

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** ADELMO VIEIRA DE LIMA, brasileiro, solteiro, portadora da cédula de identidade: 6.723.276 SDS/PE e inscrito no CPF de nº 067.528.744-84, residente e domiciliado na Sítio Joca de Souza,820, Ibeapicu,Goiana-PE. CEP : 55900-000.

**OUTORGADO:** JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Salas 09/10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm\_adv08@hotmail.com.

### P O D E R E S

*Para representá-lo em juízo, conforme cláusula “ad judicia”, 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, desarquivar 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, sempre no interesse dos outorgantes.*

Goiana, 05 de Julho de 2019

ADELMO VIEIRA DE LIMA

**ADELMO VIEIRA DE LIMA**

Rui Padre Rocha, 177, São José, Carpina.PE. (81) 999535-9693/37220606  
. Av. Fagundes Varela, 988 . Sl. 09 e 10 . Jardim Atlântico . Olinda . PE . (81) 3431.6171  
(81) 9232.3309  
jm\_adv08@hotmail.com



## **TERMO DE RESPONSABILIDADE**

**ADELMO VIEIRA DE LIMA**, brasileiro, solteiro, portadora da cédula de identidade: 6.723.276 SDS/PE e inscrito no CPF de nº 067.528.744-84, residente e domiciliado na Sitio Joca de Souza,820, Ibeapicu,Goiana-PE. CEP : 55900-000.

Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

Goiana, 05 de Julho de 2019

ADELMO VIEIRA DE LIMA

**ADELMO VIEIRA DE LIMA**



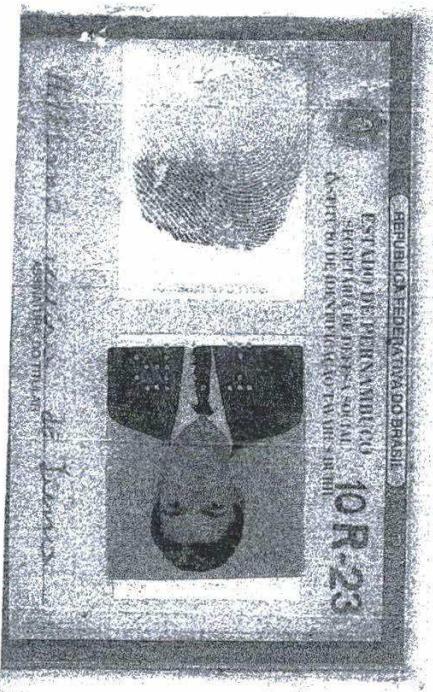
## TERMO DE CARÊNCIA JURÍDICA

**ADELMO VIEIRA DE LIMA**, brasileiro, solteiro, portadora da cédula de identidade: 6.723.276 SDS/PE e inscrito no CPF de nº 067.528.744-84, residente e domiciliado na Sitio Joca de Souza,820, Ibeapicu,Goiana-PE. CEP : 55900-000. DECLARO nos termos da Lei nº. 7.115, de 29 de agosto de 1983 e seguintes, 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 meu sustento 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.

Goiana-PE, 05 de Julho de 2019

*Adelmo Vieira de Lima*  
ASSINATURA





VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
PRAZO DE VENCIMENTO: 10 ANOS  
ASPECTO DE IDENTIFICAÇÃO FAVORECE INSEGURANÇA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
Nome  
Nascimento  
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
4998.9A3B.1C96.A879

A autenticidade deste comprovante deve ser confirmada na internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
em 07:56:38 dia 14/09/2016 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 19/09/2019 10:02:41  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091910024149100000050269068>  
Número do documento: 19091910024149100000050269068

Num. 51069334 - Pág. 4

NOTA FISCAL | FEATUBA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO**  
**AV.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO**  
**CEP 50050-902**  
**CNPJ 10.835.932/0001-08**  
**INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93**



**Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116**  
**Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599**  
**Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis**

<b>DADOS DO CLIENTE</b>	<b>DATA DE VENCIMENTO</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b>	<b>CONTA CONTRATO</b>
CLOVIS FAUSTINO DA SILVA	<b>15/04/2019</b>	08/04/2019	002170700018
CPF: 234.274.774-87	<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b>	<b>Nº DO CLIENTE</b>
	<b>0,00</b>	08/04/2019	2002620415
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>	<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b>	<b>Nº DA INSTALAÇÃO</b>	
SI JOCA DE SOUZA 820	057255569	0001253182	
IBEAPICU RURAL/IBEAPICU 55900-000 GOIANA PE	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b>	
		Monofásico	
<b>RESERVADO AO FISCO</b>	<b>D500.AE88.B865.08E7.544C.31B6.A5FE.5BF0</b>		

**DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL**

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL LEITURA	ATUAL DATA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
W 85265	CAT	11/03/2019	22.764,00	08/04/2019	22.822,00	28	1,00000	0,00	58,00		fev/2019			
DIC-No.de horas sem Energia	TEJUCUPAPO	0,00	5,55	11,10	22,21									
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20									
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,20	0,00	0,00									
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico												Límite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 15,96														
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo														
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 08/05/2019														

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO		
		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
		MÍNIMO	MÁXIMO	
Pague no ponto mais perto de voce! mercadinho novae: r fafa de belem 92 sossego / napoleao junior gomes de ponte: tr poco 371		220	202	231
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> .				
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.				
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.				
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.436/02) e atualização monetária no próx. mês				
O Cliente é compensado quando há descumprimento de prazo definido para os padrões de atendimento comercial.				

DESTAQUE AQUI				TALÃO DE PAGAMENTO
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	
002170700018	04/2019	0,00	15/04/2019	<p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cahorro será usado em leitora ótica.</p>

卷之三

**FATURA PAGA** AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

10.000-15.000 €

---

ALIMENTAÇÃO MECÂNICA

**TALÃO DE PAGAMENTO**



PREFEITURA MUNICIPAL  
DE GOIANA  
SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA DE  
**GOIANA**  
Secretaria Municipal de Saúde

Posto Médico de

5415293

Matrícula:

Prontuário:

Paciente: Adelma Vieira de

Residência: Jime

Ao Hospital de  
Referência.

(treve mto logo)

Paciente apresenta dor  
toracica\* após andar  
de motociclo há  
pequenos minutos (14:22).

Ar: Mw + AHT S/RR

Arvi: Be NF, RCR 2T, Fz 530bpm  
SAT 97% / 95, Glanger 15.

Impressante.

28/4/18

Leopoldo Marques D'Assunção Filho  
CRM-PB: 21377 - CRM-PB: 8624



# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/04/2018 15:48



Nome Paciente: ADELMO VIEIRA DE LIMA  
Cód. Paciente: 114480  
Data de Nascimento: 08/02/1981  
Sexo: Masculino  
Idade: 37  
Senha: 0023  
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Atendimento: 426347  
SAME: 101616

Período: 28/04/2018 16:15 - 28/04/2018 16:20

NADIA JAQUELINE SILVA DE VASCONCELOS - COREN: 297018 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGÊNCIA AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: ENCAMINHADO DO HOSPITAL DE GOIANA COM SENHA 5415293 , C VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTO HA CERCA DE 1 HS. QUEIXA DE DOR TORACO ABDOMINAL . NEGA PERDA DE CONSCIENCIA OU VÔMITOS . NEGA HAS , DM , ALERGIAS . PATOLOGIAS . NÃO REALIZOU RX OU EXAMES HEMATOLÓGICOS .

