

MANOELA TRIGREIRO- ADVOGADA.

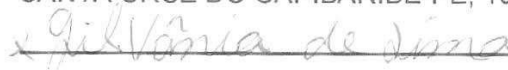
OUTORGANTE: **GILVANIA DE LIMA**, autônomo, portador do RG Nº **9.375.731 SDS-PE**, e inscrita no CPF Nº **080.611.364-22** residente e domiciliado na **SITIO CALDEIRÃO – 100 – ZONA RURAL – BREJO DA MADRE DE DEUS – PE.**

OUTORGADA: **BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE pelo nº 22.090, **MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE pelo nº 25.324 e **VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE nº 18.789 todos com endereço profissional situado na Rua capitão José da Luz, nº 137, Sala 502. Ed. Condomínio Cervantes Ilha do Leite, Recife - PE.

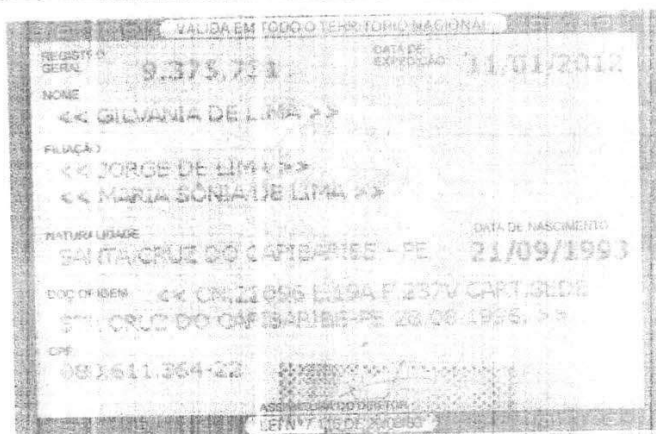
PODERES: Da cláusula “Ad Judicia” representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: **GILVANIA DE LIMA**, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE, 19 de MARÇO de 2019.


GILVANIA DE LIMA - Outorgante / declarante





SINISTRO 3190145905 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GILVANIA DE LIMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO

PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA

S/A

BENEFICIÁRIO GILVANIA DE LIMA

CPF/CNPJ: 08061136422

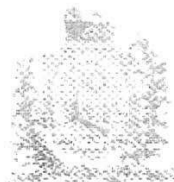
Posição em 14-03-2019 08:57:45

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/03/2019	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

14/03/2019 08:57





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE DE DEUS - DP107CIRC DNTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0197000483

Ocorrência registrada nesta unidade policial no
dia 12/07/2018 às 10:55

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo

(Consumado) que aconteceu no dia 7/1/2018 no período da Madrugada
Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS,
1, SÍTIO TAMBOR - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS,
PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
GILVÂNIA DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse
do(a) Sr(a): GILVÂNIA DE LIMA
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

GILVÂNIA DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
SÔNIA DE LIMA Pai: JORGE DE LIMA Data de
Nascimento: 21/9/1993 Naturalidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9375731/SDS/PE (RG), 08061136422
(CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1,
SÍTIO CALDEIRÃO / PERTO DO BAR DE RAPOSO - CEP: 0 - Bairro: ZONA
RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL



DESCONHECIDO (não presente ao plantão) -

**Sexo: Desconhecido Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS /
PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GILVÂNIA DE LIMA, que
estava em posse do(a) Sr(a): GILVÂNIA DE LIMA**

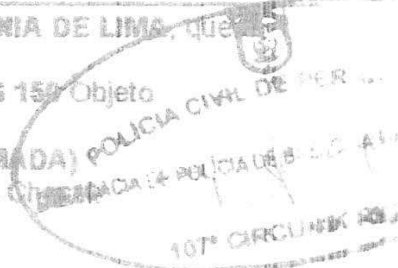
**Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto
apreciado: Não**

Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PFK8176 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

9C2KE1670CR475993

Combustível: ALCO/GASOL



Complemento / Observação

**A VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE FOI
VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NO MÊS DE JANEIRO DO
CORRENTE ANO. ELA AFIRMA QUE ESTAVA NO BAGAGEIRO DE UMA
MOTOCICLETA, QUE ESTAVA SENDO PILOTADA POR UM AMIGO DELA
E QUE DURANTE O TRAJETO POR UMA ESTRADA DE BARRO, OUTRAS
DUAS MOTOS ESTAVAM ULTRAPASSANDO ELES E QUE QUE NESTE
MOMENTO HOUE A COLISÃO. COM A BATIDA, A VÍTIMA CAIU NO
CHÃO E SOFREU UMA FRATURA NO FÊMUR E VÁRIOS CORTES NO
CORPO. DEPOIS DO ACIDENTE ELA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL
DO BREJO DA MADRE DE DEUS POR UMA AMBULÂNCIA. A VÍTIMA
APRESENTOU UMA DECLARAÇÃO EMITIDA PELO HOSPITAL QUE
CONSTATA QUE ELA RECEBEU ATENDIMENTO NO DIA DO ACIDENTE.**

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

Gilvânia de Lima
**GILVÂNIA DE LIMA
(VÍTIMA)**

B.O. registrado por: Bruno Bittencourt Saptos - Matrícula: 3879836

B. Saptos



PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DA MADRE DE DUES

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UPA-MESTRE CAMARÃO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o (a) paciente:

Carla Maria de Sousa

foi assistido (a) em caráter de urgência nesta unidade de saúde,
no dia 07/04/18, tendo sofrido acidente. Motociclismo

Brejo da Madre de Deus 22/05/18

Atenciosamente


Maria da Silva
Direção Administrativa
CPF: 360.587.188-00
Diretora

Rua Dom Luiz de Brito S/N

Brejo da Madre de Deus CEP: 55170-000

Fone: 3747-1164



FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 07/05/18	
HORA DE ENTRADA: 08:30	NUMERO DO PRONTUARIO: 656538
NOME DO PACIENTE: Camila de Lima	
DATA DE NASCIMENTO: 21/09/93	SUS/RG/CPF: 53300341314314
IDADE: 24	SEXO: F
ESTADO CIVIL: Solteira	
RESPONSÁVEL: Camila de Lima - Mãe	
ENDEREÇO: R. Waldemar	CIDADE: Brep. N. Dias
MÉDICOS: Dr. Mauro	ENFERMEIRO: Jhy
TÉC. DE ENFERMAGEM:	
HDA:	
fratura fechada de colisão de metacarpo 5º, expulso fratura expulso fêmur D.	
EXAME FÍSICO:	
120x80 fratura fêmur D.	
PRESSÃO ARTERIAL:	HGT:
TEMPERATURA:	PESO:
CONDUTA:	
① SF 0,97. 1000 cl H₂O ② Dipirona - 01 FA + 4 cl H₂O ③ Imobilização ④ 5330066 ⑤ TRAQ.	

Consulta Simples ()
 Consulta c/ Observação ()
 Transferência ()

Dr. Manoela Trigueiro Caroca Cavalcanti
 Médico CRM 20.447-1





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMS
HOSPITAL JOSE GILIO SANTANA

ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR

DATA: _____ HORA: _____ ADMISSÃO: () EMERGÊNCIA () PLANEJADA

NOME DO PACIENTE: Gilson de Lira

Nº DO PRONTUÁRIO: 5336066 SEXO: M IDADE: 29

DESTINO: HOSPITAL HRA DATA: _____ HORA: _____

DESTINO: FINAL DATA: _____ HORA: _____

RESUMO DIAGNÓSTICO: Ita. alcooliz. d.
inf. cu. gtr. cent. em d. t. m.
fratura fêmur D
DM: 20x80 mm

JUSTIFICATIVA: fratura fêmur D.
osteíte

DATA: _____

HORA: _____

Dr. Manoel Carlos
Mendes
da Silva

MÉDICO ENCAMINHADOR

ASS. E CARIMBO

DIRETOR DA UNIDADE

ASS. E CARIMBO



LAUDO MÉDICO / DPVAT

GILVÂNIA DE LIMA

DATA NASCIMENTO : 21/09/1993

CPF : 080.611.364 - 22

DECLARO QUE A PACIENTE ACIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (07/01/18) SENDO SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRURGICO EM 07/03/18 PARA CORREÇÃO DE FRATURA EM FÊMUR ESQUERDO.

EVOLUI COM LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE EM JOELHO/QUADRIL ESQUERDOS . ALÉM DE MARCHA CLAUDICANTE SEVERA COM USO DE MULETAS.

CARUARU 19 DE SETEMBRO DE 2018


DR. GUSTAVO LIBÓRIO

ORTOPEDIA (SBOT) – CIRURGIA DO TRAUMA (SBTO)

RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO (ASAMI)

CRM 15582 – TEOT 13985



LAUDO MÉDICO / DPVAT

GILVANIA DE LIMA

CPF : 080.611.364-22

DECLARO QUE A PACIENTE ACIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM 07/01/18. SENDO SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRURGICO EM 07/03 E 22/09/18 PARA CORREÇÃO DE FRATURA FEMUR ESQUERDO .

EVOLUI COM BOM ESTADO DE CONSOLIDAÇÃO E REALIZOU FISIOTERAPIA (20 SESSÕES).

RECEBEU ALTA DEZEMBRO 2018.

AO EXAME : MARCHA CLAUDICANTE COM DEFICIT DE FORÇA /SENSIBILIDADE.

CARUARU 30 DE JANEIRO 2019

Dr. Gustavo Libório
CIRURGIÃO DO TR: A

30 de Jan. 2019

CRM/PE: 15582
Rég. (SES 010.364-7)

DR. GUSTAVO LIBÓRIO

ORTOPEDIA (SBOT) – CIRURGIA DO TRAUMA (SBTO)

RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO (ASAMI)

CRM 15582 – TEOT 13985



ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

(ELABORADO DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO MCFM Nº 1.658/2002, COM ALTERAÇÕES FEITAS PELO RESOLUÇÃO CFM 1.854/2008)

Atesto, para os devidos fins de comprovação junto à Perícia Oficial da Previdência Social ou do poder Judiciário, que examinei o paciente abaixo indicado, e constatei que o (a) examinado (a) é portador (a) da patologia relacionada adiante, com as consequências descritas a seguir:

Nome do paciente: SILVIA DE LIMA

- Diagnóstico: patologias verificadas e respectiva classificação CID 10

S82.2 / S82.0 / M84.0 / M84.1

- Com início da incapacidade em: 07/01/2017 (2)

- Quais as consequências da patologia constatadas para a saúde do (a) paciente?

Perda total / parcial
função motora

- Patologia constatada o incapacita para o trabalho atual?

☐ Não existe incapacidade laborativa.

☐ Incapacidade laborativa para realizar sua atividade por tempo indeterminado.

☐ Incapacidade laborativa definitiva para realizar qualquer atividade.

☒ Incapacidade laborativa parcial para realizar sua atividade (Limitação).

Por quê? Perda total / parcial
função motora

- Em caso de resposta positiva à pergunta anterior, a incapacidade é irreversível?

☐ Sim.

☒ Não. Qual o tempo de repouso estimado para a recuperação do (a) paciente, considerando que o (a) mesmo (a) siga o tratamento indicado para a patologia?

10 dias

Nome do médico

nº CRM





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
Setor de Arquivo Médico e Estatísticas
Br. 232, Km 130, Indianópolis – Caruaru/PE CEP 55.000-000
Fones: (81) 3719-9246

Caruaru, 05 de Maio de 2019

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o(a) paciente: CLAUDIA LIMA, este é interno(a) nesta unidade hospitalar, desde 07/01/2018 até 07/03/2018.

PRONTUÁRIO: 311835

TRATAMENTO: CIRÚRGICO- ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

MOTIVO: AT. COM MOTOCICLETA

CID: S819. 315

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE


Alexandre de Oliveira Bezerra
Setor de Arquivo -SAME-HRA

RECEBUEMOS
05/05/2019
HRA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Módulo:

Clínica de Cirurgia

Nº do Registro:

3118

Infância:

Luzia de Jesus

Idade do Leito:

Operador:

Tatiana Toledo

Assistente:

Vitorino

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesiologista:

Anestesia:

Tatiana Toledo

Duração:

Data da Operação:

11/01/18

Início:

Termino:

Exatidão Pré-Operatória:

Fistula de Fomeça Externa e 6.º e 7.º
Luzia de Jesus (B) e Teresa (B)

Diagnóstico Pós-Operatório:

Fleuma

Operação Proposta:

Retiro da fistula de Fomeça Externa e 6.º e 7.º
Luzia de Jesus e Teresa (B) e Teresa (B)

Operação Realizada:

Fleuma proposta

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Durante a DA, os seguintes itens:

- 1) Inspeção e palpitação e aspiração de
- 2) Inspeção e palpitação e aspiração de
- 3) Inspeção e palpitação e aspiração de
- 4) Inspeção e palpitação e aspiração de
- 5) Inspeção e palpitação e aspiração de
- 6) Inspeção e palpitação e aspiração de
- 7) Inspeção e palpitação e aspiração de
- 8) Inspeção e palpitação e aspiração de
- 9) Inspeção e palpitação e aspiração de
- 10) Inspeção e palpitação e aspiração de

Procedimentos:

1) Inspeção e palpitação e aspiração de

2) Inspeção e palpitação e aspiração de

3) Inspeção e palpitação e aspiração de

4) Inspeção e palpitação e aspiração de

5) Inspeção e palpitação e aspiração de

6) Inspeção e palpitação e aspiração de

7) Inspeção e palpitação e aspiração de

8) Inspeção e palpitação e aspiração de

9) Inspeção e palpitação e aspiração de

10) Inspeção e palpitação e aspiração de



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

Volução / Exames

02/10/18 Revascularizar

3.5 - negativo.

3a. de Cir. arse

- A Ortopedia

Dra. Jéssica Santos
Cirurgia Vascular
CRM-PE 24908

Assinatura

Formo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento de todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Assinatura: _____

Prisão de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Assinatura: _____

Definitivo:

Exatidão do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
Transferência Internamento

Relação de Alta

Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

Usuário do Atendimento
ROSANGELASSB



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

- ATENDIMENTO O Data: 07/01/2018 06:11
 Unidade Principal / NDA: Medico: MEDICO PLANTONISTA

Principais findings: *vitaminas de condutividade, estado de hidratação*

Nome Físico: Edson Roberto PA: _____ FC: _____ FF: _____

ag. Provisorio

Dieta: ☒ Dieta do Médico ☐ Dieta do Dentista ☐ Dieta do Farmacêutico ☐ Dieta do Nutricionista

16-20A

Anomalia

Paciente univ. de perito
NTO: Carlos Cam. Per. Gu.
Caso s. Nome Br.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO - X

Sem T:
Data x ~~Cervical~~ Articular

Bacia AD
Coxo exp AT / Rul
Pelve exp AP / Pelve

DATA DE 01/15
RAIO - X
DATA DE 01/15





PROPRIEDADE DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE SÃO PAULO - HRS
HOSPITAL JOSE GOMES DE VASCONCELOS

Handwritten signature

ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR

DATA: _____ HORA: _____ ASSINADO: (assinatura) _____

NOME DO AGENTE: *Gilvan de L.*

NÚMERO DO AGENTE: *5336066* + *29*

TIPO DE AGENTE: *HR A*

ESTADO: _____ DATA: _____

RESUMO DIAGNÓSTICO: *ftu alcoolizado
após acidente de trânsito,
ftu fem S.
PA: 120x80 mmHg*

RECOMENDAÇÃO: *- ftu fem S.
- Intoxicação*

ASSINADO: _____
Dr. Mauro Costa
Médico
20/05/2019
MÉDICO ENCAMINHADOR
ASS. E CARIMBO

DEBETTER DA FARMACIA
ASS. E CARIMBO

