

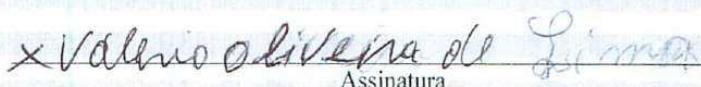


**PROCURAÇÃO "AD-JUDÍCIA" E "AD NEGÓTIA"**

Nome completo: <b>VALERIO OLIVEIRA DE LIMA</b>		Nacionalidade: <b>BRASILEIRA</b>	
Estado civil: <b>SOLTEIRO</b>	Profissão: <b>AGRICULTOR</b>	Data de nascimento: <b>24/04/1980</b>	
Endereço completo: <b>R. IMPOGIRA, n° 490</b>		BAIRRO: <b>ZONA RURAL</b>	
Cep: <b>56440-000</b>	Cidade: <b>BOLEMI DO SÃO FRANCISCO</b>	Telefone:	
CPF: <b>069.565.104-79</b>	CTPS N°. série <b></b>	PIS: <b></b>	RG: <b>16759632 23</b>

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador os advogados **JOSÉ LUIZ OLIVEIRA NETO**, OAB - BA 18822, CPF 351.372.315-68, GILSELANDIA BRITO DE GOIS, OAB-BA N°. 40.601, CPF 024.771.645-62, brasileira, solteira, **JORGE PEREIRA DA SILVA NETO**, OAB-BA N° 20.542, CPF N° 788.714.925-87, , com escritório na Rua Tiradentes, n°: 282 – centro – Paulo Afonso – BA – Fone (75) 3282-1745 – celular: (75) 8848-9834. A quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula “ad-judícia”, especialmente para defendê-lo em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, a quem de direito as ações competentes e defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-o, conferindo-lhe, ainda poderes especiais para prestarem declarações, receberem citação, confessarem, reclamarem, desistirem, renunciarem direitos, transigirem, afirmarem compromisso, fazerem acordos, recorrerem, receberem e darem quitação, propor execução, requerer falência, habilitar crédito em ação ordinária, procedimento sumaríssimo, ação rescisória, embargos, agravos, representando ainda o(a) outorgante, para o fim do dispositivo nos artigos números 447 e 448 do Código do Processo civil, incluindo também os poderes da procuração “ad- negótiia”, podendo ainda substabelecerem esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do(a) outorgante. Outrossim, fica vinculado quando da assinatura deste instrumento à concordância do estabelecido para fazer jus a título de honorários advocatícios pelo desempenho nos trabalhos realizados, no percentual de 20% (vinte por cento), sobre o valor da condenação, a incidir sobre as parcelas vencidas, bem como sobre as vincendas até o fim do processo. Em caso de recurso para tribunais superiores o percentual passara a ser de 30% (trinta por cento) e também custeado os honorários advocatícios ficarão a sucumbência da causa.

**Paulo Afonso BA, 20 de janeiro de 2016.**

  
Assinatura

Rua Tiradentes, 282 | Centro | CEP: 48.602-180  
Paulo Afonso | Bahia | Brasil  
Fone / Fax.: (75) 3282-1745 | 3281 - 9832  
E-mail: [advluizneto@gmail.com](mailto:advluizneto@gmail.com) | [secretaria@luizneto.adv.br](mailto:secretaria@luizneto.adv.br)





Assinado eletronicamente por: JOSE LUIZ OLIVEIRA NETO - 05/12/2019 16:35:26  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120516352672000000054190218>  
Número do documento: 19120516352672000000054190218

Num. 55079133 - Pág. 2



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

**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. Jólio de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-802  
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
OLIVEIRA, DA DE OLIVEIRA SILV.  
PROX. VILA

CPF: 056 779 654-22 NIS: 16404911621

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA IMPÉDIA 150 GRUPO ESCOLAR

LOCALIDADE DE IMPÉDIA/IMPÉDIA,  
BELEM DE SÃO FRANCISCO PE  
56440-000

CLASSIFICAÇÃO  
DE RESIDENCIAL  
BAIXA PRESSÃO COMINIS  
Mandacaru

CONTA CONTRATO  
1181681043  
MÊS/ANO  
01/2017

Nº DA NOTA FISCAL  
003311137  
SÉRIE  
UNICA  
EMISSÃO  
26/01/2017

DATA DE VENCIMENTO  
02/02/2017  
DATA PRÓXIMA PAGAMENTO  
23/02/2017

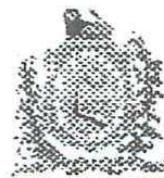
APRESENTAÇÃO N.º DO CLIENTE N.º DA INSTALAÇÃO

