



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Maria Helena do Carmo, inscrito no CPF de nº 347.338.854-34, com endereço à Rua São Vicente Ferrreira, endereço eletrônico _____.

OUTORGADO: GRASIELE DE LIMA SILVA, brasileira, divorciada, portadora do RG de nº 6.814.023 SDS/PE e CPF nº 055.049.184-80, advogada, inscrição OAB/PE nº 40.421, com escritório à Rua Regina Alves, 43 – Edson Mororó, Belo Jardim – PE, e-mail grasilima1984@hotmail.com.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga à advogada acima descrita, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (conforme o art. 105 do NCPC/15).

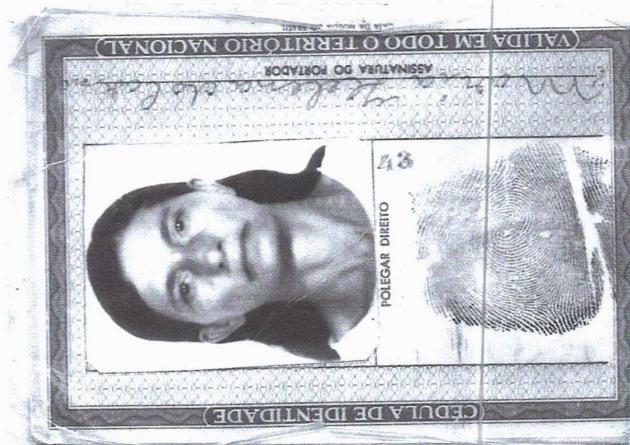
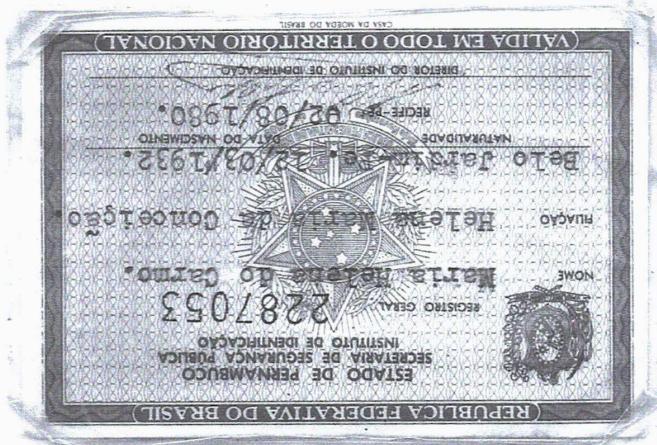
Os poderes específicos acima outorgados poderão (ou não poderão) ser substabelecidos.

Belo Jardim,

Anaéria Helena do Carmo

OUTORGANTE





Assinado eletronicamente por: GRASIELE DE LIMA SILVA - 06/11/2019 21:54:29
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110621542956000000052666782>
Número do documento: 19110621542956000000052666782

Num. 53522430 - Pág. 1



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 20181237206970

Escritório: SERRA DO VENTO

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

MARIA HELENA DO CARMO
R S VICENTE FERRER, N. 005/N - SERRA DO VENTO BELO JARDIM PE 55150-000
INSCRIÇÃO: 208.810.101.0260.000

MATRÍCULA

03720697.0

12/2018-5

GRUPO: 6

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 03720697.0

RESIDENTIAL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

ESTADO: PIAUÍ

LIGADO

ESTADO: PIAUÍ

POTENCIAL

RESIDENCIAL

QUANTIDADE DE ECONOMIAS

COMERCIAL

INDUSTRIAL

PÚBLICO

HIDRONET

A029563623

DATA LEIT. ANTERIOR

28/11/2018

DATA LEIT. ATUAL

28/12/2018

TIPO DE CONSUMO(A/E)

REAL /

ÁGUA

LEIT. ANT.: 227
LEIT. ATUAL: 229
LEIT. FAT.: 229

CONSUMO: 2

ESGOTO

LEIT. ANT.:
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.:

VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO

11/2018	5/	
10/2018	5/	
09/2018	5/	
08/2018	5/	
07/2018	5/	
06/2018	5/	
MÉDIA	5/	
	0	

PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	10	10	10
COR APARENTE	10	10	9
CLORO RESIDUAL	10	10	10
COLIFORMES TOTAIS	10	10	10
<i>E.Coli</i>	10	10	10

OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS Ausência em 95% das amostras examinadas.
(2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

2 M3

VALOR R\$

41,30

ITEM	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÔTO
PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 15/01/2019

TOTAL A PAGAR:

41,30

5 IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 5.62. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA-TIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: INTERNET

Emitido em:

08/01/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 03720697.0

12/2018-5

VENCIMENTO: 15/01/2019

TOTAL A PAGAR:

41,30

CÓDIGO DE BARRAS

82810000000-3 41300018228-9 03720697001-2 12201850003-7

VIA COMPESA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: GRASIELE DE LIMA SILVA - 06/11/2019 21:54:29

https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110621542973700000052666783

Número do documento: 19110621542973700000052666783

Num. 53522431 - Pág. 1



Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF:		
	Nome: <u>Maria Heloena do Carmo</u>			
	Data de Nascimento: <u>12/03/36</u>	Sexo: <u>F</u> Cor: <u>Pálida</u> Estado Civil: <u>Viva Vida</u>		
	Naturalidade: <u>Brasília</u>	Profissão: <u>Pensionista</u>		
	Endereço: <u>RJ Alto Sui Ciente, S/Nº Serrado</u>	Procedência: <u>Vento</u> Telefone: _____		
RESPONSÁVEL	Responsável: <u>A meomu</u>	Parentesco: _____		
	Endereço: <u>O mesmo</u>	Fone: _____		
	Trazido por: <u>Minha filha e filho (mais)</u>	Endereço: _____ Fone: _____		
OCORRÊNCIA	Local do Acidente:	Data: _____ / _____ / _____	Hora: _____	
	NATUREZA DO ACIDENTE	<input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho	<input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio <input type="checkbox"/> Outras Causas
	Atendimento:	<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Cirúrgico	
	História da Doença Atual:	<u>Febre de Mergulho, c.</u>		
ATENÇÃO MÉDICA	EXAME - FÍSICO			
	Pressão Arterial: <u>110x50</u>	Pulso: _____	Temperatura: _____	Peso: _____
	<u>Cirurgia (-)</u>			
	<u>HGT - 188 mg/dl</u>			
	<u>22:50</u>			
<u>PA : 120x55 mmHg</u>				
<u>Mega Mergulho</u>				
Diagnóstico Provisório: _____				
<u>Lima Silva</u>				



Data	Hora	Evolução Clínica e Prescrição Médica	Relatório de Enfermagem															
		<p><i>Fixação compressa de gelo limite limpa e seca</i></p> <p><i>18/09/18</i></p>	<i>Atropelamento</i>															
			<i>V/V</i>															
		<p><i>2- Plastil - 01 FA 1M 2- Diclobutran 4mg - 01 FA 1M 3- Voltaren - 01 FA 1M</i></p> <p><i>- 50 Crm 2277</i></p>	<i>Idade: 45</i>															
			<i>Paciente mpe lamento, cefaleia, tontura</i>															
		<p><i>(1) Lomotil 018A + AD - EV (2) SFB 9% 500g - EV.</i></p> <p><i>Dr. Mafred Gonçalves CRM PE 26.760</i></p>																
<table border="1"> <tr> <th colspan="2">CONDIÇÕES DE ALTA</th> <th>MOTIVO DE ALTA</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Curado</td> <td><input type="checkbox"/> Óbito</td> <td>Em: / /</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Melhorado</td> <td></td> <td>Hora: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inalterado</td> <td><input type="checkbox"/> + 48 horas</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Piorado</td> <td><input type="checkbox"/> - 48 horas</td> <td></td> </tr> </table>				CONDIÇÕES DE ALTA		MOTIVO DE ALTA	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Óbito	Em: / /	<input type="checkbox"/> Melhorado		Hora: _____	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> + 48 horas		<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> - 48 horas	
CONDIÇÕES DE ALTA		MOTIVO DE ALTA																
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Óbito	Em: / /																
<input type="checkbox"/> Melhorado		Hora: _____																
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> + 48 horas																	
<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> - 48 horas																	
<p>Transferido para: _____</p> <p>Diagnóstico Definitivo: _____ _____ _____</p>																		
<p>Observação: <i>Não opera mulheres, linhas Orientações de Rx</i></p> <p><i>R. Mafred Gonçalves CRM PE 26.760</i></p>																		
<p>Data: <i>18/09/18</i></p>																		





Prefeitura de Caruaru
Av. Vera Cruz - 854, São Francisco - CEP: 56008-000
Fone: 81-3701-1400 - CNPJ: 11.371.082/0001-06

**Secretaria
de Saúde**



UNIDADE DE SAÚDE

JOSÉ CARLOS
OLIVEIRA II

Cliente:

VELLACIO

Declaro para devo FIDES 200,00 reais mais
MOTOCICLETA + arcos, fios e molas, fornecidos
pós atendimento por motocicleta pelo ônus das
despesas. Fraturas em pratos costais em
menor valor direitos, sem o pagamento da
resta de FIDES e por ESPECIAIS.

Caruaru, 16/02/19
AO VOLTAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA

Dr. Antonio Wyller
CRM-FE - 22438

Médico

CONTROLE DA FARMÁCIA



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARIA HELENA DO CARMO	PRONTUÁRIO: 1649131	ATENDIMENTO: 01030154
DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1932	FOI ATENDIDO EM:	Às
		DATA DA ALTA: 26/09/2018 ÀS 11:16

Diagnóstico Provável:

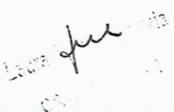
1. TRAUMA TORACICO FECHADO (ATROPELAMENTO)
2. HAS (NAO SABE MEDICACOES QUE FAZ USO)

Tratamento Realizado:

1. (22/09 - 26/09) DTFD SEC
2. CORTICOTERAPIA + NEBULIZAÇÃO ATROVENT/BEROTEC

Observação:**Encaminhado para:**

NO MOMENTO DA ALTA AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR. JOÃO PAULO RIBEIRO NO DIA 11/10/2018 AS 07H.


ICARO TORRES LAGE - CRM: Nº.25002

Recife, 26, SETEMBRO ,2018

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.

Av.Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1029941/2018.

NOME: MARIA HELENA DO CARMO.

Foi atendido às 21h46 do dia 21.09.2018.

Diagnóstico provável: Pneumotaxia em Histeroxistose
Direita. Fraturas em 10, 11 e 12º costelas
e direita, + Fraturas em hérnia estreita
TCE liso.
(ATMORRAGICO)

Tratamento realizado: TAC de tórax - pneumotaxia
em H.T.D
Drenagem torácica feita em 1º dia.
V.S G FAST - normal
pneumox de Braço à direita fixado
flexando. Exames laboratoriais.
TAC de crânio - si cítes abn.

Obs.

ALTA EM 26-09-2018

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 07/11/2018

JES - Hospital da Restauração
Dr Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SAME
CRM 4533

1/83)

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572





CARUARU

Centro de Imagens Municipal - CIM

NOME DO PACIENTE: MARIA HELENA DO CARMO
DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1932
IDADE DO PACIENTE: 86 ANOS
DATA DA REALIZAÇÃO: 14/01/2019
REG: 35

RX DO TÓRAX

Acentuação da trama pulmonar.
Redução volumétrica do pulmão direito.
Imagem sugestiva de pequeno derrame cissural à direita.
Seio costo-frênico direito velado.
Espessamento peribroncovascular peri-hilar bilateral.
Sombras hilares proeminentes.
Área cardíaca aumentada.
Aorta alongada.
Arcabouço costal íntegro.

Caruaru, 14 de janeiro de 2019.

Dr. Robson Vieira de Miranda
CRM 10403

AV. Pedro Jordão S/N - Bairro Mauricio de Nassau- Caruaru – PE Fone: (81) 37236013



Assinado eletronicamente por: GRASIELE DE LIMA SILVA - 06/11/2019 21:54:30
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110621543059600000052666793>
Número do documento: 19110621543059600000052666793

Num. 53523741 - Pág. 1

Nome: **MARIA HELENA DO CARMO**
Idade: **71** Sexo: **F**
Médico: **MEDICO-PLANTONISTA - EMER HR**
Procedência: **SUS - AMBULATORIO**

Pedido: **490763**,
Data do Pedido: **22/09/2018 10:00:00**
Data do Laudo:
Atendimento: **1029941**

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME (FAST)

HISTÓRIA / INDICAÇÃO: trauma abdominal

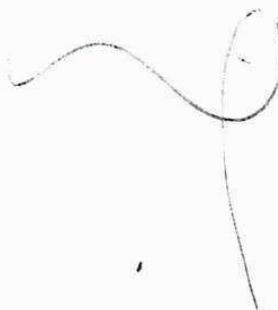
TÉCNICA: estudo ecográfico realizado com transdutores multifrequenciais.

