



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SEÇÃO DE MUTIRÕES DE CONCILIAÇÃO DA CAPITAL

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autor(a): Alberto Eduardo da Silva Lima  
inscrito no CPF: 245.758.104 - 44, vem solicitar com respaldo  
no Art. N° 1 da Instrução Normativa n° 8 do TJPE de 28.08.2013, publicada  
em: 30.08.2013, edição 160/2013, que os presentes autos que versam  
sobre Indenização de DPVAT, sejam remetidos imediatamente à Seção  
Seção Especializada de Mutirões de Conciliação a Capital, antes da  
distribuição para alguma das Varas Cíveis, para que o feito possa ser  
inserido em pauta de Mutirões de acordo com o cronograma anual da Seção.

Recife, 08 de novembro de 2018.

“DE ACORDO”:

Alberto Eduardo da Silva Lima  
Autor(a)



# Pinheiro

## Advogados

### PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Alberto Fernandes da Silva Lima, brasileiro, solteiro, Policial Militar, portador do registro de identidade nº 00207799 PMP/PE, inscrito no CPF sob o nº 245.758.104-44, domiciliado no Rua Cel. Izídio, nº 906, apt 103, Centro, 55.540-000, Palmares - PE.

#### **OUTORGADOS:**

**Paulo Roberto Fernandes Pinheiro**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 14.088, **Bruno Vieira Fernandes Pinheiro**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 27.264 e **Guilherme Trindade H. B. Cavalcanti**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 27.322, com Escritório na Rua Francisco Alves, 105, sala 307, Ilha do Leite, Recife - PE, onde recebem notificações e intimações.

#### **PODERES CONCEDIDOS:**

Amplios poderes, admitidos os das cláusulas "AD JUDÍCIA" e "EXTRA-JUDÍCIA", para o foro em geral em qualquer instância ou Tribunal de Justiça Federal ou do Estado de Pernambuco, bem como em todo Território Nacional, para em nome da outorgante propor ação, contestar, embargar, agravar, recorrer, firmar compromisso, reconvir, concordar, discordar, oferecer provas, desistir, transigir, fazer declaração, confessar, protestar, receber e dar quitação ingressar em qualquer juízo, receber cheque referente ao pagamento da complementação da indenização do seguro DPVAT, intimações/notificações, receber alvarás, podendo reter os honorários contratuais com percentual de 30% do valor do acordo eventualmente firmado, aceitar ou impugnar laudos, contas, habilitações, avaliações e partilhas, interpor qualquer tipo de recurso tanto nas fases administrativas, como judiciais, requerendo e acompanhando tudo quanto for de direito dos outorgantes. Enfim, os outorgados podem praticar todos e quaisquer atos conexos e consequentes a fim de agir em defesa dos direitos e interesses pessoais da outorgante, podendo inclusive substabelecer esta procuração a quem lhe prover, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bem, firme e valioso.

Recife, 21 de junho de 2013.

*Alberto Eduardo da Silva Lima*

Rua Francisco Alves, 105, sala 307, Ilha do Leite, Recife - PE.  
Fone/Fax's.: (0xx81) 3241.7111 E-mail: fernandespinheiro@hotmail.com CNPJ 03.659.003/0001-20





**SAAE** SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE PALMARES  
RUA DA PALMA, 90 - CENTRO - PALMARES/PE  
CEP: 55540-000 - CNPJ: 10.623.114/0001-41 - FONE: (81) 3662-2222

INSCRIÇÃO DEB. CONTA: 0007019.4 CLASSE - TARIFA: PAR R-1 RES. COM. IND. POR. OUT. S/Hidro. MÊS/FAT: 11/2015

**IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR**  
ALBERTO EDUARDO DA SILVA LIMA  
RUA CEL. IZACIO 406, APT 103, CENTRO  
PALMARES-PE LOCALIZAÇÃO: 00.00.04.0000015131  
CEP: 55.540-000

**SERVIÇOS E TARIFAS**

COD.	DESCRIÇÃO	PREST.	VALOR
01	ÁGUA		47,40
16	MULTA POR ATRASO - 08/2015		1,01
16	MULTA POR ATRASO - 09/2015		0,48
17	ENCARGOS (08/2015) 58 DIAS		1,16
17	ENCARGOS (09/2015) 28 DIAS		0,16

**81-997636937**

**HIDROMETRIA**

DATA INSI: **/**/15	MES	CONS.	DÍAS
ANTERIOR: ****	05/15	15	**
DI ANTER: **/**/15	06/15	15	**
ATUAL: ****	07/15	15	**
DI ATUAL: 17/11/15	08/15	15	**
CONSUMO: 15	09/15	15	**
DÍAS CON: **	10/15	15	**
OCOR: 02	11/15	15	**

MEDIA: 15 (M3)

**ULTIMOS CONSUMOS**

PARÂMETRO	FAZENDA	TOTAL ANÁLISE	VALOR MEDI
RESERVATÓRIO	Cor	ate 15UH	01 13,00
01- PALMARES	pH	6,0 a 9,	01 6,50
	Cloro	ate 5,0	01 2,00
PERÍODO DE ANÁLISE	Turbidez	ate 5UT	01 3,00
05/11/15 A 05/11/15	Fluor	ate 1,5	01 0,69

DEBITOS: ABR/2015

FATURA 150154629 VENCIMENTO 15/12/2015 VALOR R\$ 51,41

MENSAGENS:

LEITURA NAO REALIZADA. ( IMOVEL SEM HIDROM. )  
CONTA CALCULADA COM BASE NA MEDIA DE CONSUMO.

CONSUMIDOR

CONTA D'ÁGUA EMITIDA EM: 17/11/2015 07:48:33



## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, Alberto Eduardo da Silva Lima  
DECLARO, nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Reside, 08 de novembro de 2013.

Alberto Eduardo da Silva Lima



**SINISTRO 3160424489 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** ALBERTO EDUARDO DA SILVA LIMA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO M J DE SA

VALENCA CORRETORA DE SEGUROS EIRELI - CENTAURO

**BENEFICIÁRIO** ALBERTO EDUARDO DA SILVA LIMA**CPF/CNPJ:** 24575810444**Posição em 04-12-2018 11:59:40**

Após a liberação do pagamento da indenização, recebemos seu pedido de reanálise do processo. No entanto, após a realização da perícia médica e análise de sua documentação, não foram identificadas novas lesões permanentes ou agravamento daquelas já indenizadas. Por esse motivo, informamos que o seu pedido de reanálise foi encerrado e que fica mantido o valor pago anteriormente, conforme carta abaixo enviada para seu endereço.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
09/08/2016	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

&lt;

&gt;





BO N° 4-382/2015

Série-A  
1<sup>re</sup> Partie

Unidade Operacional 1000000		Circunscrição 742 / 14-000		Data do Registro 06/11/2015		Hora do Registro 20:00		Nº da Folha / Total de Folhas 01 / 02	
Descrição da Natureza Acidente de trânsito com vítima				Ano de ocorrência do CIDDS 2015					
Data (dd / mm / aaaa) 06/11/2015		Hora (hh / mm) 19:00		Arma ou Objeto Arma Desconhecida		Estado Civil Solteiro(a)		Culposo Coloso	
Circunscrição do Fato 742 / 14-000		Localização da Ocorrência Rua Avenida Rodovia		Número S/N		Flanqueante Ato Infrator			
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc) Estrada Monte Alegre				Número S/N		Complemento S/N			
Município Belo Horizonte		UF MG		CEP 31200-000					
<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA									
Nome - Razão Social Sergente Eduardo da Silva									
Pai S/N									
Mãe S/N									
Ano de Nascimento 07/06/70									
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Estado Civil <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amassado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Data de Nascimento		Idade Aparente		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a)	



<b>Responsáveis</b> Assessor: <i>[assinatura]</i> Responsável pelo Procedimento: <i>[assinatura]</i> Data: 05/12/2018		Nome: <i>[nome]</i> Assessor: <i>[nome]</i> Matrícula Nº: <i>[matrícula]</i> Responsável pelo Vadeio: <i>[nome]</i>	
Tipo do Exame: <i>[tipo]</i> Exames Periciais: S. Solicitado R. Recusado		Interesse: <i>[interesse]</i> Natureza: <i>[natureza]</i> Unidade: <i>[unidade]</i>	
<b>Dados Complementares</b> De toda a documentação que contém de natureza pessoal dos militares que o solicitante participou de operações militares, a saber: 1. Nome, data de nascimento, estado civil, profissão, endereço, etc. 2. Nome, data de nascimento, estado civil, profissão, endereço, etc. 3. Nome, data de nascimento, estado civil, profissão, endereço, etc. 4. Nome, data de nascimento, estado civil, profissão, endereço, etc. 5. Nome, data de nascimento, estado civil, profissão, endereço, etc. 6. Nome, data de nascimento, estado civil, profissão, endereço, etc. 7. Nome, data de nascimento, estado civil, profissão, endereço, etc. 8. Nome, data de nascimento, estado civil, profissão, endereço, etc. 9. Nome, data de nascimento, estado civil, profissão, endereço, etc. 10. Nome, data de nascimento, estado civil, profissão, endereço, etc.			
<b>Dados do Veículo</b> Marca/Modelo: <i>[marca/modelo]</i> Ano: <i>[ano]</i> Cor: <i>[cor]</i> Placa: <i>[placa]</i> Número do Registro: <i>[número]</i>		Número do Registro: <i>[número]</i> Marca/Modelo: <i>[marca/modelo]</i> Ano: <i>[ano]</i> Cor: <i>[cor]</i> Placa: <i>[placa]</i>	
<b>Objeto Envolvido</b> Tipo de Objeto: <i>[tipo]</i> Quantidade: <i>[quantidade]</i> Valor: <i>[valor]</i> Marca/Modelo: <i>[marca/modelo]</i> Ano: <i>[ano]</i> Cor: <i>[cor]</i> Placa: <i>[placa]</i> Número do Registro: <i>[número]</i>		Tipo de Objeto: <i>[tipo]</i> Quantidade: <i>[quantidade]</i> Valor: <i>[valor]</i> Marca/Modelo: <i>[marca/modelo]</i> Ano: <i>[ano]</i> Cor: <i>[cor]</i> Placa: <i>[placa]</i> Número do Registro: <i>[número]</i>	
<b>Modus Operandi</b> Local do Crime: <i>[local]</i> Data do Crime: <i>[data]</i> Hora do Crime: <i>[hora]</i> Forma de Execução: <i>[forma]</i> Forma de Entrega: <i>[forma]</i> Forma de Apropriação: <i>[forma]</i>			
Assinatura: <i>[assinatura]</i> Data: <i>[data]</i> Hora: <i>[hora]</i> Local: <i>[local]</i>			

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1.ª Via

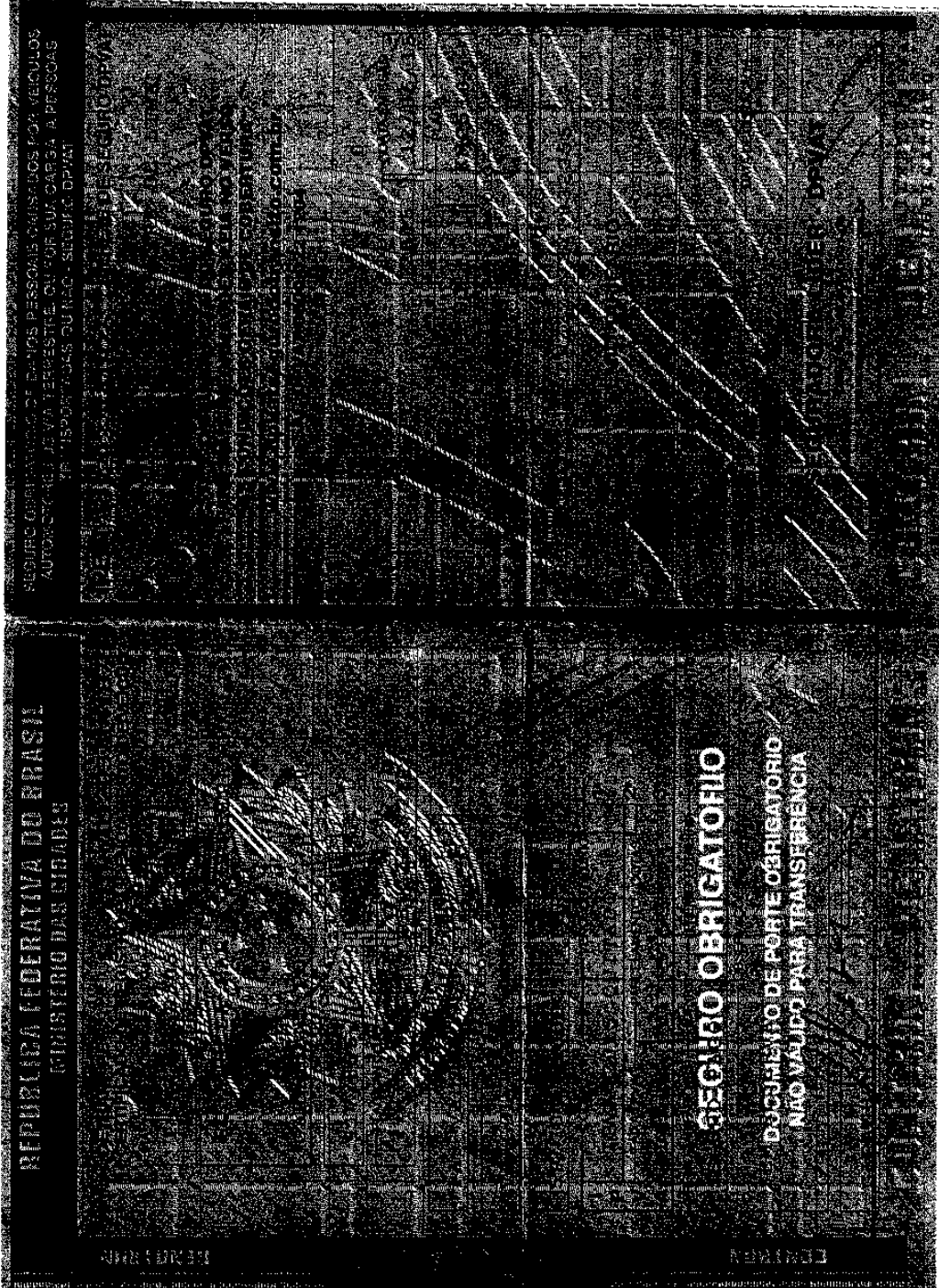


Série-A  
H-382/2015











HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE - SES  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo : Dr. Humberto da Silva  
NETOCRM 17093 UF: PE Nº: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente : Alfonso Loureiro S. LimaEndereço : Rua APrescrição : 1. Amoxicilina 250mg - 6000Tomar 2x ao dia, 1x à noiteDr. Humberto S. Neto17093DATA: 14/12/15

ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: \_\_\_\_\_



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1578282

Nome: Alberto Eduardo de Lima

Foi atendido às 21:36 hs. do dia 06/11/15

Diagnóstico Provável:  
# Politraumatismo com  
Trauma grave crânio-  
encefálico  
# Estado confusional  
agudo com  
obscurecimento 12

Tratamento Realizado: Observação neuro-  
lógica

Observação: Encontra-se na sala  
vermelha do trauma  
@ Não tem previsão de  
alta

Cópia de: alta

Dr. Orlando Barbosa  
Neurologista  
CRM 15762

Médico - CRM Nº

10-11-15

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 559096

Nome: Alberto Eduardo de Lima

Foi atendido às 21h36 hs. do dia 08/11/15

Diagnóstico Provável: TCE grave com LAD  
Chegar em Glasgow 9

Exatidão de 21 internar-  
ções  
Glasgow 13, us. R-F-M (+) algo  
deglutido

Tratamento Realizado: TC Lúrio: 01 lesões  
NCL

CD: Alta hospitalar (12/11/15)  
- Físio-terapia motor  
- Monitoramento no

Observação: em relação do NCL por  
30 dias de alta

Cópia de: Cib 506

Médico - CRM Nº

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086





## Relatório de medição



07.11.15 15:28

cobas b 123 POC system

Número de série 1635  
ID amostra 12358  
Modo amostra Normal

ID Pac. ALBERTO EDUARDO DE LIMA  
ID Operador 559096  
Sobrenome UT  
Tipo de amostra Sangue  
Tipo sanguíneo Arterial  
Temperatura 37.0 °C  
AO<sub>2</sub> 0.35

Baro	758.7 mmHg		
pH	7.407	[ 7.350 - 7.450 ]	
PCO <sub>2</sub>	38.5 mmHg	[ 35.0 - 45.0 ]	
PO <sub>2</sub>	75.5 mmHg	[ 80.0 - 100.0 ]	↓
CHCO <sub>3</sub>	23.7 mmol/L		
ctCO <sub>2</sub> (P)	24.8 mmol/L		
BE	-0.80 mmol/L		
SO <sub>2</sub>	96.5 %	[ 95.0 - 98.0 ]	
Hct	38.3 %	[ 34.0 - 48.0 ]	
K <sup>+</sup>	3.89 mmol/L	[ 3.50 - 4.50 ]	
Ca <sup>2+</sup>	0.677 mmol/L	[ 1.120 - 1.320 ]	↓
Cl <sup>-</sup>	108.2 mmol/L	[ 98.0 - 107.0 ]	↑
Glu	150 mg/dL	[ 74 - 106 ]	↑
Lac	2.6 mmol/L	[ 1.0 - 1.7 ]	↑
tHb	12.4 g/dL	[ 11.7 - 16.1 ]	
O <sub>2</sub> Hb	94.6 %	[ 90.0 - 95.0 ]	
FO <sub>2</sub> Hb	0.946		
SO <sub>2</sub> (c)	Valore base não disponível		x
ctCO <sub>2</sub> (B)	21.27 mmol/L		
CHCO <sub>3</sub> st	23.6 mmol/L		