Serviço: PELE INTEGRA

Histograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 4
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 109.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- GLICOSE: 108.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO: 98.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.30 °C

HMA - Hospital Miguel Arraes  
Lesão de Pele  
Sim ( ) Não (x)  
Local .....  
Enfermeiro

Foram ECG

FATURADO  
03/02/18  
Pela Marches

REVISADO  
NEPI-HMA

Acolhido(a) por: NADIA JAQUELINE SILVA DE VASCONCELOS - COREN: 297018 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/04/2018 16:20

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 19/09/2019 10:02:41

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091910024162800000050269088>

Número do documento: 19091910024162800000050269088

Num. 51069354 - Pág. 2

Atendimento: 426347  
Data e Hora: 28/04/2018 15:53

Senha da Classificação:

0023

Paciente: 114480 ADELMO VIEIRA DE LIMA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 08/02/1981 Idade: 37 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DE LIMA

Nome do Pai: ALFREDO VIEIRA DE LIMA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: SITIO JOCA DE SOUZA

Bairro: TEJUCOPAPO

Cidade/UF: GOIANA PE

Usuário Atendimento: ROSEANERSN

**Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Queixa Principal**

Paciente com história de queda de moto há +/- 03 horas. Relato perdo de entorpe do motociclo. Refere ingestão de bebida alcoólica. Perde perda da consciência ou vômitos. Paciente trazido sem dor, cintura ou perna virada, desembalado. Fica dor em cintura direita. Refere dor em região da bacia. Perde o equilíbrio.

Exame Físico a esquerda.

- (1) + Voz clara, fala, sem edema cervical
- (2) + HR = 80 bpm, PR = 60 bpm
- (3) → Sem sangramento ócio. PCK em ET, BNF s/s, FC = 109 bpm
- (4) → ECG = 15' / RCP: los intenso / palidez. Sem dor o mobilização cervical
- (5) → Presença de coagulados em fé vermelha.

Hipótese Diagnóstico: Edema semi-gelado, desassível, doloroso e palpável em região epigástrica. RHb: 12%. Refere dor a palpação de objetos duros, infecções e coagulos. Náuseas e vômitos. Refere sem alteração óptica.

**Prescrição Médica**

- ① Socorro R\$ de hora AP S/ SORVIMENTO
- ② Como paciente com dor em região epigástrica, afixo TOC de abdome.
- ③ Analgésia.

Thais Rodrigues  
Médico Geral  
CRM-PE 204

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Senha: \_\_\_\_\_

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 426347      Prontuário: 114480      SAME: 101616      Hora Atend: 15:53      Data Atend: 28/04/2018  
Paciente.....: ADELMO VIEIRA DE LIMA      Idade: 37 a  
Endereço.....: SITIO JOCA DE SOUZA  
Bairro.....: TEJUCOPAPO  
Cidade.....: GOIANA  
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA  
CID Principal.....: +  
CID's Secundários.:  
Resultado.....: ALTA APOS MEDICACAO  
Data Saída.....: 29/04/2018      Hora Saída : 11:00

Prestador da Evolução Médica:

PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346  
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 19/09/2019 10:02:41  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091910024162800000050269088>  
Número do documento: 19091910024162800000050269088

Num. 51069354 - Pág. 4



SAMU  
192

PREFEITURA DE  
GOIANA  
Secretaria Municipal de Saúde



SECRETARIA DE SAÚDE DE GOIANA

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SAMU 192 - GOIANA

**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Atendendo ao requerimento do Sr. (a):

Adelmo Vieira de Oliveira

RG: 6 723 246, CPF: 067 528 744-84, constam em nossos arquivos a ocorrência de nº 493538 do dia 24 de junho de 2018, onde o mesmo foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU/GOIANA por volta das 01 horas e 50 minutos, vítima de Queda de Moto. A Ocorrência aconteceu no (a) PE - 49 Tejucupapo, onde após os cuidados, a vítima foi removida para Hospital Miguel Anraes.

Alcione Nogueira Silva  
Enfermeira  
CPF: 078.149.000-02  
CNPJ: 25.160.050

Coordenação de Enfermagem

Goiânia, 17 de Setembro de 2018.



