03615-3

CONTA: 000000005435-6

Nr. Autenticação

BRADESCO0408201705000000000023703615000000005435253125 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, VALERIO OLIVEIRA DE LIMARG nº 16759632-23 data de expedição 23/07/2016 órgão SSP/BA

CPF nº 0695654479 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

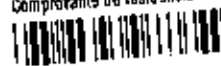
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA IMPERIAL, GRUPO ESCOLAR</u>
Número	<u>Nº 120</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>IMPERIAL</u>
Cidade	<u>BELEM DO SAO FRANCISCO</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55.440-000</u>
Telefone de Contato	<u>87-3276-1444/87-3224-3404</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: BELEM DO SAO FRANCISCO-PE, 26/06/17.Assinatura do Declarante: Valerio Oliveira de Lima.

IA MINHA UI, TUDO MAIS FÁCIL.

Comprovante de residência



ESSE OL.COM.BR/MINHAOI
USE A INTERNET PARA:

ver sua relação de Contas Online
ver o valor do cartão
realizar o código de barras para pagamento
imprimir o comprovante
alterar o Fio-cabo
verificar sua situação no Fio-cabo

RE EM OL.COM.BR/MINHAOI E CRIAR SEU C.E.



DIÓGENES LEAL MARCULA
RUA PE ROBERTO 1152
CENTRO
56400-000 - BELEM DE SAO FRANCISCO - PE

ARUANA SEGURO

13 JUL 2017

RESPONSÁVEL		RESPONSÁVEL	
☐ INFORMAR ENDEREÇO	☐ ASSINAR	☐ ASSINAR	☐ ASSINAR
☐ ASSINAR	☐ ASSINAR	☐ ASSINAR	☐ ASSINAR

USO DOS CORREIOS

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

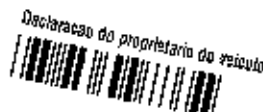
Pelo exposto, eu DIÓGENES LEAL MARQUES portador(a) do
RG nº 466 8949, expedido por SSP/RE, em
26/02/1999 CPF/CNPJ nº 899.827.034-04,
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) VALÉRIO OLIVEIRA DE LIMA do sinistro de DPVAT da natureza TANALIZET
da vítima VALÉRIO OLIVEIRA DE LIMA, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: RECUSOU

Diógenes Leal Marques
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ROMUEL GOMES DE SA TORRES,
RG nº 7138720, data de expedição 15/07/2007
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 985125795-87 com
domicílio na cidade de BELEM DO SAO FRANCISCO no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
FAZENDA IREICA, nº S/N,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima VALERIO OLIVEIRA DE LIMA cujo o condutor era
VALERIO OLIVEIRA DE LIMA.

Veículo: PAS/motocicla
Modelo: HONDA/NXR 150 BROS ES
Ano: 2009
Placa: JSL-8322
Chassi: 9C2K004209R026580
Data do Acidente: 17/02/2017
Local e Data: BELEM DO SAO FRANCISCO, PE, 30/06/2017.

Romuel Gomes de Sa Torres
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
13 JUL 2017

Valerio Oliveira de Lima

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

OFÍCIO ÚNICO DA COMARCA DE BELEM DO SAO FRANCISCO
RUA DOS ARTIFICES, 1021 - CENTRO - BELEM DO SAO FRANCISCO / PE - CEP: 55400-000 - TEL: (81) 3478-3440 - CNPJ: 10.576.312/0001-87
Reconheço Por Autenticidade a firma de VALERIO OLIVEIRA DE LIMA em 26/06/2017 11:10:37
Dou fe: GABRIEL HENRIQUE FONTES DE ALMEIDA Substituto
Empl: 3,49 TSNR: 0,78 PERC: 0,39 Total 4,66
Selo Digital 0073817.81H05201701.02188
Consulte a autenticidade do selo em www.tpe Jus.br/selodigital

OFÍCIO ÚNICO DA COMARCA DE BELEM DO SAO FRANCISCO
RUA DOS ARTIFICES, 1021 - CENTRO - BELEM DO SAO FRANCISCO / PE - CEP: 55400-000 - TEL: (81) 3478-3440 - CNPJ: 10.576.312/0001-87
Reconheço Por Autenticidade a firma de ROMUEL GOMES DE SA TORRES em 26/06/2017 11:12:43
Dou fe: GABRIEL HENRIQUE FONTES DE ALMEIDA Substituto
Empl: 3,49 TSNR: 0,78 PERC: 0,39 Total 4,66
Selo Digital 0073817.81H05201701.02188
Consulte a autenticidade do selo em www.tpe Jus.br/selodigital

Gabriel Henrique Fontes de Almeida
Escrevente Substituto

→ RECONHECER A FIRMA
POR AUTENTICIDADE OU
VERDADE DO SER
E DO CONJUNTO.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM DO SÃO FRANCISCO - PE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA



PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO

Prioridade:

Prioridade:

ATA: 1102114

HORA: 16:14

QUEIXA:

ACIDENTE DE TRÂNSITO

DADOS DO PACIENTE

Nome: VALÉRIO OLIVEIRA DE LIMA

Mãe: MARIA LUIZA DE OLIVEIRA

Data de Nasc: 14/04/80 Idade: 36a Sexo: M Raça/Etnia: P

Naturalidade: SAELICRO PE Telefone:

Município de Residência: BELÉM DO SÃO FRANCISCO

Estado Civil: SOLTEIRO Ocupação: AGRICULTOR Cônjuge:

Rua: FAZENDA DE LIMA Nº: Bairro:

PSF: ACS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES / HISTÓRIA CLÍNICA / DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES

- ☐ Diabetes Mellitus ☐ Doença Hematológica
- ☐ Hipertensão Arterial ☐ Infarto Agudo do Miocárdio (ano:)
- ☐ Doença Renal ☐ Acidente Vascular Encefálico (ano:)
- ☐ Doença Autoimune ☐ Outras: *
- ☐ Alergia Medicamentosa. Qual / Quais ?

OCORRÊNCIA

- ☐ Acidente de trânsito ☐ Acidente de trabalho ☐ Picada de Animal Peçonhento ☐ Outros Acidentes
- ☐ Violência Inter pessoal / Auto provocada ☐ Intoxicação Exógena ☐ Encaminhado de UBS ☐ Outros

ATENDIMENTO / QUEIXA PRINCIPAL / MOTIVO / SSVV

PESO

kg

TEMP.

°C

P.A.

150/119

Onhg.

FC

bpm

FR

irpm

Glicemia

mg/d

Sat. O²

%

VÍTIMA DE COLÍSSO MOTO + CARRO RT ± 1h.
NEGA INGESTA ALCOOLICA, DESMAIO EM VOMITO
NEGA USO DE CARNÊTES. AMONUNTA DORES
DE FONTE INTENSIVAS (10) ESCALA DE O A
10 EM MID (COXA) + ROTURA ABDOMINAL

OFÍCIO ÚNICO DA COMARCA DE BELÉM DO SÃO FRANCISCO

RUA DOS ARTES, 1028 - CENTRO - BELÉM DO SÃO FRANCISCO - PE - CEP: 55440-000 - TEL: (071) 3516-1248 - FAX: (071) 3516-1248

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do
original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou
fé. GAETANO HENRIQUE FONTES DE ALMEIDA

Substituto, 15/05/2017 11:19:46 Empl. 2,99; TSHR: 0,66; PERC:
0,33; Total 3,98. Selo 0073817.BAK05201701.00529. Consulte
autenticidade do selo em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Gabriel Henrique Fontes de Almeida
Escrivente Substituto

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

Cód. Regulação:

EVOLUÇÃO / PRESCRIÇÃO / CONDUTA / EXAME

- 1) SFO 19% 2000P, EV. 13 33
- 2) S.RL 2000P EV. 23 49
- 3) DO LANTIDA - SAMP + AD EV 16:50
- 4) IMOBILIZAÇÃO COM TALA GOMADA
- 5) TRANSFERÊNCIA P/ REALIZAÇÃO DE EXAMES.

HD / INICIAL / CID

poliartropatia

DATA / HORA / ATENDIMENTO

17/02/14.

MÉDICO / ASSINATURA / CARIMBO

Dr. Márcio Nascimento
Médico
CRM/PE 24543

DIAGNÓSTICO / DEFINITIVO / CID

DATA / HORA / ALTA

DOENÇA / AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO CUMULSÓRIA
DATA / ASSINATURA / CARIMBO

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

ROC / CÓDIGO

ESPECIALIDADE

TIPO

GRUPO

CIDADE / LOCAL DE TRANSFERÊNCIA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SÁ - VII GERES
EMERGÊNCIA GERAL / ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DATA: 17/02/17
Nº DE OCORRÊNCIA:
HORA DE CHEGADA: 14:57
HORA SAÍDA:
REGULAÇÃO: 17/02/17

IDENTIFICAÇÃO		CPF:
NOME: <u>Valeu Oliveira de Lima</u>	DATA DE NASC: <u>10/04/20</u> ID: <u>36</u> Cor: <u>U</u>	
SEXO: <u>M</u> ORIENTAÇÃO SEXUAL:	ESTADO CIVIL: <u>U. casado</u> PROFISSÃO: <u>Assessor</u>	
NOME DA MÃE: <u>Mariailda de Oliveira Lima</u>	TEL:	
ENDEREÇO: <u>Faz. União</u>	BAIRRO: <u>2. Rural</u>	Nº <u> </u> CIDADE: <u>0.2. Francisco</u>
GRAU DE INSTRUÇÃO: ANALFABETO () 1º GRAU (X) 2º GRAU () SUPERIOR () CNS: <u>3. 10.15</u>		
RESPONSÁVEL: <u>Patricia</u>	FUNCIONÁRIO (A): <u>Luiza Brito</u>	

MEIO DE TRANSPORTE BOMBEIRO () AMBULÂNCIA () SAMU () AUTO () MOTO () OUTROS ()	PACIENTE CHEGOU AO SERVIÇO ANDANDO () MACA () CADEIRA DE RODA ()	ENCAMINHADO HOSPITAL () PSF () OUTROS ()
PA: <u>1,75</u> HGT: <u>1,75</u> TEMP: <u>36,5</u> FC: <u>112</u> SATO ₂ <u>98</u> FR: <u>18</u> PESO: <u>70</u>		
ANTECEDENTES PESSOAIS:		
ANTECEDENTES FAMILIARES:		
USO DE MEDICAMENTOS:		
ALERGICO:		