Comentário

## Relatório de medição

08.11.15 09:25

cobas b 123 POC system

Número de série 1635  
ID amostra 12381  
Modo amostra Normal

ID Pac. ALBERTO EDUARDO LIMA  
ID Operador LUCIENE  
Sobrenome  
Tipo de amostra Sangue  
Tipo sanguíneo Desconhecido  
Temperatura 37.0 °C  
AO<sub>2</sub> 0.30

Baro	760.5 mmHg		
pH	7.405	[ 7.350 - 7.450 ]	
PCO <sub>2</sub>	50.8 mmHg	[ 35.0 - 45.0 ]	
PO <sub>2</sub>	57.8 mmHg	[ 80.0 - 100.0 ]	
CHCO <sub>3</sub>	31.1 mmol/L		
ctCO <sub>2</sub> (P)	32.7 mmol/L		
BE	5.37 mmol/L		
SO <sub>2</sub>	91.0 %	[ 95.0 - 98.0 ]	
Hct	38.9 %	[ 34.0 - 48.0 ]	
K <sup>+</sup>	4.22 mmol/L	[ 3.50 - 4.50 ]	
Ca <sup>2+</sup>	0.605 mmol/L	[ 1.120 - 1.320 ]	
Cl <sup>-</sup>	102.3 mmol/L	[ 98.0 - 107.0 ]	
Glu	137 mg/dL	[ 74 - 106 ]	
Lac	1.2 mmol/L	[ 1.0 - 1.7 ]	
tHb	12.1 g/dL	[ 11.7 - 16.1 ]	
O <sub>2</sub> Hb	88.7 %	[ 90.0 - 95.0 ]	
FO <sub>2</sub> Hb	0.887		
SO <sub>2</sub> (c)	Valore base não disponível		
ctCO <sub>2</sub> (B)	28.15 mmol/L		
CHCO <sub>3</sub> st	28.6 mmol/L		

Comentário







HOSPITAL DA RESTAURACAO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
BIOQUIMICA  
SEPAC

DOENTE: ALBERTO EDUARDO

MÉDICO:

ID: 559096

ID:

ENDEREÇO: VERMELHA/ UT

ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO:

COMENTÁRIOS:

IDADE:

SEXO:

QUARTO:

PRIORIDADE: \*\*ROTINA\*\*

ID DA AMOSTRA: 225

FLUIDO: Soro

COLHIDA EM: 9/11/2015 00:37:35

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 9/11/2015 00:31:28

HEMÓLISE (H): 21

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO	RESULTADO	H I T	INTERVALO REFERENCIA
UREA	39.26 mg/dL (A)		15.00-43.00
CREATININA	0.72 mg/dL		0.52-1.25
RESERVA ALCALINA	32.7 mmol/L		22.0-30.0
SODIO	140.1 mmol/L		137.0-145.0
POTASSIO	4.51 mmol/L		3.60-5.00
CLORO	100.0 mmol/L		98.0-107.0

IM DO RELATÓRIO

IMPRIMA DATA/HORA: 9/11/2015 00:37:35

Maria J. L. Leal  
Farmacêutica Bioquímica  
CRF-3: 1845





Dr. M. S. Sousa  
 Biomédica  
 CRBM - 2.0048

Test	Results	Units	Normal Range	Analysis Date-Time
T. Proteína	12.2	g	0.600 - 1.300	09.11.2015 - 06:53
	1.120	INR		
	93.5	%	70.0 - 120	

Operator notes

Sample ID 09112015/37  
 Patient ID 559076  
 Patient Name ALBERTO EDUARDO  
 Birth Date  
 Sex  
 Department UT  
 Physician  
 Entry Date 09.11.2015

# SAMPLE REPORT

ACL ELITEPRO Rel. 03.01.04 - Instrumentation Laboratory

HOSPITAL DA RESTAURACAO  
 LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
 HEMATOLOGIA  
 REFAC

09.11.2015  
 00:37  
 1

\* = outside normal range  
 Signature





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 559046

Nome: Alberto Eduardo de Lencastre Lima

Foi atendido às 212 hs. do dia 6, 11, 15

Diagnóstico Provável: Apendicite aguda  
(S22) com NF fove + CAD  
CJD - 12 - 106

Tratamento Realizado: Anestesia geral, laparotomia  
indicação de neurológico -

Observação: Remanejo do vazio do UTI +  
acompanhamento neurológico

Cópia de:

9/11/15

Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód 1086



Nome: **ALBERTO EDUARDO DE LIMA**  
Idade: **60** Sexo: **M**  
Médico: **JESUINO ALBINO**  
Procedência: **SUS - AMBULATORIO**

Pedido: **272035**  
Data do Pedido: **24/05/2016 06:02:00**  
Data do Laudo: **06/06/2016 09:47:55**  
Atendimento: **647884**

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

**DADOS CLÍNICOS: TCE.**

**TÉCNICA:** Foram obtidas aquisições do crânio em tomógrafo computadorizado de multidetectores, sem a administração venosa do contraste iodado.

**OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:**

- 1- Leve acentuação dos sulcos entre os giros corticais e fissuras.
- 2- Cisternas basais com boa amplitude.
- 3- Não há hidrocefalia.
- 4- Parênquima cerebral com atenuação preservada.
- 5- Não há evidências de focos hemorrágicos agudos, desvio das estruturas da linha média ou sinais de coleções líquidas extra-axiais.
- 6- Fossa posterior sem alterações significativas ao método.
- 7- Não identifico desalinhamentos ósseos relacionados a calota craniana.
- 8- Porções focalizadas dos seios paranasais tem transparência habitual no presente estudo.