TOTAL A PAGAR (R\$)  
91,10

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL		QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo ate 30 kWh		30.0000000	0,20976595	6,29
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh		70.0000000	0,25680007	15,17
Consumo Ativo superior a 100 ate 220 kWh		81.0000000	0,53939337	43,69
Contribuição Iluminação Pública				15,37
ICMS Subvenção-CDE-NF 003310363-29/11/18				0,59

TOTAL DA FATURA  
91,10

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
N.º DO MÉDICO SISTEMA	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR 2015/01 LEITURA 2015/01	ATUAL 2015/01 LEITURA 2015/01	N.º DE CONSTANTE	DIAS	VALOR (R\$)	CONSUMO (kWh)
JAN15 181							0,22
DEZ15 180							
JAN16 182							
FEB16 184							
MAR16 185							
ABR16 186							
MAY16 187							
JUN16 188							
JUL16 189							
AGO16 190							
SETE16 191							
AGO16 192							
SET16 193							
NOV16 194							
DEZ16 195							
JAN17 196							
FEV17 197							
MAR17 198							
ABR17 199							
MAY17 200							
JUN17 201							
JUL17 202							
AGO17 203							
SETE17 204							
AGO17 205							
SET17 206							
NOV17 207							
DEZ17 208							
JAN18 209							
FEV18 210							
MAR18 211							
ABR18 212							
MAY18 213							
JUN18 214							
JUL18 215							
AGO18 216							
SETE18 217							
AGO18 218							
SET18 219							
NOV18 220							
DEZ18 221							
JAN19 222							
FEV19 223							
MAR19 224							
ABR19 225							
MAY19 226							
JUN19 227							
JUL19 228							
AGO19 229							
SETE19 230							
AGO19 231							
SET19 232							
NOV19 233							
DEZ19 234							
JAN20 235							
FEV20 236							
MAR20 237							
ABR20 238							
MAY20 239							
JUN20 240							
JUL20 241							
AGO20 242							
SETE20 243							
AGO20 244							
SET20 245							
NOV20 246							
DEZ20 247							
JAN21 248							
FEV21 249							
MAR21 250							
ABR21 251							
MAY21 252							
JUN21 253							
JUL21 254							
AGO21 255							
SETE21 256							
AGO21 257							
SET21 258							
NOV21 259							
DEZ21 260							
JAN22 261							
FEV22 262							
MAR22 263							
ABR22 264							
MAY22 265							
JUN22 266							
JUL22 267							
AGO22 268							
SETE22 269							
AGO22 270							
SET22 271							
NOV22 272							
DEZ22 273							
JAN23 274							
FEV23 275							
MAR23 276							
ABR23 277							
MAY23 278							
JUN23 279							
JUL23 280							
AGO23 281							
SETE23 282							
AGO23 283							
SET23 284							
NOV23 285							
DEZ23 286							
JAN24 287							
FEV24 288							
MAR24 289							
ABR24 290							
MAY24 291							
JUN24 292							
JUL24 293							
AGO24 294							
SETE24 295							
AGO24 296							
SET24 297							
NOV24 298							
DEZ24 299							
JAN25 300							
FEV25 301							
MAR25 302							
ABR25 303							
MAY25 304							
JUN25 305							
JUL25 306							
AGO25 307							
SETE25 308							
AGO25 309							
SET25 310							
NOV25 311							
DEZ25 312							
JAN26 313							
FEV26 314							
MAR26 315							
ABR26 316							
MAY26 317							
JUN26 318							
JUL26 319							
AGO26 320							
SETE26 321							
AGO26 322							
SET26 323							
NOV26 324							
DEZ26 325							
JAN27 326							
FEV27 327							
MAR27 328							
ABR27 329							
MAY27 330							
JUN27 331							
JUL27 332							
AGO27 333							
SETE27 334							
AGO27 335							
SET27 336							
NOV27 337							
DEZ27 338							
JAN28 339							
FEV28 340							
MAR28 341							
ABR28 342							
MAY28 343							
JUN28 344							
JUL28 345							
AGO28 346							
SETE28 347							
AGO28 348							
SET28 349							
NOV28 350							
DEZ28 351							
JAN29 352							
FEV29 353							
MAR29 354							
ABR29 355							
MAY29 356							
JUN29 357							
JUL29 358							
AGO29 359							
SETE29 360							
AGO29 361							
SET29 362							
NOV29 363							
DEZ29 364							
JAN30 365							
FEV30 366							
MAR30 367							
ABR30 368							
MAY30 369							
JUN30 370							
JUL30 371							
AGO30 372							
SETE30 373							
AGO30 374							
SET30 375							
NOV30 376							
DEZ30 377							
JAN31 378							
FEV31 379							
MAR31 380							
ABR31 381							
MAY31 382							
JUN31 383							