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO	ENCAMINHAMENTOS	CLASSIFICAÇÃO
() Febre () Vômitos () Dificuldade de Respirar () Fraqueza () Confusão Mental () Fadiga () Cefaléia () Distúrbios Visuais () Tosse () Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo () Tonturas (X) Dor Local: <u>em abd. D.</u> () Queixa Urinária: () Sangramento Local: () Outras Queixas: <u>Questão sobre a possibilidade de infecção. Não deu resposta. Referiu dor no abd. inferior e H.</u>	() Clínico Geral (X) Cirurgião (X) Ortopedista () Odontólogo () Serviço Social () Enfermagem () Outros:	☐ Vermelho (X) Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Assinatura Enf. <u>[assinatura]</u>

DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA
1 - QUEIXA PRINCIPAL (QP) / HISTÓRICO DA DOENÇA (HDA) <u>Doença crônica e aguda (psicose) com sintomas de ansiedade e insônia</u> <u>há 10 dias (há 10 dias) sintomas de ansiedade e insônia</u>
2 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA <u>Ansiedade e insônia</u> <u>Atestado Con: Documento Original Em: 22/05/2017</u> <u>Maryleide do Nascimento Hosp. Reg. médico de Sa Mat. 230596-8</u>
3 - EXAMES SOLICITADOS <u>Exames de urina, sangue e fezes</u>

<u>Exames de urina, sangue e fezes</u>	ARUANA SEGUROS
	Carimbo do Médico JUL 2017

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE / AGRESSÃO		
ACIDENTE DE TRÂNSITO Veículo: () Automóvel () Ônibus (X) Moto () Outros Quil: () Ignorado Fator de Proteção: () Cintel Cepacete () Qual: () Ignorado	ACIDENTE DE TRABALHO Origem: () Construção Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Outros Qual: () Ignorado	OUTRO TIPO DE ACIDENTE () Intoxicação Acidental () Queda Acidental () Afogamento () Queimaduras () Choque Elétrico () Outros Quil: () Ignorado
AGRESSÃO POR: () Arma de Fogo () Arma Branca () Espionamento () Outro Quil: () Ignorado MODO: () Assalto () Brigas () Ação Policial () Agressão Sexual () Ignorado () Outros Qual:	AUTOAGRESSÃO/ SUICÍDIO () Arma de Fogo () Enforcamento () Drogas () Queda de Nível () Outros Qual: () Ignorado	LOCAL DA OCORRÊNCIA () Via Pública () Domicílio () Escola () Ambiente de Trabalho () Outros Qual: () Ignorado

NOTIFICAÇÃO - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR - VEH			
Nº DA NOTIFICAÇÃO: <u> </u> SE <u> </u> INVESTIGAÇÃO <u> </u> SIM ☐ NÃO ☐ AGRADO: <u> </u> RESPONSÁVEL: <u> </u>			

ARUANA SEGUROS
13 JUL 2017

DATA/HORA

DATA/HORA

1975-1976

509 103-709-704

REF: 7251

THE ONLY MOVIE

Prisoner # 45, Du Fu Ave

~~CONFIDENTIAL~~

1044411 115-115-115 to 115

~~Confidential - Not for Release~~

DATE: 10/10/2023

1964-1965	1965-1966
-----------	-----------

for the first time

Assinatura do Médico (Carimbo Nome nº do CRM):

6 - EVOLUÇÃO

CATALUNYA

DESTINO

Para Residência: () Internado () Evasão () Ignorado () Óbito () Outros Data: ____/____/____ Hora: ____

Transferido para: _____ Senha: _____

Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento: A AIH deverá ser obrigatoriamente preenchida nos casos de:

- ✓ Pacientes com período de internação igual ou inferior a 24 horas;
- ✓ Transferências
- ✓ Óbitos

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SÁ-VII GERES
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

REGISTRO Nº 20.313-1
DATA: 17/02/17
HORA:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO DO SUS:

NOME: Valério Oliveira de Lima DT DE NASC: 10/04/80 ID: 36 SX 14
EST. CIVIL: casado PROFISSÃO: Agricultor RAÇA (ETNIA): br
ENDEREÇO: Fazenda Capanga
MUNICÍPIO: Itaíba UF: PE CEP: 56.440-000
Nº. DOCUMENTO: () CPF () IDENTIDADE
NOME DA MÃE: Maria Hilda de Oliveira Lima TEL: ()
NOME DO ACOMPANHANTE: Patricia (Pompaleno)

COR
() 01 BRANCA () 04 AMARELA
() 02 PRETA () 05 INDÍO
() 03 PARDAS () 06 INFORMAÇÃO

CLÍNICA

() NEONATAL () CLÍNICA MÉDICA () CIRÚRGICA () PEDIÁTRICA () TRAUMATOLÓGICA () SAÚDE MENTAL
CARACTER: () ELETIVO () URGÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Paciente vítima de acidente de trânsito, do
quadro e como (D) não deu mais
por cima, travando os membros
inferiores.

Refere HAS (DM) Atesto Com

Documento Original

EXAME Em: 22/05/2017

Marysandra do Nascimento
Hosp. Reg. Inácio de Sá
Mat. 230596-8

PRESSÃO ARTERIAL: 130/80 PULSO: 73 TEMPERATURA: 36,5 PESO: 75
unidades renais, oligúria, edema
extremo e cefaleia, náusea e vômito
intermitente, apatia, letargia e
confusão mental.

Rx Fratura distal da tíbia e
fibula e fratura de
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Lesões de membros inferiores e
trauma craniano.

DATA: 17/02/17

MÉDICO-CRÉMIEPECARIMBU

CONDIÇÕES DE ALTA

() 11 - ALTA CURADO
() 12 - ALTA MELHORADO
() 14 - ALTA PEDIDA
() 16 - ALTA POR EVASÃO
() 13 - TRANSFERIDO PARA OUTRO ESTABELECIMENTO
() 15 - ÓBITO COM DECLARAÇÃO FORNECIDA PELO
MÉDICO ASSISTENTE ☐ + 48 HS ☐ - 48 HS

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Recife

DATA: 20/02/17

MÉDICO-CRÉMIEPECARIMBU

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Nº do Paciente

VARÃO OLIVEIRA DE LIMA

Nº do Reg. Insc.

Endereço

TRAMUNTO S/A

Profissão

Dr. Celso S.

Residência

Nº do Reg. Insc.

Nº do Documento

Profissão

Dr. Paulo

Endereço

Residência

Paulista

Data de Nascimento

17/02/17

Qualificação do Paciente

Incisão Cerebral e Pubiana

Qualificação do Paciente

Dr. Celso S.

Qualificação do Paciente

Redução + Fixação externa

Qualificação do Paciente

A. Mendes

Atesto Com

Documento Original

Em, 22/05/2017

Marydella do Nascimento
Hosp. Reg. Insc. de Sá
Mat. 230596-8

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

① Anestesia ② Anti-embolia ③ Apoio de corpo externo ④ Redução ⑤ Fixação externa CI OR pinos em todo lado + duas barras ⑥ Avaliação

Clélio S.
Traumatologia - Ortopedia
RUA DE S. FRANCISCO, 100 - 10010000

ARUANA SEGUROS
13 JUL 2017

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: <i>Roberto Oliveira de Lima</i>		CLÍNICA: <i>Ortopedia</i>		ENF.: <i>26</i>	LEITO: <i>2</i>
DATA	HORA	EVOLUÇÃO			
<i>01/07/17</i>		<i>HD: fratura de quadril fechado</i> <i>paciente apresenta dor de intensidade moderada em fratura de quadril, com edema local e um pouco de urina hematuria.</i> <i>CD: paciente apresenta sinais de desidratação.</i>			
<i>03/07/17</i>		<i># ORTOPEDIA</i> <i>HD: Ex. quadril fechado</i> <i>paciente leve, em boas condições.</i> <i>CD: paciente apresenta sinais de desidratação, febre, urina hematuria.</i>			
<i>06.03.17</i>		<i>Fisioterapia Motora</i> <i>Paciente EGBom, consciente, orientado, referindo dor moderada em fratura de quadril, com fixador externo. Realizou fisioterapia ativa - MMSS e ativa - assistida em MMFI. Organizado, decubito no leito. Orientado, em relação a postura do membro afetado.</i>			

Dr. Paulo Roberto de Lima
 MÉDICO
 CREMEPE 24609

Dr. Paulo Roberto de Lima
 MÉDICO
 CREMEPE 24609

ARUANA SEGUROS
 13 JUL 2017

Clauda Del
 CREITO-198190-F

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
08/03/17		Fisioterapia Motora Paciente EGBom, referindo dor moderada em fratura de pelve segue sem alterações no quadro clínico. Mantenho conduta anterior. Claudia Belo CREFITO - 198190-F
10/03/17		Fisioterapia Motora (030205001-9) Realizada fisioterapia ativa MMSS + PV'ST; ativo-axial - tida / passiva MMII; exercícios tipo - cônica; isométricos gds. Carmem L. Carneiro Leão Fisioterapeuta CREFITO 52232-F
13/03/17		Fisioterapia Motora (030205001-9) Realizado alongamentos ed. mantida. Carmem L. Carneiro Leão Fisioterapeuta CREFITO 52232-F
		H.O.F. - RÁPIA TIPO: BICIA S/E DATA: 14/03/17 ASS: [Assinatura]
14/03/17		Fisioterapia Motora (030205001-9) Realizado alongamentos ed. mantida. Carmem L. Carneiro Leão Fisioterapeuta CREFITO 52232-F

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SERVIÇO SOCIAL



ENTREVISTA SOCIAL

NOME: Valério Oliveira de Lima SETOR: Tr 26-2
IDADE: 36 TELEFONE: 999600287 - Unidade Curva CEL: 996539492 - Landes
RESPONSÁVEL: Antônio Joaquim de Oliveira (tio mat)
ENDEREÇO: Sítio Pena - Belém de São Francisco
LOCAL DE REFERÊNCIA: _____

INFORMES:

- Encaminhado do Hosp de Salgueiro.
- Vítima de acidente de moto com fratura de bacia. Foi colocada tala, mas necessita de outra cirurgia que não é feita no hospital de Salgueiro.
- Vão acompanhando do tio.
- Mãe com esposa + 2 filhas.
- Trabalha como vigia (assalariado).
- Paiado solteiro.
- Autismo acompanhando.

23-02-17
Ass: C. N. de Moraes
Assistente Social
CRESS-3022

PRÓTESE

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

042-HOF

IRACY
001104117

ASSISTENTE SOCIAL/ADAPTA

TRAUMA 14/03.