**OBS.:** Desvio leve do septo nasal para direita.

  
**TACIANA PEREIRA DE ANDRADE**  
**11844**

Página 1 de 1





## Acreditação



## Controles de Qualidade



Paciente:  
**166424101 - ALBERTO EDUADO DA SILVA LIMA - 1000003086**  
Solicitação:  
**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**  
Instituição:

Sexo  
Masculino

O.S.  
170683857

Data da Emissão:  
**14/11/2017 12:58:33**

Matrícula  
1000003086

Data do Recebimento:  
**01/11/2017 16:15:15**

Local:  
**PALMARES**

**- Amostra coletada,  
identificada  
e enviada pelo lab. Associado**

**CLINICA MARIO BENTO LTDA**

Exame:  
**PSA TOTAL/LIVRE**

PSA TOTAL - Ultra sensível  
PSA LIVRE

Resultado:

**2,950 ng/mL  
0,62 ng/mL**

Valor(es) de referência:

Material: soro  
Método: Eletroquimioluminescência

PSA TOTAL : Masculino - Inferior a 4,000 ng/mL  
: Feminino - Inferior a 0,003 ng/mL  
PSA Livre : Inferior a 0,88 ng/mL  
Relação PSA Livre/Total : > 20%  
Abaixo de 20%: Maior correlação com Adenocarcinoma de Próstata (A.C.P.)  
Acima de 20%: Maior correlação com outras patologias diversas de A.C.P.

Exame:  
**TSH - HORMÔNIO  
TIREOESTIMULANTE - Ultrassensível**

Resultado:

**2,340 uUI/mL**

Valor(es) de referência:

Material: soro  
Método: Quimioluminescência

Até 3 dias: 1,5 a 15,7 uUI/mL  
Até 10 semanas: 0,8 a 9,2 uUI/mL  
Até 14 meses: 0,6 a 6,0 uUI/mL  
15 meses - 5 anos: 0,5 a 5,2 uUI/mL  
6 - 14 anos: 0,4 a 5,0 uUI/mL  
15 - 60 anos: 0,4 a 4,3 uUI/mL  
61 - 79 anos: 0,4 a 5,8 uUI/mL  
>= 80 anos: 0,4 a 6,7 uUI/mL  
Grávidas  
Primeiro Trimestre: 0,1 a 2,5 uUI/mL  
Segundo Trimestre: 0,2 a 3,0 uUI/mL  
Terceiro Trimestre: 0,3 a 3,0 uUI/mL  
Intervalo de medição: 0,008 - 150 pIU/ml (mIU/l)

Neuri Luiz Rubetti Junior  
CRF: CRF-PR: 21076  
Responsável Técnico

ESTE EXAME FOI REALIZADO PELO ALVARO - CENTRO DE  
ANÁLISES E PESQUISAS CLÍNICAS EM INTERCAMBIO COM O  
CLINICA MARIO BENTO LTDA

**O VALOR PREDITIVO DOS TESTES LABORATORIAIS DEPENDE DA SITUAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DO (A) PACIENTE**

[www.alvaro.com.br](http://www.alvaro.com.br)

14/11/2017 12:58





## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b> Rua Dom Expedito Lopes, 211, São José <b>PALMARES-PE</b>  PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMARES C.N.P.J. 00.562.279/0001-05

1ª Via Retenção de Farmácia ou Drogeria  
 2ª Via Orientação do Paciente

\_\_\_\_\_  
 Carimbo Médico - CRM

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Paciente: Alberto Eduardo da Silva Luan  
 Endereço: R. Exp. Lafaeiro nº 406

Prescrição: Paracetamol 25mg - 60 comp.  
7 dias 2 comp. 3x ao dia

Prescrição = PA

07/05/16

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
RG: _____ Org. Emis: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Fornecedor
Data: ____/____/____



**Laboratório de Análises Clínicas Mário Bento LTDA**

Rua Capitão Pedro Ivo, 608B, Centro, Palmares, PE  
Fone: (81) 3661-0764

Email: null  
Site: cmmariobento.com.br

Página: 3/4

Nome : **ALBERTO EDUARDO DA SILVA LIMA**  
Solicitante : \*\*\*\*\*  
Convênio : **SUS**  
Unidade : **CENTRAL**

Registro: : **1000003086**  
Data de atendimento : **01/11/2017**  
Data de impressão : **06/11/2017**  
Idade : **58 Ano(s)**

Metodologia: Automação ABX PENTRA 80

RELATORIO1

Material: SANGUE TOTAL

**SÉRIE VERMELHA**

HEMÁCIAS	<b>5,18 milhões/mm3</b>	VR: 4.1 - 5.7 milhões/mm3
HEMOGLOBINA	<b>15,0 g/dL</b>	VR: 12.3 - 17.6 g/dL
HEMATÓCRITO	<b>45,0 %</b>	VR: 37.0 - 53.0 %
VCM	<b>86,9 fL</b>	VR: 78.0 - 98.0 fL
HCM	<b>29,0 pg</b>	VR: 27.0 - 32.0 pg
CHCM	<b>33,4 g/dL</b>	VR: 30.0 - 35.0 g/dL
RDW	<b>13,1 %</b>	VR: 10.0 - 15.0 %

**SÉRIE BRANCA**

LEUCÓCITOS	<b>7.870 /mm3</b>	VR: 3800.0 - 10800.0 /mm3
EOSINÓFILOS	<b>3,0 %</b>	236
BASÓFILOS	<b>0,0 %</b>	0
PROMIELÓCITOS	<b>0,0 %</b>	0
MIELÓCITOS	<b>0,0 %</b>	0
METAMIELÓCITOS	<b>0,0 %</b>	0
BLASTOS	<b>0,0 %</b>	0
BASTONETES	<b>0,0 %</b>	0
SEGMENTADOS	<b>51,0 %</b>	4014 VR: 45.0 - 68.0 %
LINFÓCITOS TÍPICOS	<b>37,0 %</b>	2912 VR: 20.0 - 40.0 %
LINFÓCITOS ATÍPICOS	<b>0,0 %</b>	0
MONÓCITOS	<b>9,0 %</b>	708 VR: 2.0 - 10.0 %

**SÉRIE PLAQUETÉNEA**

CONTAGEM DE PLAQUETAS	<b>227 /mm3</b>	VR: 140.0 - 500.0 /mm3
-----------------------	-----------------	------------------------

**Observações:**

SV: HEMÁCIAS NORMOCÍTICAS E NORMOCRÔMICAS  
SB: LEUCÓCITOS MORFOLOGICAMENTE CONSERVADOS  
SP: PLAQUETAS NORMAIS EM NÚMERO E MORFOLOGIA

Data de impressão

06/11/2017 12:50

DRA. LORENN KARYNNE BEZERRA SANTOS  
CRBM: 2630

A interpretação de qualquer teste com finalidade diagnóstica ou prognóstica compete exclusivamente a seu médico e depende da avaliação conjunta de seu histórico médico, dados clínicos e exames laboratoriais.