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 188º CIRCUNSCRICAO - BELEM DE SAO FRANCISCO -  
DP188º CIRC DINTER2/22º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 17E0278000253

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpoado (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 Pai: OLIVEIRA JOSE DE LIMA Data de Nascimento: 14/4/1980 Naturalidade: SALGUEIRO /PERNAMBUCO /BRASIL  
Documentos: 167896322668SP/BA (RG), 06986840479 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)  
Telefones Celulares:  
- 7598391401  
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BELEM DE SAO FRANCISCO, 1, FAZENDA IPUEIRA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BELEM DE SAO FRANCISCO/PERNAMBUCO/BRASIL

RONILSON ALMEIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Mãe: A Pai: B Data de Nascimento: 1/1/1801 Naturalidade: NÃO INFORMADO /PERNAMBUCO /BRASIL

ROMUEL GOMES DE SÁ TORRES (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido  
Mãe: A Pai: B Data de Nascimento: 1/1/1801 Naturalidade: 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: JSL9322 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 156282289 Chassi: 9C2KDO4209R826880  
Ano Fabricação/Modelo: 2009/2009 Combustível: GÁOLINA

Complemento / Observação



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

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaB.O.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 VEÍCULO FIAT ESTRADA CONDUZIDA PELO SENHOR RONILSON ALMEIDA ENTRANDO NA SUA FRENTE TENDO A VITIMA BATIDO NA FRENTES DO VEÍCULO (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



## HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SÁ-VII GERS FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

DATA:   /  /    
HORA:   :  :

Assinado eletronicamente por: JOSE LUIZ OLIVEIRA NETO - 05/12/2019 16:35:26  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912051635267200000054190218>  
Número do documento: 1912051635267200000054190218

Num. 55079133 - Pág. 6

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Variante Oferta de Língua

Nome do paciente

TRAVINATO GIA

Nome do profissional

Dr. Pedro So

Local

17/02/17

Nome do profissional

Início da consultoria e. publico

D

O motivo

redução + fixação interna

A ungue

Atesto Com

Documento Original

Em 22/05/2017

Mauro  
Médico de Nascimento  
Hosp. Reg. Inácio de Sá  
Mat. 230596-8

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

① Anest. ② Anti-emb. ③ Apoio de corpo estéril ④ Retirada  
⑤ Fixação estéril c/ os pinos  
em cada lado + duas bolas ⑥ Asepsis

Cláudio So  
Traumatologia - Ortopedia  
0411120007201073

\*\*SES/FUSAM\*\*

## HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 318228500

### MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
AMBULATORIO PARA:

NOME DO PACIENTE: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

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

RETORNAR AO AMBULATORIO DE QUADRIL

MÉDICO:

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO

RECIFE, 19/03/17 Ferraz  
Médico  
CRM - 24087

MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO

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 AMBULATORIO (1º RETORNO)



SES

## HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 318228500

### RESUMO DE ALTA

Nome: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

Registro: 1024201 Enf: 13 Leito: 03

DATA DE ENTRADA: 21/02/2011 | 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 COMPARER AO AMBULATORIO DE: QUADRIL Jorge Ferraz  
Medico CRM - 24087  
PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