# Hospital Metrop. Norte Miguel Arraes

Res. Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 24/06/2018 03:21



Nome Paciente: ADELMO VIEIRA DE LIMA  
Cód. Paciente: 16043  
Data de Nascimento: 08/03/1981  
Sexo: Masculino  
Idade: 37  
Senha: 0009  
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Atendimento: 433892  
SAME: 103118



Período: 24/06/2018 03:45 - 24/06/2018 03:47

PAULA FABIANA SILVA ANDRADE - COREN: 297613 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VINDO DO SAMU DE GOIANA SOFREU QUEDA DE MOTO. NÃO BATEU A CABEÇA NÃO VOMITOU FRATURA EXPOSTA MID

Fluxograma sintoma: TRAUMA

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 100.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 RPM
- GLICOSE: 111.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 96.00 %

Paula Fabiana Silva Andrade  
Enfermeiro(a)  
HMA - Hospital Miguel Arraes  
Lesão de Pele  
Sim / Não ( )  
Local...  
Enfermeiro  
REVISADO  
NEPHRYMA

Acolhido(a) por: PAULA FABIANA SILVA ANDRADE - COREN: 297613 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/06/2018 03:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 19/09/2019 10:02:41

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091910024162800000050269088>

Número do documento: 19091910024162800000050269088

Num. 51069354 - Pág. 6

Atendimento: 433897

Dt Atendimento: 24/06/2018 - 06:58 Dt Alta: 25/06/2018 - 12:45

Paciente: 116043 ADELMO VIEIRA DE LIMA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 692 VERD2-16 Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: COSMEJS

CID:

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

Observação de Alta

COSME JOSE DOS SANTOS

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 19/09/2019 10:02:41  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091910024162800000050269088>  
Número do documento: 19091910024162800000050269088

Num. 51069354 - Pág. 7

### Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 50338  
Paciente: 116043  
Convênio Atend.: 1  
Leito: 692  
Dt. Início: 24/06/2018 09:50  
Cid Pré-Operatório:  
Cid Pós-Operatório:

Sala: 0003 SALA 03  
ADELMO VIEIRA DE LIMA  
SUS - INTERNACAO  
VERD2-16

Atendimento: 433897  
Carteira:  
Idade: 37 Anos 16 Dias 11 Horas

### Procedimentos

Procedimento: 0408050527 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

### Equipe Médica

CIRURGIAO 13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

### Descrição

#### Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA POR ABRASÃO (ARTROTOMIA TRAUMÁTICA) + LESÃO EXTENSA DE PÉ ESQUERDO + FRATURA FECHADA DE MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO  
INTERVENÇÃO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA + LC + DC + RAFI COM PARAFUSO DE MALÉOLO MEDIAL

OPERADOR: DR LUIZ CARVALHO

1º AUXILIAR: DRA NAYANA ADOUR

2º AUXILIAR: DR FILIPE GUEDES

3º AUXILIAR: -

INSTRUMENTADOR: ELIMAR

ANESTESISTA: DRA ANNE

ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

#### RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. ABORDAGEM DO FOCO DE FERIDA EXTENSA DE PARTES MOLES ANTERIOR EM JOELHO E COM BORDOS DESVITALIZADOS E TENDÃO PATELAR ESGAÇADO E CONTAMINAÇÃO GROSSEIRA COM DEBRIS DE SUJIDADE.
5. VISUALIZADO FOCO DE FRATURA COM ABRASÃO LATERAL DA PATELA E RETIRADO FRAGMENTO ÓSSEO
6. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
7. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0.9% 10.000ML
8. SUTURA POR PLANOS COM VYCRYL E NYLON
9. ABORDAGEM DE FERIMENTO EXTENSO EM PÉ ESQUERDO COM CONTAMINAÇÃO MODERADA
10. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
11. SUTURA COM NYLON 2-0
12. REALIZADO INCISÃO EM J INVERTIDO EM MALÉOLO MEDIAL E DIVULSAÇÃO POR PLANOS
13. REALIZADO REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PARAFUSO ESPONJOSO COM ARRUELA NÚMERO 40
14. CURATIVO ESTÉRIL
15. VERIFICADO BOA PERFUSÃO DISTAL EM MIE

#### Achados Cirúrgicos:

#### Descrição Complementar

Dra. Nayana Adour  
Ortopedista Traumatologista  
CRMPE 11.623

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ADELMO VIEIRA DE LIMA REG: 116043