Assinado eletronicamente por: GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA CAVALCANTI - 05/12/2018 13:12:27  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18120513122713700000038199980>  
Número do documento: 18120513122713700000038199980

Num. 38754799 - Pág. 1



**Laboratório de Análises Clínicas Mário Bento LTDA**  
Rua Capitão Pedro Ivo, 608B, Centro, Palmares, PE  
Fone: (81) 3661-0764  
Email: null  
Site: cmmariobento.com.br

Nome : **ALBERTO EDUARDO DA SILVA LIMA**  
Solicitante : \*\*\*\*\*  
Convênio : **SUS**  
Unidade : **CENTRAL**

Página: 1/4

Registro: : **1000003086**  
Data de atendimento : **01/11/2017**  
Data de impressão : **06/11/2017**  
Idade : **58 Ano(s)**

#### GLICOSE

Metodologia: GOD-Trinder

Material: PLASMA COM FLUORETO

RESULTADO: **106 mg/dL**

VR: 90.0 - 110.0 mg/dL

#### URÉIA

Metodologia: Enzimático UV

Material: SORO

Resultado: **26 mg/dL**

VR: 12.9 - 42.9 mg/dL

#### CREATININA

Metodologia: Colorimétrico

Material: SORO

Resultado: **0,7 mg/dL**

VR: 0.8 - 1.3 mg/dL

#### OLESTEROL TOTAL

Metodologia: Enzimático-Trinder

Material: SORO

Resultado: **187 mg/dL**

Ótimo: menor que 200 mg/dL  
Limitrofe: entre 200 e 239 mg/dL  
Alto: maior que 240 mg/dL  
Fonte: V Diretriz de Dislipidemias e Prevenção de  
Aterosclerose - Arq Bras de Cardiol. 2013,101(4 Supl.1):1-22

#### OLESTEROL HDL

Metodologia: Surfactante seletivo

Material: SORO

RESULTADO: **41 mg/dL**

Risco elevado menor que 40 mg/dL  
Risco baixo maior ou igual a 60 mg/dL

#### GLICERÍDEOS

Metodologia: Enzimático-Trinder

Material: SORO

Resultado: **191 mg/dL**

Normal: menor que 150 mg/dL  
Limitrofe: entre 150 e 199 mg/dL  
Alto: entre 200 e 499 mg/dL  
Muito alto: acima de 500 mg/dL

Data de impressão

06/11/2017 12:50

DRA. LORENA KARYNNE BEZERRA SANTOS  
CRBM: 2630

Interpretação de qualquer teste com finalidade diagnóstica ou prognóstica compete exclusivamente a seu médico e depende da avaliação conjunta de seu histórico médico, dados clínicos e exames laboratoriais.



Assinado eletronicamente por: GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA CAVALCANTI - 05/12/2018 13:12:27  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18120513122713700000038199980>  
Número do documento: 18120513122713700000038199980

Num. 38754799 - Pág. 2

**Laboratório de Análises Clínicas Mário Bento LTDA**

Rua Capitão Pedro Ivo, 608B, Centro, Palmares, PE  
Fone: (81) 3661-0764

Email: null  
Site: cmmariobento.com.br

Página: 2/4

Nome : **ALBERTO EDUARDO DA SILVA LIMA**  
Solicitante : \*\*\*\*\*  
Convênio : **SUS**  
Unidade : **CENTRAL**

Registro: : **1000003086**  
Data de atendimento : **01/11/2017**  
Data de impressão : **06/11/2017**  
Idade : **58 Ano(s)**

**COLESTEROL LDL**

Metodologia: Calculado

Material: SORO

**RESULTADO: 108 mg/dL**

Ótimo: Menor que 100 mg/dL  
Limiar ótimo: 100 a 129 mg/dL  
Limiar elevado: entre 130 e 159 mg/dL  
Elevado: Entre 160 e 189 mg/dL  
Muito elevado: Maior que 190 mg/dL  
Fonte: V Diretriz de Dislipidemias e Prevenção de  
Aterosclerose - Arq Bras de Cardiol. 2013,101(4 Supl.1):1-22

**ÁCIDO ÚRICO**

Metodologia: Enzimático-Trinder

Material: SORO

**Resultado: 5,5**

VR: 3.5 - 7.2

**TRANSAMINASE OXALACÉTICA**

Metodologia: Cinética UV-IFCC

Material: SORO

**Resultado: 19 U/L**

VR: 11.0 - 39.0 U/L

**TRANSAMINASE PIRÚVICA**

Metodologia: Cinética UV-IFCC

Material: SORO

**RESULTADO: 22 U/L**

Menor ou igual a 45 U/L

Data de impressão

06/11/2017 12:50

**DRA. LORENA KARYNNE BEZERRA SANTOS**  
CRBM: 2630

A interpretação de qualquer teste com finalidade diagnóstica ou prognóstica compete exclusivamente a seu médico e depende da avaliação conjunta de seu histórico médico, dados clínicos e exames laboratoriais.



Assinado eletronicamente por: GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA CAVALCANTI - 05/12/2018 13:12:27  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18120513122713700000038199980>  
Número do documento: 18120513122713700000038199980

Num. 38754799 - Pág. 3



**Laboratório de Análises Clínicas Mário Bento LTDA**  
Rua Capitão Pedro Ivo, 608B, Centro, Palmares, PE  
Fone: (81) 3661-0764  
Email: null  
Site: cmmariobento.com.br

Página: 4/4

Nome : **ALBERTO EDUARDO DA SILVA LIMA**  
Paciente : \*\*\*\*\*  
Convênio : **SUS**  
Instituição : **CENTRAL**

Registro: : **1000003086**  
Data de atendimento : **01/11/2017**  
Data de impressão : **06/11/2017**  
Idade : **58 Ano(s)**

## UMÁRIO DE URINA

Metodologia: Automação/Microscopia

Material: URINA

### ASPECTO FÍSICO

ASPECTO : LÍMPIDO  
COR : AMARELO CITRINO  
DENSIDADE : 1015,000  
PH : 6 ( ÁCIDA)

### ASPECTO QUÍMICO

PROTEÍNAS : AUSENTE  
GLICOSE : AUSENTE  
LEUCÓCITOS : AUSENTE  
CORPOS CETÔNICOS : AUSENTE  
HEMOGLOBINA : AUSENTE  
BILIRRUBINA : AUSENTE  
UROBILINOGÊNIO : NORMAL  
NITRITO : AUSENTE

### SEDIMENTOSCOPIA

CÉLULAS EPITELIAIS : RARAS  
PLÓCITOS : 1-2 por campo

Data de impressão : 06/11/2017 12:50

DRA. LORENA KARYNNE BEZERRA SANTOS  
CRBM: 2630

A interpretação de qualquer teste com finalidade diagnóstica ou prognóstica compete exclusivamente a seu médico e depende da avaliação conjunta de seu histórico médico, dados clínicos e exames laboratoriais.



Assinado eletronicamente por: GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA CAVALCANTI - 05/12/2018 13:12:27  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18120513122713700000038199980>  
Número do documento: 18120513122713700000038199980

Num. 38754799 - Pág. 4



**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**  
**Central de Agendamento Ambulatorial**  
**COMPROVANTE DE AGENDAMENTO**



**Informações do Atendimento**

Consulta.....: 17/12/2015 15:00Hr  
Serviço.....: NEUROCIRURGIA ADULTO  
Médico.....: 7928 - RITA DE CASSIA FERREIRA VALENCA MOTA  
Agenda.....: 23984

**Informações do Paciente**

Paciente.....: 1518282 Same.....:  
Nome.....: ALBERTO EDUARDO DA SILVA LIMA  
Sexo.....: MASCULIN  
Fone.....: Residencial: (81) - 95133838 / Celular: (81) - 98745505 Nasc.....: 01/01/1956  
Endereço.....: RUA CORONEL IZACIO, 406 - CENTRO - PALMARES - PE - Cep: 55540000  
Cidade.....: PALMARES

Agendado por: ANTONY GMO





**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**  
**Central de Agendamento Ambulatorial**  
**COMPROVANTE DE AGENDAMENTO**



**Informações do Atendimento**

Consulta.....: 21/09/2016 7:00 Hr  
Serviço.....: NEUROCIRURGIA ADULTO  
Médico.....: 7928 - RITA DE CASSIA FERREIRA VALENCA MOTA  
Agenda.....: 28010

**Informações do Paciente**

Paciente.....: 1518282 Same.....: 835643  
Nome.....: ALBERTO EDUARDO DA SILVA LIMA  
Sexo.....: MASCULIN  
Fone.....: Residencial: (81) - 95133838 / Celular: (81) - 98745505 Nasc.....: 01/01/1956  
Endereço.....: RUA CORONEL IZACIO, 406 - CENTRO - PALMARES - PE - Cep: 55540000  
Cidade.....: PALMARES

Agendado por: DIEGONR

Alto de NIR

Rita Mota  
Residência  
7928-01-PE





SECRETARIA DE SAÚDE  
PALMARES

## GUIA DE CONSULTA/PROCEDIMENTO

Emitido em 30/08/2016

Nº Agendamento  
117371

<b>Unidade Encaminhadora</b> REGIÃO I	<b>Data do agendamento</b> 05/09/2016 - Manhã (7h)
<b>Unidade Prestadora</b> CENTRO DE ESPECIALIDADES ZENÓBIO DE MELO	<b>Procedimento</b> 03010100481 - CONSULTA EM PSICOLOGIA
AV. FREI CANECA, S/N - SANTO ANTÔNIO	
<b>DADOS DO PACIENTE</b>	
<b>Nome do paciente</b> ALBERTO EDUARDO DA SILVA LIMA	<b>Cartão SUS</b> 700001628129705
<b>Cidade</b> PALMARES	<b>Data Nascimento</b> 01/10/1959
	<b>Fone Contato</b>

Senhor(a) usuário(a), esta consulta/procedimento é financiado pelo SUS, não é necessário pagar qualquer valor adicional.  
Qualquer dúvida ou problema ligar para a Ouvidoria da Secretaria de Saúde dos Palmares: (81) 3662-2128