Cliente bioMérieux 3182-8500

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
Relatório de Microbiologia

Impresso 21/Mar/2017 11:01 GMT-08:00

Nome do Doente: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA
Local: Rg: 1024201
ID do Laboratório: 201703-880

ID do Doente:
Médico:
Nº de Isolamento: 1

Quantificação de microrganismos:
Microrganismo Seleccionado: Enterobacter aerogenes - Semei 500.000 UFC / ml de urina.

Origem: Colhido a:

AMPICILINA: Execute um método alternativo de teste antes de relatar os resultados.

Informações de Identificação	Hora da Análise:	4,00 Horas	Estado:	Final
Microrganismo Seleccionado	94% Probabilidade	Enterobacter aerogenes		
	Bionúmero:	6637734573177010		
Mensagem de Análise da ID				

Informações de Sensibilidade	Hora da Análise: 10,25 Horas			Estado: Final	
Antibiótico	CMi	Interpretação	Antibiótico	CMi	Interpretação
BLSE			Ertapenem	≤ 0,5	S
#Ampicilina	8	R	Meropenem	0,5*	S
+Ticarcilina/Ácido Clavulânico		S	Amicacina	≤ 2	S
Piperacilina/Tazobactam	≤ 4	S	Gentamicina	≤ 1	S
Ceftazidima	≤ 1	S	Ciprofloxacina	≤ 0,25	S
Ceftriaxona	≤ 1	S	+Levofloxacina		S
Cefepime	≤ 1	S	Tigeciclina	1	S

* = Antibiótico Deduzido ** = Modificação do AES *** = Modificado pelo Utilizador # = Regra de limitação bioART desactivada

Resultados AES	
Confiança:	Consistente com Correção



ARUANA SEGUROS
13 JUL 2017



SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:

Valério

CLÍNICA:

Trauma

ENF.:

14

LEITO:

03

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

16/03/17

Fisioterapia Motora (030205001-9)
Realizado atendimento
cd: MantidaCarmen L. Carneiro Leão
Fisioterapeuta
CREITO 52232 F

17/3

* Murphy's
12:15 - Exame para Pilon
- Perda de 1/2 e 1/4 gms
P: 1) 50 to 50 - 100 hts
2) 50 htsDr. Tullio Porto
Médico
CRM - RJ 24087

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

21/03/17 09h15

Psicologia:

Solicitado parecer psicológico (Dr. Tullio Porto) em função do estado ansioso do paciente. (parecer anexo). Paciente tratado e atendido, acompanhado da esposa. Encontra-se no momento sem alterações emocionais. Consciente, orientado, bem de humor, calmo e discurso voltado a angústia sentida devido ao quadro de restrição, tendo sido submetido a lavagem intestinal antes da cirurgia na semana anterior. No momento sem queixas. Relata diminuição da angústia. Feito escuta e orientações. Manter a medicação atual.



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - CONSENTIMENTO INFORMADO



☒ PACIENTE

☐ RESPONSÁVEL - PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Valério Oliveira de Lima RG: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

NOME DO MÉDICO: Julio Porto CRM: 24090

PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: Correção Cirúrgica Fígado de Anl Pélusio

Declaro ter sido esclarecido pelo médico acima mencionado sobre a proposta de tratamento e procedimento a que será submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, sendo estas, claramente esclarecidas pelo médico. Que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas, sendo todas respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para ser alcançado/obtido o melhor resultado. Também estou ciente que poderão ocorrer complicações durante o(s) tratamento(s) assistência clínica ou procedimento; assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas. Confirmo que recebi explicações de meu médico, compreendi e concordei com tudo que me foi esclarecido.

Declaro também que nada omiti em relação a minha saúde e que informei todos os medicamentos que eventualmente esteja utilizando, assim como anteriores ocorrências de reações alérgicas e que concordo que esta declaração pode fazer parte integrante do prontuário médico.

Recife, 17 de Março de 17

Valério Oliveira de Lima
Assinatura do Paciente ou Responsável

DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os devidos fins, que esclareci o(a) paciente e/ou seu(ua) responsável, sobre o diagnóstico e prognóstico da doença, objetivo proposto, resultados esperados, possíveis tratamentos alternativos, riscos previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como sobre as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar os tratamentos. Respondi a todas as perguntas formuladas pelo(a) paciente e/ou responsável e acredito ter sido compreendido.

Recife, 17 de Março de 17

Dr. Julio Porto
Médico
CRM - PE - 24090
Assinatura, nome legível e carimbo

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA		Nº DO REGISTRO: 1024201
CLINICO:		Nº DO LEITO: 14-03
OPERADOR: DR RAUL LINS		
1º ASSISTENTE: DR RENATO	2º ASSISTENTE: DR PERO/JORGE	
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DRA DIANA	
ANESTESISTA: GERAL	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 17/03/2017		INICIO: FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: FRATURA-LUXAÇÃO DO ANEL PÉLVICO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DO ANEL PÉLVICO + RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO		
OPERAÇÃO REALIZADA: A PROPOSTA		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. PASSAGEM DE PARAFUSO CANULADO VIA ESCOPIA PARA REDUÇÃO DE SACRO ILIACA DIREITA
5. ACESSO ANTERIOR + DISSECÇÃO POR PLANOS+ISOLAMENTO DE FUNÍCULOS ESPERMÁTICOS
6. APOSIÇÃO DE DOIS PARAFUSOS 4,5 EM RAMOS PÚBLICOS PARA AUXÍLIO EM REDUÇÃO + REALIZADA REDUÇÃO
7. APOSIÇÃO DE PLACA 3,5 EM REGIAO ANTERIOR E OUTRA EM REGIAO SUPERIOR DE SINFISE PUBICA
8. LIMPEZA COM SF0,9%
9. SUTURA POR PLANOS + CURATIVO

