



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Maria Helena do Carmo, inscrito no CPF de nº 347.338.854-34, com endereço à Rua São Vicente Ferreira, 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](mailto:grasilima1984@hotmail.com).

**PODERES:** por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicium 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).

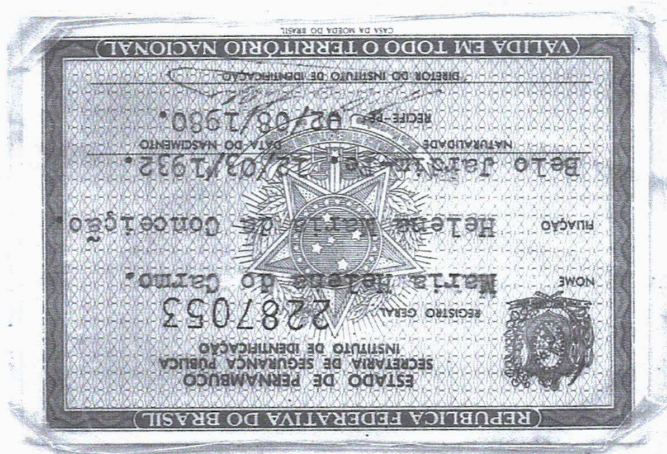
Os poderes específicos acima outorgados poderão (ou não poderão) ser substabelecidos.

Belo Jardim, \_\_\_\_\_.

Maria Helena do Carmo

OUTORGANTE







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. 008/N - SERRA DO VENTO BELO JARDIM PE 55150-000  
 INSCRIÇÃO: 208.810.101.0260.000

MATRICULA: 03720697.0 12/2018-5

GRUPO: 6 OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 03720697.0

RESPONSÁVEL: ENDEREÇO PARA ENTREGA:

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO
02025563623	DATA LEIT. ANTERIOR 28/11/2018	DATA LEIT. ATUAL 28/12/2018

ÁGUA  
 LEIT. ANT.: 227 CONSUMO: 2  
 LEIT. ATUAL: 229  
 LEIT. FAT.: 229

ESGOTO  
 LEIT. ANT.:  
 LEIT. ATUAL:  
 LEIT. FAT.: VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO

DATA	CONSUMO	PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
11/2018	5/	TURBIDEZ	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS
10/2018	5/	COR APARENTE	10	10
09/2018	5/	COLOR RESIDUAL	10	10
08/2018	5/	COLIFORMES TOTAIS	10	10
07/2018	5/	E.Coli	10	10
06/2018	5/			
MÉDIA	5/ 0			

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**

VALOR R\$

2 M3

41,30

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
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 EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 5.62. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA- TIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 08/01/2019

MATRICULA: 03720697.0 12/2018-5

VENCIMENTO: 15/01/2019

TOTAL A PAGAR: 41,30

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

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



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





Prefeitura de  
**Belo Jardim**  
A mudança começa com trabalho

**SECRETARIA DE SAÚDE**

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

**FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR**

Registro Nº:

Data: **17.09.18**

Hora: **17:00h**

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

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DOCUMENTO/IDENTIDADE / CPF:
	Nome: <b>M<sup>re</sup> Helena do Carmo</b>	Idade: <b>86a</b>
	Data de Nascimento: <b>12.03.32</b> Sexo: <b>F</b> Cor: <b>Pauca</b> Estado Civil: <b>Viúva</b>	
	Naturalidade: <b>Brasília</b> Profissão: <b>Pensionista</b>	
	Endereço: <b>R. do Alto São Vicente, S/Nº Serrão</b>	
	Procedência: <b>Uerto</b> Telefone: _____	

RESPONSÁVEL	Responsável: <b>a meom</b> Parentesco: _____	
	Endereço: <b>a meom</b> Fone: _____	
	Trazido por: <b>marcelo eufanio filho</b> (mãe)	
	Endereço: _____ Fone: _____	

OCORRÊNCIA	Local do Acidente: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____	
	<b>NATUREZA DO ACIDENTE</b>	<input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio
	<input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causas	
	<input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão	

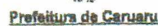
ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico
	História da Doença Atual: <b>Febre de 40°C</b>
	_____
	_____
	_____

ATENÇÃO MