

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
873586533

NOME
SAMUEL SOARES DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
04482700065 MT PE

CPF
102.168.704-96

DATA NASCIMENTO
13/05/1991

FILIAÇÃO
DUVANIL TEOTONIO DE LIMA
SANDRA SOARES DE LIMA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A3

Nº REGISTRO
0574383587

VALIDADE
26/10/2017

Nº HABILITAÇÃO
02/04/2013

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Assinatura do Portador
Samuel Soares de Lima

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
12/05/2014

Assinatura do Emissor
51884206650
PE059704543

DETRAN - PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

VALIDO PLASTIFICAR
873586533



Atendimento: **1016480**

Data e Hora: **13/07/2016 10:38**

Senha da Classificação:

0117

Paciente: **327786 SAMUEL SOARES DE LIMA** Sexo: **MASCULINO**
Data do Nascimento: **13/05/1991** Idade: **25 anos** Convenio: **2** SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: **SANDRA SOARES DE LIMA** Nome do Pai:
Estado Civil: **SOLTEIRO** Nome do Médico: **ORTOPEDISTA - PLANTONISTA** CRM: **1234567**
Endereço: **TERMINAL COAHB** -- **36** Bairro: **OURO PRETO**
Cidade/UF: **OLINDA** PE Cep: **53370431** Usuário Atendimento: **LUANNAAMO**
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: **83115856**
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: **10:38**

Queixa Principal

Dores no antebraço

Exame Físico

13/07/2016

Hipótese Diagnóstico

Fraída ante o

Conduta Terapêutica

13/07/2016

Prescrição Médica

Citox PR 200mg
Transf. 1/14m

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

HM

Senha:



1016480

Carimbo/Médico

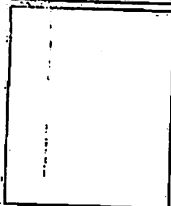


UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

13/07/2016 10:37



Nome Paciente: SAMOEL SOARES DE LIMA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0117
Convênio:
Atendimento:

13/07/2016 10:37 - FABIANA SOARES DE FRANCA DOS PRAZERES - COREN: 343138 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO

Prioridade:

URGÊNCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

RELATO DE ACIDENTE DE MOTO COM GORTE EM PE ESQ

Observação:

NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidós:

-

Recursos Utilizados:

-

Intervenções Salva

-

Vida:

-

Situações de Alto

Risco:

Acolhido(a) por: FABIANA SOARES DE FRANCA DOS PRAZERES

Data: 13/07/2016 10:37

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME Samuel Soares de Lima REG 92668
IDADE 25 SEXO ___ DATA DA ADMISSÃO 13/07/16 DATA DA ALTA 14/07/16
DIAGNÓSTICO: Frot. exp. 2º PDE + lesão
de tendão ext. do 2º PDE.

TRATAMENTO REALIZADO:
Redução cuneta + fixação gl
fig. K + tenotomia de extensor do
2º PDE.

ORIENTAÇÃO:
1) Manter tala tipo adesivo
2) Retornar 15 dias ao ambulatório
de Dr. Sormani Brito.

PROGRAMA APÓS ALTA:
AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (☒) NÃO (☐)
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ___/___/___

Dra. Luisa Cortez
CRM: 22706

ASSINATURA DO MÉDICO E CRM
ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS

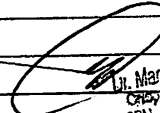
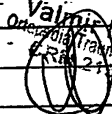


Dr. Ermano Vieira
CNPq 301.300/2003-0
CRP 02.24.357



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Samuel Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	13/07/16
28/07/16	PO 2 semanas LC + quimio 1 fio K + tenosapir sat 2° PDE Paciente em quimio FO a/ba aspecto RX: 1 fio quimio 1 fio K CO Retorno po 12 + ematioso retorno 1 fio 1 RX
	 Dr. Marcenides Moraes Oncologista - Traumatologia CRM 12550
31/08/16	#NOT# #HO: 17 Retorno 23 PDE (6ª. mens.) RX fêmea em consolidação, pouco em grosos, estável. GP: bom aspecto de Po. GP: Retornado de fio K Retorno 4 meses
	 Valmir Melo Oncologista - Traumatologia CRM 24122



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () **SENHA**
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

Nome do Paciente: AMARAL SOARES Idade: 25

Sexo: M () F () Profissão: ENFERMEIRA

Endereço Residencial: TRAFICANTE DA CRIANÇA Bairro: JOÃO PESSOA

Cidade: JOÃO PESSOA

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S() N()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: ACIDENTE DE TRÂNSITO - Queda de altura

Hipótese Diagnóstica: FRATURA DE FÊMUR E TÍBIA

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()
Sibilos Expiratórios: S() N() BAN*: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/Estridor: S() N()
Distúrbio Fala/Choro: S() N()
Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



EXAME REUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FiO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

TRAT CIRCUNGIÃO DE URGÊNCIA

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Hora: 11/5

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

OLINDA 13/04/16

Local e data

Francisco J. Siqueira Cavalcanti
Osteopata - Traumatologia
CRM: 4668

Médico Assistente





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	SAMUEL SOARES DE LIMA			6 - Nº Prontuário	92668
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
704802585834646	13/05/1991	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	SANDRA SOARES DE LIMA			12 - Telefone de Contato	8198868672
13 - Nome Responsável	IGNORADO			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA CARNAUBA, 29 - OURO PRETO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
OLINDA	260960	PE	53330530		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
Paciente vítima de queda de moto, apresentando deformidade + limitação funcional do 2º PDE, associado a lesão de partes moles

21 - Condições que justificam a Internação
TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
EXAME FÍSICO E RADIOLÓGICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código
FRATURA EXPOSTA DO 2º PDE

24 - CID 10 Principal 25 - CID 10 Secundário 26 - CID 10 Causas Associadas

S626
S92.5

W199
V29.9

S96J

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado
DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

28 - Código do Procedimento

04.J5.03.0013

29 - Especialidade
CIRÚRGICA

30 - Caracter de Atendimento
2

31 - Documento
(X) CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
980016278437533

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente
SORMANE DE CARVALHO BRITTO

34 - Data da Solicitação
13/07/2016

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito 39 - CNPJ Seguradora 40 - Nº Bilhete 41 - Série

37 - () Acid. Trabalho Típico 42 - CNPJ / Empresa 43 - CNAE / Empresa 44 - CBOR

38 - () Acid. Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor
E260000001

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
261610113302-0

48 - Documento
() CNS () CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
Moser
CRM 171
Traumatologia

Código do Laudo: 336725





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 336735

Usuário: JOSEANABRO

DADOS DO PACIENTE

Paciente: SAMUEL SOARES DE LIMA	Prontuário: 92668
Idade: 25a 2m 1d	Sexo: M
Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 13/5/1991
Profissão:	Escolaridade:
R.G.: 8356659	C.P.F.: 10216870496
Telefone:	CEP: 53330530
Endereço: RUA CARNAUBA, 29 - OURO PRETO	- OLINDA - PE
Dados da Internação	
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 13/7/2016 16:26
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO
Leito: VERD2-11	
Médico Internação: LUIZ ANTONIO DE CARVALHO	

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	Estado civil:
Cidade:		

FATURADO
25/07/16
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 14/07/16	Hora da Alta: _____ : _____
Motivo: <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão	
Condições de Alta: F.O. ok. boa perfusão distal	
Diagnóstico Principal.....: fratura exp. 2ª P.D.E. + tendão tend. ext.	
Diagnóstico Secundário01.: PDD	
Diagnóstico Secundário02.:	
Tratamento.....: Redução + fixação com fio K + tenotomia de extensor	
Dra. Luiza Cortez CRM: 22706 Médico e CRM:	
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Samuel Soares de Lima
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 13/07/2016

Hora.....: 18:40

Ficha de Cirurgia Descritiva

7452

Sala : 0005

SALA 05

92668

SAMUEL SOARES DE LIMA

Atendimento :336735

1

SUS - INTERNACAO

Carteira :

686

VERD2-11

Idade :25 Anos 18 Horas

Dt. Fim :

: S626

FRATURA DE OUTROS DEDOS

Procedimentos

nto: 0408050470

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS (PRINCIPAL

ênio: 001

SUS - INTERNACAO

esia: 05

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

14859 HYGINO JOSE PINTO MARINHO

Descrição**io Cirúrgica :**ÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE 2º PDE + LESÃO DE TENDÃO EXTENSOR DE 2º PDE
GIA: OSTEOSÍNTESE COM FIO DE K + RAFIA DE TENDÃO EXTENSOR DE 2º PDE

GIÃO: DR HYGINO

ÍLIO: DRA LUISA

ESISTA: DR JULIO

ESIA: RAQUI

IENTE EM DDH SOB ANESTESIA;

EPSIA E ANTISSEPISIA;

ISIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;

SERVADA FRATURA EXPOSTA DE 2º PDE + LESÃO DE EXTENSOR

AÇÃO COM FIO DE K + RAFIA DE TENDÃO EXTENSOR DE 2º PDE

URA DA PELE COM NYLON 3.0

SERVADO BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA

CURATIVO

SOLICITADO RX DE CONTROLE

dos Cirúrgicos:**Descrição Complementar**Dr. Bernardo Sampaio
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 23.950DR(A): HYGINO JOSE PINTO MARINHO
CRM : 14859

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



imento: 336735

imento: 13/07/2016 - 16:26

Dt Alta: 14/07/2016 - 09:40

ciente: 92668 SAMUEL SOARES DE LIMA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 686 VERD2-11

Plano: 1 GERAL

ivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: JOSAFAXA

CID: S626

FRATURA DE OUTROS DEDOS

ento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

ação de Alta

JOSAFAXA XAVIER ARAUJO

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





REG: 92668
LEITO:

Luiz Teixeira Neto
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 21795

Atendimento: 336725

Senha da Classificação:

0010

Data e Hora: 13/07/2016 14:51

Paciente: 92668 SAMUEL SOARES DE LIMA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 13/05/1991

Idade: 25 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: SANDRA SOARES DE LIMA

Nome do Pai: DUVANIL TEOTONIO DE LIMA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA CARNAUBA

29

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: MONICABSL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

So: _____ Altura: _____ Temperatura: _____

Hora: 16:00

Queixa Principal

Paciente vítima de Queda de Muro, apresentando
Luzas de Fatores Músculos em dorso do PG¹ (E) + Deformidade
e Limitação Funcional do 2º PDE

Exame Físico

ECG, HEMATOLOGIA, COLELITIASIS, AFUBIL
MIE: Luzas do 1º e 4º + Deformidade do 2º PDE
MV PROTETIVA

Hipótese Diagnóstico

1º Ex. Exposta 2º PDE

Prescrição Médica

AO BLOCO

Luiz Teixeira Neto
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 24795

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 13/07/2016 14:47



Nome Paciente: SAMUEL SOARES DE LIMA
Cód. Paciente: 92668
Data de Nascimento: 13/05/1991
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0010
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 336725
SAME: 82431

Período: 13/07/2016 15:02 - 13/07/2016 15:03

THAIS DA SILVA TAVARES - COREN: 420622 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA OLINDA COM SENHA 4959684 COM HISTORIA DE FRATURA EXPOSTA DE 2º DDE

Observação:

NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS
- SEM PERDA DA FUNÇÃO

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

REVISADO
NEPI - HMA

Acolhido(a) por: THAIS DA SILVA TAVARES - COREN: 420622 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/07/2016 15:03

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 13/7/2016	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 13/7/2016
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: SAMUEL SOARES DE LIMA	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura exposta de 2º PODOFALANGE Pé esquerda + lesão de tendão extensor de 2º DEDO Pé esquerda	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Paciente submetido a CIRURGIA (osteossíntese) e fixação de KIRSCHNER + TENCARRAFIA Pé esquerda (Tendão extensor)	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Pé esquerdo com CRÔNICA + CLAUDICAÇÃO +
2º Pé esquerdo de 2º dedo Pé esquerda, C/ grave
3º déficit de força, sequelas FUNCIONAL 50% Pé
4º esquerda
5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 7/12/2016 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	7/12/2016 LOCAL: Ruy DATA: 7/12/2016 ASSINATURA E CARIMBO:
--	---

Mauricio Cesar Leal
 Otorrinolaringologista
 CRM - 12396



1. $\text{sup } \mathcal{A} \cap \text{sup } \mathcal{B} = \text{sup } (\mathcal{A} \cap \mathcal{B})$ \Rightarrow $\mathcal{A} \cap \mathcal{B}$ ist ein \mathcal{A} - und \mathcal{B} -Netz
 2. $\text{sup } \mathcal{A} \cup \text{sup } \mathcal{B} = \text{sup } (\mathcal{A} \cup \mathcal{B})$ \Rightarrow $\mathcal{A} \cup \mathcal{B}$ ist ein \mathcal{A} - und \mathcal{B} -Netz

[illegible]

X

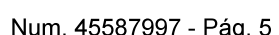
X

1. The first part of the document is a list of names and addresses, which appears to be a directory or a list of contacts. The names are written in a cursive script, and the addresses are listed below them.

50-070417

88 25/01/9

11/6/2



SINISTRO 3180546702 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA SAMUEL SOARES DE LIMA****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO****CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME****BENEFICIÁRIO SAMUEL SOARES DE LIMA****CPF/CNPJ: 10216870496****Posição em 22-02-2019 14:56:15**

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
29/11/2018	Negativa Técnica - Sem sequelas	
23/11/2018	Aviso de Sinistro	



INSTRUMENTO DE MANDATO

OUTORGANTE:

SAMUEL SOARES DE LIMA, brasileiro, portadora da cédula de identidade de nº 04482700065 MT/PE e inscrito no CPF de nº 102.168.704-96, residente e domiciliado na Rua Vinicius de Moraes, nº 158, Ouro Preto, Olinda/PE.

OUTORGADO:

RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita regulamente na OAB/PE: 39.442, com endereço profissional a AV. Fagundes Varela, nº 365, Loja 09, Jardim Atlântico, Olinda/PE, CEP: 53.140-080.

PODERES:

*Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicium", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarmar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados.*

Olinda, 17 de Janeiro de 2019.


SAMUEL SOARES DE LIMA



DECLARAÇÃO

SAMUEL SOARES DE LIMA, brasileiro, portadora da cédula de identidade de nº 04482700065 MT/PE e inscrito no CPF de nº 102.168.704-96 , residente e domiciliado na Rua Vinicius de Moraes, nº 158, Ouro Preto , Olinda/PE. Declaro que, sob as Penas da Lei e para quaisquer fins de direito, que não requeri a tutela jurisdicional para recebimento do Seguro DPVAT ora pleiteado, em nenhum juízo no Estado de Pernambuco, bem como, em outro estado da federação.

Olinda, 17 de Janeiro de 2019.


SAMUEL SOARES DE LIMA



SUBSTABELECIMENTO

Dra. RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS, Brasileira, Solteira, Advogada, com escritório situado na Avenida Fagundes Varela, 365 - sala 9, Jardim Atlântico - Olinda/PE, inscrito(a) na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 39.442, através de Instrumento Particular de mandato nos autos do Processo, conferidos por SAMUEL SOARES DE LIMA, que move em face da Companhia Excelsior de Seguros, nesta Comarca, SUBSTABELECE SEM RESERVA DE PODERES a pessoa de **Dra. ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO**, Brasileira, Solteira, Advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 22.077, com escritório profissional situado à Avenida Agamenom Magalhães, nº 4318, Sala: 1510, Empresarial Renato Dias, CEP: 50070-200, Recife-PE.

Recife, 17 de maio de 2019.


Raquel Maria Mangabeira dos Santos
OAB/PE 39.442