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

EMPRESA:	MATERIAL USADO:
ORTOMEDICA	01 PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5
	01 PLACA DCP 3,5
	08 PARAFUSOS CORTICAIS
	01 PARAFUSO CANULADO 7

Dr. Pedro Paulo Pith de Lima
MÉDICO
CRM/PE 24809

NOTA DE SALA DO BLOCO CIRÚRGICO DO TRAUMA

Nome: Salmo Oliveira de Almeida Idade: 36 Registro: 1024204
 Data: 17/03/17 Posto: Enferm. Leito: 619581
 Cirurgião: Dr. Raul 1ª Auxiliar: na planta 2ª Auxiliar: Truase
 Cirurgia: Plastia Anel Peleico Sala: 02
 Tipo de anestesia: Local Bloqueio () Peridural () Raquí () Sedação () Geral (x)
 Anestesista: Dr. Cunha Enf: Wendell
 Instrumentador(a): Bruna Firma: Ortomexica Circulante:
 Hora admissão pact. na SO: M: 00 Hora saída pact. da SO:
 Início da Anestesia: 11:15 Término: 13:40
 Início da Cirurgia: M: 40 Término: 13:50
 Horário de Garroteamento: Inc. Term.
 Destino do Pact. no POI: SRPA (x) Leito de Oringam () UTI () Alta Hospitalar ()

Desc. Equipe Cirúrgica

Soluções:

Equipamentos:

Produto	Qnt.	Produto	Qnt.	SIM/NAO
Gorro	06	Água Oxigenada		
Máscara	06	Alcool a 70%	ml 200	
Propés <u>paros</u>	06	Ácidos Graxos Essenc.		
Touca	02	Clorexid. <u>0,05%</u> 2%	ml 400	

Materiais:

Produto	Qnt.	Produto	Qnt.	SIM/NAO
Algodão Ortopédico	01	Clorexid. Alcool. 4%		
Atadura de Crepe	02	Pomada		
Atadura de Gesso		Tintura de Benjoin		
Borracha (Latex ou Silicone)	1	Xylestesin Gelela		
Cateter Nasal		Xylestesin Spray		

Soros:

Produto	Qnt.	Produto	Qnt.	SIM/NAO
Compressa Cirurg.	10	Água Dest. 500ml		
Compressa Cirurg. Coluna	10	Manitol 20% 250ml		
Compressa de Gase		Manitol 3% 250ml		
Eletrodos	05	SF 0,9% 500ml	05	
Esparadrapo	01	SF 0,9% 250ml		
Esparadrapo Ant. alerg.		SF 0,9% 100ml		
Lâmina de Bisturi Nº 15	04	SF 0,9% 1000ml		
Lâmina de Bisturi Nº 23	01	SG 5% 500ml		
Luva Cirúrgica Nº 7,0	04	SG 10% 500ml		
Luva Cirúrgica Nº 7,5	08	SGF 250ml		
Luva Cirúrgica Nº 8,0	03	SRL 500ml	01	
Luva Cirúrgica Nº 8,5				

Materiais Especiais

Produto	Qnt.	SIM/NAO
Camisa de Vídeo		
Collatamp		
Fita Cardíaca		

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

Intubação / Ventilação

Gases Medicinais:

Produto	Qnt.	SIM/NAO
Hemostático/Colas Biolog.		
Sonda Endot. Inf. Nº 7,5	01	
Sonda Endot. Inf. Nº		
Sonda Endot. Ad. Nº		
Sonda Endot. Ad. Nº		
Traqueostomo- Nº		
Cera Óssea		
Cotonoides		
Esponja Hemostática		
Ar Comprimido		
CO ²		
Nitrogênio		
Oxido Nitroso		
Oxigênio		
Protóxido		



PEDIDO DE CONSULTA OU PARECER CLÍNICO

11-3
IA CLÍNICA: Onco
CLÍNICA: Psicologia
NOME DO PACIENTE: Valério Wilson
EXO: M IDADE: 36 COR: _____ ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____
CATEGORIA: _____ ANDAR: _____ ALA: _____ ENFERMARIA OU QUARTO: 14.3
EITO Nº _____ REGISTRO Nº 1029207

MOTIVO DA CONSULTA:

Paciente com quadro de transtorno depressivo
M = 30 dias. Não apresentando-se bem-estar físico e mental
de uma situação

ATA: 15.03.17

Dr. Tânia Porto
Médico
CRM-PE 24080

ARIANA SEGUROS

13 JUL 2017

ASSINATURA DO MÉDICO - CREMEPE

RELATÓRIO DA CONSULTA

20/03/2017 - Psicologia

Paciente visitado e atendido. Permanecendo do
caso. Encontra-se no momento sem alterações
funcionais. Consoante o relato, o paciente não
tem mais o mesmo quadro de humor não
apresentando mais dificuldade para manter o
interesse sentido devido ao quadro de
constipação onde relata muito incômodo que
impede a fazer a lavagem intestinal. O caso da
paciente na semana anterior. Referiu diminuir
por sem outras queixas no momento. Foi
dada a orientação.
20 - Manter o paciente em observação.