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	
24/6/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
04:45 H	# ADMISSÃO
	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO , SEGUE ALCOOLIZADO , APRESENTA LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM JOELHO E TORNOZELO ESQUERDOS
	AO EXAM EFISICO SEGUE COM LESÃO EXTENSA COM EXPOSIÇÃO TENDINEA E ARTERIA EM REGIÃO ANTERIOR I TNZ ESQUERDO + LESÃO EM JOELHO ESQUERDO
	HD : FX EXPOSTA DE TNZ ESQUERDO ( BIMALEOLAR ) + FX EXPOSTA DE JOELHO ESQUERDO ( FX PLATO TIBIAL ? )
	CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR
	AO BLOCO ÁS 06 H
	ORIENTAÇÕES DR SORMANE BRITO
24/06/18	SOT
07:23 AM	Paciente encerrado em bloco cirúrgico
	Un ter sido feita curtagem feita Ossificação tibial. Nao houve desmatamento
	Assess: B66, eupneico, abraçando
	A via aérea laringe coluna cervical intacta sem comprometimento
	B FR 18 ipm
	C Esternal litorâneo intacto
	D ECG NS Rito Pfflvo
	E Lesão extensa de partes moles MIE milho + tornozelo , Secundário MMIS
	cd:
	(1) Sustato curativo Lateral
	(2) Tala conservadora MIE
	(3) Desbravar falso com SPTA

Filipe Guedes  
Ortopedia / Traumatologia  
CRMPE 2660



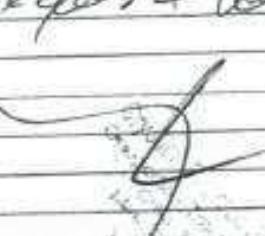
 PERNAMBUCO

HOSPITAL  
MIGUEL ARRABES



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Rodolfo Vieira Registro: 116043  
Clinica: ortopédie Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

13/09/18 São-SP 24/06/18 Satur  
Nº turmas (t) variação de  
variação. Estas variadas no  
ponto NT (t) 1/3 +, as partes  
mais densas p/ (t) acelerada  
de fixação ainda (muito em  
liso regularmente).  
Set. Orientador + bolha  
a 30 d' 





## Laudo para solicitação de autorização de internação

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	<i>AT 432891</i>	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES		4 - CNES	6431569

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente <b>ADELMO VIEIRA DE LIMA</b>	6 - N° Prontuário 116043			
7 - Cartão Nacional do SUS <b>700209956161270</b>	8 - Data de Nascimento 08/03/1981	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - Raça Cor 03 - Parda	10.1 - Etnia 0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe <b>JOSEFA MARIA DE LIMA</b>				12 - Telefone de Contato 8199407013
13 - Nome Responsável <b>ANDERSON</b>				14 - Telefone de Contato
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro) <b>SITIO IPIAPICU, - TEJUCOPAPO</b>				
16 - Município <b>GOIANA</b>	17 - IBGE 260620	18 - UF PE	19 - CEP 55900000	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
**INTER ALCOOLIZADO - VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO . SEGURO COM LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES EM JOELHO ESQUERDO E TORNOCOLO RDO.**

21 - Condições que justificam a Internação  
**TRATAMENTO CIRÚRGICO**

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
**ANAMNESE  
EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA**

23 - Diagnóstico Inicial / Código  
**FRATURA EXPOSTA DE TORNOCOLO ESQUERDO + FRATURA DE FEMUR DSITAL ESQUERDO ?**

24 - CID 10 Principal  
T025

25 - CID 10 Secundário  
W199

26 - CID 10 Causas Associadas  
04150201

27 - Descrição do Procedimento Solicitado  
**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL**

28 - Código do Procedimento  
0408050543

29 - Especialidade  
**CIRÚRGICA**

30 - Caráter de Atendimento  
2

31 - Documento  
 CNS  CPF

32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente  
980018278437533

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

34 - Data da Solicitação  
24/06/2018

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)  
**CRM-PB 28469  
Medico**

36 - Número do Conselho  
16339

38 -  Acidente de Trânsito  
 39 - CNPJ Seguradora  
 40 - N° 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

46 - Nome do Profissional Autorizador  
**JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES**

47 - Cód. Órgão Emissor  
E260000001

48 - N° da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

48 - Documento  
 CNS  CPF

49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização  
**19/09/2019**

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

**AIH  
261810161421-6**

Código do Laudo: 433892





X E N C F

HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES



Evolução Clínica

Nome: Adelmo Registro: \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	26/06/18
19/07/18	Po 3 semana CC + pati pat importado patologias + pat - alcool - idia tornozelo Saírem, um pouco Rp pulho e n jinete Rp tornozelo e d 1 paraguai o globo - idia tumular d bo aspecto visuo e tornoz co fluis + oitinho declarado MEE 50 Fim Retorno d 1 - ii / 180
 Dr. Matheus Mendes Jr. Cirurgião - Traumatologista CRM-12435 - CRB-213367-J	
16/08/18 Pos- op. 24/06 Sint. MM TNA ( ) + pto exato patologias Jabs deu, cedavras cox splít - pto ( ) e febre ( ) febre + 13 + pto ( ) Anel de cintura. Gel: fator de 30 d. 1-X - pto MM anterioce 10/16 (cancelado). Ponto canelados.	



Atendimento: 433892

Data e Hora: 24/06/2018 03:27

Senha da Classificação:

0009

Paciente: 116043 ADELMO VIEIRA DE LIMA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 08/03/1981 Idade: 37 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe:: JOSEFA MARIA DE LIMA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: SITIO IPIAPICU

Bairro: TEJUCOPAPO

Cidade/UF: GOIANA PE

Usuário Atendimento: ADRIANABP

**Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

**Queixa Principal**

Panciturte traseira pelo lado esquerdo, ir regularmente  
com dor no esterno para metade da dia 70 dias.  
Dor no esterno que se intensifica quando fuma ou quando  
faz esforço para subir escadas ou subir escadas.

**Exame Físico**

Fx suspeita em dor no esterno e dor no lado esquerdo.  
Tumores hérnias e dor no lado esquerdo é grande.

**Hipótese Diagnóstica**

Exame de sangue + Rx Esgoto Clínico Tabal e cardiolos Fins

**Prescrição Médica**

Injetar 500  
Bleco 1000 mg O.G.D.  
Ornit 500 mg 3x ao dia no jato

Dr. 1000 Alginato  
Carmopress 400  
Médico

**Assinatura e Carimbo/Médico**

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_ Senha: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação





## FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 433897

Usuário: ANDERSONSC

Rua Estrada da Fazendinha, 5/N  
Jaguaribe - Paulista - PE  
CEP.: 53.400 - 000

### DADOS DO PACIENTE

Paciente: ADELMO VIEIRA DE LIMA  
Idade: 37a 3m 17d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Prontuário: 116043  
Profissão: Profissional Escolaridade: Data de Nascimento: 06/03/1981  
R.G.: C.P.F.: Telefone: CEP 55900000  
Endereço: SITIO IPIAPICU - TEJUCOPAPO GOIANA - PE  
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 24/06/2018 06:58  
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL  
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-16  
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: 07/06  
Endereço: - Número:  
Telefone: Cidade: Estado civil:

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 25/06/18 Hora da Alta: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Motivo:  Melhorado  A Pedido  Transferência  Óbito  Evasão

Condições de Alta: Boas condições Clínicas

Diagnóstico Principal.....: Fr. exposto fer. nasas em Pés +  
femur bateira em Pés esquerdo +

Diagnóstico Secundário01: Fr. fechada Malleo Momo esquerdo.

Diagnóstico Secundário02: REVIADE  
CCH-HMA

Procedimento.....: HC + DC + Radiografia Momo esquerdo

João Bosco B.C. Neto  
Ortopedia / Traumatologia  
CREMEPE 36670

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, anestesias, 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 \_\_\_\_\_

*Adelmo Vieira de Lima*  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





RECEITUÁRIO

Declaro que  
Adelmo Vieira  
de Souza foi submetido em  
24/06/18 a tratamento cirúrgico  
de quadro importado patela E,  
patela tornozelo e o piso do  
sobre pé E. Onde se tornou  
atividade de carga no mesmo  
único seguindo

010 582.0  
582.5  
591.3

19/07/18

Dr. Mancos de Melo  
Ortopedia - Traumatologia  
mrc.17135 - Mat. 245587-0

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO





Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## **RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME: ADELMO VIEIRA DE LIMA REG:116043

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ DATA DA ADMISSÃO 24/6/2018 DATA DA ALTA 25/06/18

DIAGNÓSTICO:

Fratura Perna direita Ossilunar Pm Assado + Lesão óssea  
do Pd. proximal + Fractura Metatarsiana media

TRATAMENTO REALIZADO:

24/06 Rx + Dr + RAI. Metatarsiana media e P. lateral.

ORIENTAÇÃO:

- Trama, Mobilização precoce
- Cmca 70%
- Antevisão Marcações Boas
- Gravatava Diárias

15/06 Dr Francisco Góes

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM( ) NÃO( )

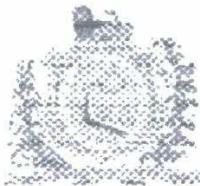
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_\_

João Bosco B. C. Neto  
Ortopedia / Traumatologia  
CREMEPE 26876

J. A. S. M. Neto

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA -  
DP44ºCIRC DINTER1/11ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0134003304

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/09/2018** às  
**11:10**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpaço (Consumado)**  
que aconteceu no dia **24/6/2018** às **02:30**

Fato ocorrido no endereço: **TEJUCUPAPO - GOIANA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **RODOVIA PE 049, 1 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )**  
**DANIEL GOMES DA SILVA ( OUTRO )**  
**ADELMO VIEIRA DE LIMA ( VÍTIMA )**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): **ADELMO VIEIRA DE LIMA**

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

**ADELMO VIEIRA DE LIMA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **JOSEFA**  
**MARIA DE LIMA** Pai: **ALFREDO VIEIRA DE LIMA** Data de Nascimento: **8/2/1981** Naturalidade:  
**CARNAIBA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residencial: **SÍTIO CARRAPICHO, S/Nº, TEJUCUPAPO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Próximo a: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 1 - CEP: 8 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO** - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

**DANIEL GOMES DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade:  
**NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DANIEL GOMES DA SILVA**, que  
ava em posse do(a) Sr(a): **ADELMO VIEIRA DE LIMA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB 125** Objeto apreendido: **Não**



1 de 2

18/09/2018 11:07

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/.infopol/xml/BOEPrev...

Placa: PGJ3997 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 477123345  
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2012

### Complemento / Observação

**RELATA A VÍTIMA QUE VINHA TRAFEGANDO COM A REFERIDA MOTOCICLETA PELA PE-849, JUNTAMENTE COM UM PASSAGEIRO; QUE UM VEÍCULO APARECEU DE REPENTE EM SUA FRENTE E O PASSAGEIRO ASSUSTOU-SE FAZENDO COM QUE O CONDUTOR PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA E ENTÃO CAISSE; QUE NA QUEDA A VÍTIMA TEVE FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA, LESÃO EXTENSA EM PÉ ESQUERDO FECHADA;**

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

*Adelemo Vieira de Lima*  
ADELEMO VIEIRA DE LIMA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: STEFANO VILAKIM DE MATTOS - Matricula: 221037-1



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 19/09/2019 10:02:41  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091910024174200000050269091>  
Número do documento: 19091910024174200000050269091

Num. 51069357 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190388558

Vítima: ADELMO VIEIRA DE LIMA

Data do Acidente: 24/06/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADELMO VIEIRA DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: ADELMO VIEIRA DE LIMA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 00000220-8

Conta: 0000050831-4

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Lider para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

mos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 19/09/2019 10:02:41  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091910024174200000050269091>  
Número do documento: 19091910024174200000050269091

Num. 51069357 - Pág. 3