LAUDO PARA EMISSÃO DE CONSULTAS E EXAMES DE  
MÉDIA COMPLEMENTAR

Nº Cartão SUS do Paciente: 00001628129705



Carimbo da Unidade (POSTO)		Nome do A.C.S.		Nº Área	Nº Microárea	Nº Prontuário	
		Regiane					
Dados do Paciente							
Nome: ALBERTO EDUARDO M SILVA LIMA							
CPF ou CNS				Nome da Mãe ou Responsável			
				A. M. SILVA			
Endereço (logradouro, nº Complemento, Bairro)							
Rua: Coronel Góes Nº 406 Apt 106							
Município		UF	CEP	Nascimento		Sexo	
Palmares		PE	55540000	01/10/02		Masc ( ) Fem ( )	
CONVÊNIO		SIM NÃO		Nome do Convênio:			
SUS		(X) ( )		SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE			
Dados da Solicitação							
Cód. Procedimento							
Nome do Procedimento: Escala (na 4ª do dia)							
Procedimentos Múltiplos (Laboratório)							
Preencher os campos corretamente							
Com Contraste Sim ( ) Não ( )		Com Anestesia Sim ( ) Não ( )		Autorização do responsável pela unidade de saúde:		Carimbo do responsável da unidade:	
Nome do Profissional solicitante:				CPF			
Justificativa do Procedimento							
Hipótese Diagnóstica:							
CID - 10							
Sinais e Sintomas Clínicos:							
(Preencher os campos corretamente)							
Exame Físico:							
(Preencher os campos corretamente)							
Assinatura e Carimbo do Profissional Assistente		Assinatura e Carimbo Gestor Municipal		Assinatura e Carimbo Gestor Pleno			
Ass: Data		Ass: Data		Ass: Data			
02/10/2016		/ /		/ /			
Prestador Autorizado				Assinatura do paciente ou responsável após a execução do procedimento			
Nome:							
Endereço:							



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1578282

Nome: Alberto Eduardo de Lima

Foi atendido às 21:36 hs. do dia 06, 11, 15

Diagnóstico Provável:

# Politraumatismo com  
Trauma grave crânio-  
encefálico  
# Estado confusional  
orgânico com  
Glasgow 12

Tratamento Realizado: ① Observação neuro-  
lógica

Observação: ① Encontra-se na sala  
vermelha do trauma  
② Não tem previsão de  
alta

Cópia de:

Dr. Ricardo Barbosa  
Neurocirurgia  
CREMEPE 16762

Médico - CRM Nº

10-11-15

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 559046

Nome: Alvaro Eduardo de Almeida Lima

Foi atendido às 21L hs. do dia 6, 11, 15

Diagnóstico Provável: Ardor abdominal

(12x) com TPE leve + CAD

CID-10: J06

Tratamento Realizado: Amoxicilina 1g

indicado de neurológico

Observação: Receita de vapo de UTI +

acompanhamento neurológico

Cópia de: \_\_\_\_\_

9/11/15

Médico - CRM Nº \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO** : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086



## GUIA DE CONSULTA/PROCEDIMENTO

SECRETARIA DE SAÚDE  
PALMARES

Emitido em 16/11/2016

Nº Agendamento  
126766

<b>Unidade Encaminhadora</b> REGIÃO III	<b>Data do agendamento</b> 17/11/2016 - Manhã (8h)
<b>Unidade Prestadora</b> CAF REABILITAÇÃO	<b>Procedimento</b> 0302050027 - ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS ALTERACOES
<b>RUA FERNANDO PINTO RIBEIRO, 462 - SÃO JOSÉ</b>	
<b>DADOS DO PACIENTE</b>	
<b>Nome do paciente</b> ALBERTO EDUARDO DA SILVA LIMA	<b>Cartão SUS</b> 700001628129705
<b>Cidade</b> PALMARES	<b>Data Nascimento</b> 01/10/1959
	<b>Fone Contato</b>

Senhor(a) usuário(a), esta consulta/procedimento é financiado pelo SUS, não é necessário pagar qualquer valor adicional.

Qualquer dúvida ou problema ligar para a Ouvidoria da Secretaria de Saúde dos Palmares: (81) 3662-2128

*P*





PREFEITURA DOS  
PALMARES

# LAUDO PARA EMISSÃO DE CONSULTAS E EXAMES DE MÉDIA COMPLEMENTAR

Nº cartão SUS  
do Paciente



T  
O  
D  
O  
S  
O  
S  
C  
A  
M  
P  
O  
S  
C  
O  
M  
P  
R  
E  
E  
N  
C  
H  
I  
M  
E  
N  
T  
O  
O  
B  
R  
I  
G  
A  
T  
Ó  
R  
I  
O

Carimbo da Unidade (POSTO)	Nome do A.C.S.	Nº Área	Nº Microárea	Nº Prontuário

<b>Dados do Paciente</b> → Preencher os campos corretamente				
Nome: <i>Alberto Eduardo Silva Lima</i>				
CPF ou CNS		Nome da Mãe ou Responsável		
Endereço logradouro, nº Complemento, Bairro)		Fone:		
Município	UF	CEP	Nascimento	Sexo Masc.( ) Fem.( )
			/ /	

CONVÊNIO <b>SUS</b>	SIM NÃO (x) ( )	Nome do Convênio: <b>SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>
------------------------	--------------------	--

<b>Dados da Solicitação</b> → Preencher os campos corretamente	
Cód. Procedimento	Nome do Procedimento:
	<i>10 Sessão de fisioterapia</i>

<b>Procedimentos Múltiplos (Laboratório)</b> → Preencher os campos corretamente			

Com Constate Sim ( ) Não ( )	Com Anestesia Sim ( ) Não ( )	Autorização do responsável pela unidade de saúde:	Carimbo do responsável da unidade:

Nome do Profissional solicitante:	CPF
<i>[Assinatura]</i>	<i>12345678901234567890</i>

<b>Justificativa do Procedimento</b> → Preencher os campos corretamente	
Hipótese Diagnóstica:	CID - 10
<i>Doença crônica</i>	

Sinais e Sintomas Clínicos:	(Preencher os campos corretamente)
<i>Doença crônica em JOT-16/11</i>	

Exame Físico:	(Preencher os campos corretamente)
<i>[Assinatura]</i>	

Assinatura e Carimbo do Profissional Assistente	Assinatura e Carimbo Gestor Municipal	Assinatura e Carimbo Gestor Pleno
Ass: <i>[Assinatura]</i> Data: <i>[Assinatura]</i>	Ass: <i>[Assinatura]</i> Data: <i>[Assinatura]</i>	Ass: <i>[Assinatura]</i> Data: <i>[Assinatura]</i>

<b>Prestador Autorizado</b>		
Nome:		
Endereço:		
Data:	Hora:	Profissional:
/ /		

Assinatura do paciente ou responsável após a execução do procedimento

© Impresso em papel 01 2442.2004