ACHADOS:

Importante interposição de gás não permitiu avaliação do andar superior do abdome. Se houver forte suspeita de órgãos abdominais, sugere-se prosseguir com tomografia computadorizada.

Bexiga normodistendida.

Ausência de líquido livre na escavação pélvica.



JULIANA DE OLIVEIRA BURIL
17395

Página 1 de 1



UNIDADE II

Rua Santa Maria da Boa Vista, 85 - Boa Vista II - Caruaru/PE

AV. JOSÉ SALVADOR, 23 - Bairro Riachão - Caruaru/PE

UNIBIADE II

31

ESTE LINDO PRESENTA A MPRESSO DIAPOSITICA ATREVES DA PROFUNDAMENTE DE DEFINITIVO. AQUE SE CONSIDERADO ABSOLUTO UN INVESTIGAO MAS PROFUNDA HABENDO SEDICIVITUD DO EXAME EM RELACAO DE ACORDO COM A HISTORIA NATURAL DA PROTOLOGIA OU INVESTIGAO MAS PROFUNDA HABENDO SEDICIVITUD DO EXAME EM RELACAO DE ACORDO COM A HISTORIA CLINICA DO PACIENTE. ESTA PARTE MELHOR COMPARECER E DEFINITO RADIODIAGNOSTICA SUGERIMOS QUE ESTAS IMAGENS SEMPRE SERVADAS PERIODICAMENTE.

CRM - 11456

Caruaru 21 de Novembro de 2018

Alongamento da sorta toracica com ectasia.

Aumento da área cardíaca.

Apagamento da cúpula diafragmática e do seio costofrenico à direita.

Sínais de hipereragão pulmonar à esquerda. (DPOC)

Acentuada hipotransparença pulmonar nos campos médio e inferior à direita.

LAUDO

NOME: MARIA HELENA DO CARMO.
D. NASCIMENTO: 12.03.1932
Nº DO REGISTRO: 9929
EXAME: RX DIGITAL DO TORAX PA+R
SOLICITANTE: DR.º RODRIGO A. DE OLIVEIRA
CONVENIO: MARIA GERTRUDES



Testes Alergicos - Teste Ergometrico - Ultra-som - Ultrografia - e outras especie de ades.

Assinado eletronicamente por: GRASIELE DE LIMA SILVA - 06/11/2019 21:54:30

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=191106215430732000000052703299>

Número do documento: 19110621543073200000052703299

Num. 53560603 - Pág. 2

4 - EXAMES REALIZADOS OU OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES:



Assinado eletronicamente por: GRASIELE DE LIMA SILVA - 06/11/2019 21:54:30
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110621543073200000052703299>
Número do documento: 19110621543073200000052703299

Num. 53560603 - Pág. 4

5 - PRESCRIÇÃO PARA CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO EM DOMICÍLIO

ASSINATURA E CARMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Data: _____

6 - SALDA HOSPITALAR

RESPONSÁVEL (EQUIPE DE ENFERMAGEM)

Data: _____ Hora: _____

RESPONSÁVEL (PORTARIA)

Matrícula: _____

Matrícula: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Nome: _____ Data: _____ Hora: _____

(Handwritten signature)

1) Acampanha no UBS
3 - PROGRAMA APÓS ALTA

Academia de futebol, trabalho com mulheres
2 - RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA, EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

Resumo da evolução da paciente com descrevendo

1 - DIAGNÓSTICOS

ADMISSÃO: 01/12/18 ALTA: 08/12/18

Nome:	Ms. Juliana de Carvalho	Enfermeira:	Leticia	Registro:
-------	-------------------------	-------------	---------	-----------

RESUMO DE ALTA



Assinado eletronicamente por: GRASIELE DE LIMA SILVA - 06/11/2019 21:54:30

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110621543073200000052703299>

Número do documento: 19110621543073200000052703299

Num. 53560603 - Pág. 5

AV. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX) 81 - 3181-5400

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresárias, Escolas, Ministério do Trabalho, Contuidade de Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação nº 04/2002 do

Ministério Públco do Estado de Pernambuco.