Josely Iraci da Silva
Psicóloga
CRM-PE 24080

DEVERÁ VOLTAR EM: _____

DATA: 20.03.17

ASSINATURA DO MÉDICO - CREMEPE

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Rua Aprigio Guimaraes, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640
Fone: (81) 3182-8549

XN series hemat

[Handwritten signature]

Nº amostra: 20
ID doente: 1024201
Nome: VALERIO OLIVEIRA LIMA

Rack: 2
T III

Posição: 8 09/03/2017 10:00:10

14.3

SERIE VERMELHA			REFERENCIA
RBC	3.97	[10 ⁶ /uL]	4.0 - 5.6
HGB	11.2	[g/dL]	12.0 - 16.0
HCT	32.4	[%]	34 - 48
MCV	81.6	[fL]	80 - 98
MCH	28.2	[pg]	25 - 32
MCHC	34.6	[g/dL]	31 - 36
RDW-SD	41.0	[fL]	38.6 - 49.1
RDW-CV	13.9	[%]	12 - 15
NRBC	0.00	[10 ³ /uL]	0.0 [%]

RBC

WNR

PLT

WDF

CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLT	342	[10 ³ /uL]	150 - 450
MPV	10.2	[fL]	9.0 - 13.0
PDW	10.7	[fL]	9.0 - 17.0
P-LCR	25.6	[%]	13.0 - 43.0
PCT	0.35	[%]	0.17 - 0.35

SERIE BRANCA

WBC	8.67	[10 ³ /uL]	4.5 - 10.0
IG	0.07	[10 ³ /uL]	0.8 [%]
NEUT	6.97	[10 ³ /uL]	80.5 + [%]
LYMPH	0.98	[10 ³ /uL]	11.3 - [%]
MONO	0.54	[10 ³ /uL]	6.2 [%]
EO	0.15	[10 ³ /uL]	1.7 [%]
BASO	0.03	[10 ³ /uL]	0.3 [%]

2.0 - 7.0	# 45	- 75%
1.0 - 4.0	# 20	- 40%
0.1 - 1.0	# 03	- 10%
0.0 - 0.7	# 0	- 7%
0.0 - 0.2	# 0	- 2%

WBC IP Message

RBC IP Message

PLT IP Message

[Handwritten signature]

ARUANA SEGUROS
13 JUL 2017

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO

XN series hemato

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Rua Aprigio Guimarães, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640

Fone: (81) 3182-8549

26-2

Nº amostra: 66

Rack: 7

Posição: 1

03/03/2017 12:47:39 WB

ID doente: 1024201

T III

Nome: VALERIO OLIVEIRA LIMA

SERIE VERMELHA

REFERENCIA

RBC	3.24	[10 ⁶ /uL]	4.0 - 5.6
HGB	9.3	[g/dL]	12.0 - 16.0
HCT	26.4	[%]	34 - 48
MCV	81.5	[fL]	80 - 98
MCH	28.7	[pg]	25 - 32
MCHC	35.2	[g/dL]	31 - 36
RDW-SD	39.8	[fL]	38.6 - 49.1
RDW-CV	13.7	[%]	12 - 15

RBC

WNR

PLT

WDF

BC 0.00 [10³/uL] 0.0 [%]

CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLT	279	[10 ³ /uL]	150 - 450
MPV	10.9	[fL]	9.0 - 13.0
PDW	11.5	[fL]	9.0 - 17.0
P-LCR	31.0	[%]	13.0 - 43.0
PCT	0.30	[%]	0.17 - 0.35

11.6"
73%
1.20

SERIE BRANCA

WBC	8.83	[10 ³ /uL]	4.5 - 10.0
IG	0.23	[10 ³ /uL]	2.6 [%]
NEUT	6.70	[10 ³ /uL]	75.9 [%]
LYMPH	1.17	[10 ³ /uL]	13.3 [%]
MONO	0.78	[10 ³ /uL]	8.8 [%]
EO	0.16	[10 ³ /uL]	1.8 [%]
BASO	0.02	[10 ³ /uL]	0.2 [%]

2.0 - 7.0	# 45	- 75%
1.0 - 4.0	# 20	- 40%
0.1 - 1.0	# 03	- 10%
0.0 - 0.7	# 0	- 7%
0.0 - 0.2	# 0	- 2%

WBC IP Message
IG PresentRBC IP Message
Anemia

PLT IP Message

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Rua Aprigio Guimaraes, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640
Fone: (81) 3182-8549

XN series hem

2612

Nº amostra: 63

ID doente: 1024201

Nome: VALERIO OLIVEIRA LIMA

Rack: 6
TP3

Posição: 8

23/02/2017 11:14:52

SERIE VERMELHA

REFERENCIA

RBC	2.76	[10 ⁶ /uL]	4.0 - 5.6
HGB	8.3	[g/dL]	12.0 - 16.0
HCT	22.8	[%]	34 - 48
MCV	82.6	[fL]	80 - 98
MCH	30.1	[pg]	25 - 32
MCHC	36.4	[g/dL]	31 - 36
RDW-SD	40.5	[fL]	38.6 - 49.1
RDW-CV	13.9	[%]	12 - 15
NRBC	0.00	[10 ³ /uL]	0.0 [%]