MÉDICO RESPONSÁVEL - CR

IDENTIFICAÇÃO		CPF:	
NOME: <u>Flávia Oliveira de Lima</u>		DATA DE NASC: <u>10/09/80</u> ID: <u>16</u> Cor: <u>0</u>	
SEXO: <u>F</u>	ORIENTAÇÃO SEXUAL: <u></u>	ESTADO CIVIL: <u>casada</u> PROFISSÃO: <u>funcionária</u>	
NOME DA MÃE: <u>Flávia Oliveira de Lima</u>		TEL: <u></u>	
ENDERECO: <u>Faz: Oliveira</u>		BAIRRO: <u>2. Bairro</u> Nº <u></u> CIDADE: <u>3. Franca</u>	
GRAU DE INSTRUÇÃO: ANALFABETO ( ) 1º GRAU ( ) 2º GRAU ( ) SUPERIOR ( ) CNS: <u>3 - Contra</u>		FUNCIONÁRIO (A): <u>Flávia Oliveira</u>	
RESPONSÁVEL: <u>Flávia Oliveira</u>			
MEIO DE TRANSPORTE BOMBEIRO ( ) AMBULÂNCIA ( ) SAMU ( ) AUTO ( ) MOTO ( ) OUTROS ( )	PACIENTE CHEGOU AO SERVIÇO ANDANDO ( ) MACA ( ) CADEIRA DE RODA ( )	ENCAMINHADO HOSPITAL ( ) PSF ( ) OUTROS ( )	
PA: _____ HGT: _____ TEMP: _____	FC: <u>77</u> SATO <sub>2</sub> <u>98</u>	FR: _____ PESO: _____	
ANTECEDENTES PESSOAIS: _____			
ANTECEDENTES FAMILIARES: _____			
USO DE MEDICAMENTOS: _____ ALERGICO: _____			
AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS	CLASSIFICAÇÃO
<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dificuldade de Respirar <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Confusão Mental <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Distúrbios Visuais <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Paraesthesia e/ou Paralisia de parte do corpo <input type="checkbox"/> Tonturas <input checked="" type="checkbox"/> Dor. Local: <u>Flávia Oliveira</u> <input type="checkbox"/> Queixa Urinária: _____ <input type="checkbox"/> Sangramento. Local: _____ <input type="checkbox"/> Outras Queixas: <u>Pronto para fazer a minha hora. Pode dar para a minha hora. Depois de um abalo no cérebro.</u>		<input type="checkbox"/> Clínico Geral <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedista <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Serviço Social <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Vermelho <input checked="" type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul  Assinatura Enf. <u>Marydele do Nascimento</u>
DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA			
1 - QUEIXA PRINCIPAL (QP) / HISTÓRICO DA DOENÇA (HDA)			
<u>Pronto para fazer a minha hora. Pode dar para a minha hora. Depois de um abalo no cérebro.</u>			
2 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA			
Atesto Con: <u>Marydele do Nascimento</u> Documento Original Em: <u>22/05/2017</u> Mat: <u>230596-8</u>			
3 - EXAMES SOLICITADOS			
<u>Pronto para fazer a minha hora. Pode dar para a minha hora.</u>			
Carimbo do Médico			
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE / AGRESSÃO			
ACIDENTE DE TRÂNSITO	ACIDENTE DE TRABALHO	OUTRO TIPO DE ACIDENTE	
Veículo: <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> ônibus <input checked="" type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Outros Qual: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado Fator de Proteção: <input type="checkbox"/> Cinto/ Capacete <input type="checkbox"/> Qual: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado	Origem: <input type="checkbox"/> Construção Civil <input type="checkbox"/> Indústria <input type="checkbox"/> Agricultura <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outros Qual: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Intoxicação Acidental <input type="checkbox"/> Queda Acidental <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queimaduras <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outros Qual: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado	
AGRESSÃO	AUTOAGRESSÃO/ SUÍCÍDIO	LOCAL DA OCORRÊNCIA	
POR: <input type="checkbox"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Arma Branca <input type="checkbox"/> Escancamento <input type="checkbox"/> Outro Qual: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado MODO: <input type="checkbox"/> Assalto <input type="checkbox"/> Briga <input type="checkbox"/> Ação Policial <input type="checkbox"/> Agressão Sexual <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outros Qual: _____	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Queda de Nível <input type="checkbox"/> Outros Qual: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> Ambiente de Trabalho <input type="checkbox"/> Outros Qual: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado	
NOTIFICAÇÃO - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR - VEH			
Nº DA NOTIFICAÇÃO: _____	SE: _____	INVESTIGAÇÃO SIM: <input type="checkbox"/> NÃO: <input type="checkbox"/>	AGRAVO: _____
RESPONSÁVEL: _____			



**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





**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**

**Dr. Túlio Porto**

**Médico**

**CRM - PE: 24080**

**DIAGNÓSTICO FINAL:**

**O MESMO**

**EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):**

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ANEL PÉLVICO.**

**DEVERÁ COMPARÉCER AO AMBULATÓRIO DE: QUADRIL** *Jorge Ferraz*  
**PARA CONTROLE EM: 15 DIAS**

**Médico**  
**CRM - 24087**

**MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM**



Assinado eletronicamente por: JOSE LUIZ OLIVEIRA NETO - 05/12/2019 16:35:26

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120516352672000000054190218>

Número do documento: 19120516352672000000054190218

Num. 55079133 - Pág. 11

COBERTURA INVALIDEZ

**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** ARUANA SEGUROS S/A

**BENEFICIÁRIO** VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

**CPF/CNPJ:** 06956540479

**Posição em 03-08-2017 07:29:54**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.531,25

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/08/2017	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