UNIDADE DE SAÚDE: HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA		NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 19110621543073200000052703299			
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO Registre N°: 140918		FOLHA DE INTRANGAO E ALTA HOSPITALAR Data: 14/09/18			
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO Registre N°: 140918		HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA			
Nome: Ana Helena do Carmo Data de Nascimento: 19/03/86 Sexo: Feminino Cor: Clara Estado Civil: Solteira Profissão: Trabalhadora Endereço: Rua da Esperança, 510 - Centro Responsável: Ana Maria Parentesco: Filha Endereço: Rua da Esperança, 510 - Centro Telefone: 2222-2222 Procedência: Centro Endereço: Rua da Esperança, 510 - Centro Naturalidade: Belo Jardim Profissão: Trabalhadora Endereço: Rua da Esperança, 510 - Centro Telefone: 2222-2222 PACIENTE		RESPONSÁVEL			
Local do Acidente: Data: / / Hora: / /		NATURÉZA DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA	
Casual <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio		Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causas		Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico	
Data: / / Hora: / /		ACIDENTE		História da Doença Atual:	
Trazido por: Fone: ()		DO			
Endereço: Fone: ()		NATURÉZA			
Responsável: Parentesco: ()		DO			
Endereço: Fone: ()		ACIDENTE			
Data: / / Hora: / /		Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico		EXAME - FÍSICO	
Pressão Arterial: 110x50 Peso: _____		Temperatura: _____		DATA: 50	
A.G.F - 188 mg/dl		Cultura (-)		PA: 120 x 55 mmHg	
Diagnóstico Provisório:					

Responsible

Belo Jardim 36/10/18

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.
OBS: Por motivo de danificação dos protocolos os mesmos estão sendo referidos.

Declaro para os devidos fins que Mauricio Flávio é o residente da Unidade SLM Setor de Trauma esteve internado a neste Hospital no período de JF.09.18 com diagnóstico de CID:
E:00 Amo pronúncio nº Qmrgnici unida

DECLARACIÓN

HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM
CNPJ: 10.260.222/0001-05
Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº
Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000
Fone: (0***81) 3726.2233



Fone: (0xx81) 31815400
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife

ASSINATURA

Recife 11 de setembro de 2018

IDENTIDADE:

GRAU DE PARENTESCO:

SOLICITANTE:

INTERNAÇÃO NO HR:

ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA:

FILIAÇÃO:

RESIDÊNCIA:

REGISTRO:

ALTA/OBITO:

ADM:

IDENTIDADE:

PACIENTE:

Justificativas:

OBS: Informamos que a solicitação deve ser feita de preferência com a liberação da paciente por juiz, pelo Ministério Público ou pelo próprio paciente com a solicitação médica. Para os demais órgãos (ex: Seguradora) será emitida Ficha de Escrivicamento Médico.

Atendimento:	Segunda a Sexta
Fone:	3181 - 5451
08:00 ao 12:00	

OUTROS

FICHA DE ESCRIVICAMENTO

SOLICITAÇÃO DO SAME

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SEGUIMENTO DE SAÚDE

PERIMEDICO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



Assinado eletronicamente por: GRASIELE DE LIMA SILVA - 06/11/2019 21:54:30
<https://pje.jpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110621543073200000052703299>
Número do documento: 19110621543073200000052703299

Num. 53560603 - Pág. 10

Arca bougo costal integral.
Aorta alongada.
Área cardíaca aumentada.
Sombra hiliar proeminentes.
Expressamento peribroncovascular peri-hilar bilateral.
Seio costo-frenico direito veiado.
Imageem sugestiva de pedeuno derrame cissural à direita.
Redução volumétrica do pulmão direito.
Acenutação da trama pulmonar.

RX DO TÓRAX

REG: 35
DATA DA REALIZAÇÃO: 14/01/2019
IDADE DO PACIENTE: 86 ANOS
DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1932
NOME DO PACIENTE: MARIA HELENA DO CARMO

Centro de Imagens Municipal - CIM

CARUARU



CONTROLE DA FARMÁCIA

AO VOLTAIR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECETA
Caruaru, 19/02/2019

Médico

CRM-E - 22438
Dr Antônio Willer
Jardim

Decreto que deu a lei que estabelece
que todos os profissionais em saúde em
poss posse profissional para atender à população
deve ter + carinho, de maneira, com ética
profissional e ética, de maneira, com ética

Clique:

Fonec: 81-3701-1400 - CNPJ: 11.371.082/0001-06

Av. Venâncio Oliveira, 664, São Francisco - CEP: 56008-000

Prédio Unimed de Caruaru | de Saúde

Secretaria | de Saúde

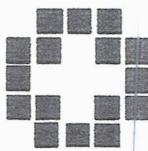


Assinado eletronicamente por: GRASIELE DE LIMA SILVA - 06/11/2019 21:54:30

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110621543073200000052703299>

Número do documento: 19110621543073200000052703299

Num. 53560603 - Pág. 12



RESUMO DE ALTA

Nome : Nome Helena do Carmo

ADMISSÃO: 01 12 18 ALTA: 08 12 18

1 - DIAGNÓSTICOS

Abrava un par de tercios

2 - RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA, EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

- RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA, EVOLUÇÃO E TRATAMENTO
Paciente admitida com história de dor no abdômen, crescendo
Realizou ATB cf feces e evoluiu com melhora

3 - PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA

17) Acompanhar no VBS

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Data: _____ Hora: _____

Hora:





Maria Helena de Carvalho

Urgente atendimento por metacelite
no dia 17-09-18; Russo pneumotórax em
Hemotorax direito, fratura em 10-11 e 12
costela, direita, fce leve.
Faz flx: drama torat, e condensação
de arco costal.

A mesma noite saiu pra casa
desenvolveu pneumonia grave.
midria, dificuldade para respirar
baixou com facilidade. Faz uso de
poco 500/300mg. Dá-se de forma
contínua.

OBS: ptx feio com sequelas leves
MSI 1650E1.

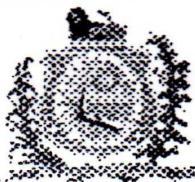
Conto:

Dr. Fausto Saraiva
MEDICO
CRM: 22338-PE
20-05-19

clinicadiagclin @clinicadiagclin
 (81) 3726-2338 (81) 98624-6735

Rua Floriano Peixoto, 50 - Centro
Belo Jardim - Pernambuco





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM -
DP104ª CIRC DINTER1/15ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 19E0194000011

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/01/2019** às **09:37**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 17/9/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA HELENA DO CARMO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO

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

MARIA HELENA DO CARMO (não presente ao plantão) - Sexo: Fem Início Nasc: HELENA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: ND Data de Nascimento: 12/3/1932 Naturalidade: BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

3/4/2019 12:16



A VITIMA ESTAVA NA VIA QUANDO UMA MOTO DESCONHECIDA A ATROPELOU E SE EVADIU. FOI LEVADA AO HOSPITAL LOCAL POR SEU FILHO MANOEL CAETANO FILHO. RECEBEU ATENDIMENTO E FOI DADO ALTA. AO CHEGAR EM CASA SENTIU-SE MAL E VOLTOU AO HOSPITAL. O HOSPITAL ESTAVA COMO O RAIO-X QUEBRADO, E ELA FOI MANDADA NOVAMENTE PARA CASA. SUA FILHA DE CARUARU MARGARIDA MARIA DE OLIVEIRA A LEVOU PARA UPAE CARUARU. QUE ELA ESTAVA COM AS COSTELAS QUEBRADAS, EDEMA NAS COSTAS, EMATOMA NA CABEÇA, ABScesso NO PULMAO.

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

B.O. registrado por: JOÃO PAULO PEREIRA DE SOUZA - Matrícula: 297086-4



3/4/2019 12:16

Assinado eletronicamente por: GRASIELE DE LIMA SILVA - 06/11/2019 21:54:31

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110621543153200000052703304>

Número do documento: 19110621543153200000052703304

Num. 53560608 - Pág. 2

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Maria Helena do Carmo

CPF:

377.338.854-34

Número:

Complemento:

205A

Profissão:

Recepcionista

Endereço:

Rua São Vicente Ferrreira

Cidade:

Belo Jardim

Estado:

CEP:

55150-000

Bairro:

Sacolé do Vento

Tel.(DDD):

(81) 9569-0261

E-mail:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2778	CONTA: 46406
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Belo Jardim 15/02/19	Nome: Maria Helena do Carmo	CPF: 377.338.854-34
Assinatura de quem assina A ROGO		
Maria Helena do Carmo		
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	TESTEMUNHAS	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	1 ^a Nome: _____	
Assinatura do Procurador (se houver)	CPF: _____	
	Assinatura	
Assinatura	2 ^a Nome: _____	
	CPF: _____	
	Assinatura	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.