RBC

WNR

PLT

WDF

CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLT	162	[10 ³ /uL]	150 - 450
MPV	11.5	[fL]	9.0 - 13.0
PDW	13.4	[fL]	9.0 - 17.0
P-LCR	36.4	[%]	13.0 - 43.0
PCT	0.19	[%]	0.17 - 0.35

SERIE BRANCA

WBC	11.82	[10 ³ /uL]	4.5 - 10.0
IG	0.27	[10 ³ /uL]	2.3 [%]
NEUT	9.58	[10 ³ /uL]	81.0 [%]
LYMPH	1.02	[10 ³ /uL]	8.6 [%]
MONO	1.07	[10 ³ /uL]	9.1 [%]
EO	0.13	[10 ³ /uL]	1.1 [%]
BASO	0.02	[10 ³ /uL]	0.2 [%]

2.0 - 7.0	#	45	-	75%
1.0 - 4.0	#	20	-	40%
0.1 - 1.0	#	03	-	10%
0.0 - 0.7	#	0	-	7%
0.0 - 0.2	#	0	-	2%

*Barlow 6,1
neut 776,3*

WBC IP Message
Monocytosis
IG Present

RBC IP Message
Anemia

PLT IP Message

neutrofile

ARUANA SEGUROS
13 JUL 2017

Handwritten signature



PEDIDO DE CONSULTA OU PARECER CLÍNICO

DA CLÍNICA: Ortopedia e Traumatologia
A CLÍNICA: Urologia
NOME DO PACIENTE: Valério Oliveira de Lima
SEXO: M IDADE: _____ COR: _____ ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____
CATEGORIA: _____ ANDAR: _____ ALA: _____ ENFERMARIA OU QUARTO: 26
LEITO Nº 2 REGISTRO Nº 1024201

MOTIVO DA CONSULTA:

Paciente, 36 anos, vítima de acidente de moto, chegou ao serviço com história de fratura da anca, com os serviços para suturar, fixador externo, sobe o sistema definitivo. Na mamada, apresenta saída de urina permanente pelo orifício ventral, externo, mamado, quando com urina de coloração hemática. Exatidão da urina.

DATA: 02/03/17

Assinatura do Médico - CREMEPE

RELATÓRIO DA CONSULTA

Paciente com história de acidente de moto, chegou ao serviço com história de fratura da anca, com os serviços para suturar, fixador externo, sobe o sistema definitivo. Na mamada, apresenta saída de urina permanente pelo orifício ventral, externo, mamado, quando com urina de coloração hemática. Exatidão da urina.

George A. F. Lima
CRM/PE 24275

ARIANA SEGUROS

13 JUL 2017

03/03/17

7.11.17 254

DEVERÁ VOLTAR Em DATA: _____



PEDIDO DE CONSULTA OU PARECER CLÍNICO

Pernambuco

A CLÍNICA: Ortopedia
CLÍNICA: Urologia
NOME DO PACIENTE: Valério Oliveira
SEXO: M IDADE: 36 COR: ESTADO CIVIL: PROFISSÃO:
CATEGORIA: ANDAR: ALA: ENFERMARIA OU QUARTO: 14.3
ITEM Nº REGISTRO Nº 1023201

MOTIVO DA CONSULTA:

Yacinto com fratura de Anel pélvico em uso de SUD, controle de dor, evoluindo com pinto e hematúria(?)

DATA: 10 / 03 / 17

Dr. Tullio Porto
Médico
CRM - PE 24986

ASSINATURA DO MÉDICO-CREMEPE

RELATÓRIO DA CONSULTA

Forma instável dia 06/07/2017 (em uso)

Dr. George A. Salas
Oncologista Clínico
CRM/PE 2215

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

10.03.17

8:22

VERA VOLTAR EM: 10.03.17 DATA: 1 / 1
ASSINATURA DO MÉDICO-CREMEPE

**SES****HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS**

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA		
Registro: 1024201	Enf: 13	Leito: 03

DATA DE ENTRADA: 21/02/2017	DATA DE SAÍDA: 19/03/17
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: FRATURA DE ANEL PÉLVICO	
DIAGNÓSTICO FINAL: O MESMO.	
EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ANEL PÉLVICO.	
DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: QUADRIL PARA CONTROLE EM: 15 DIAS	
MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM	

Dr. Túlio Porto
Médico
CRM - PE: 24080

Jorge Ferraz
Médico
CRM - 24007

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

****SES/FUSAM****

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejiúó - Recife - PE PABX 31828500

MARCAÇÃO AMBULATORIAL - PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA:
AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

REGISTRO: 1024201 ALTA HOSPITALAR EM: 05/02/2016

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE QUADRIL EM: 15 DIAS

MÉDICO:

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO

RECIFE, 19/03/17 erraz

Médico
CRM - 24087

MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO

VISTO - CHEFIA DO AMBULATÓRIO

OBS:

- A. ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
B. TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
C. SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM AULA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO)

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejiúó - Recife - PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

Registro: 1024201 Enf: 13 Leito: 03

DATA DE ENTRADA: 21/02/2017 DATA DE SAÍDA: 19/03/17

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE ANEL PÉLVICO D. Túlio Porto

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO Médico
CRM - PE: 24080

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ANEL PÉLVICO.

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: QUADRIL Jorge Ferraz
PARA CONTROLE EM: 15 DIAS Médico
CRM - 24087

MÉDICO RESPONSÁVEL - CF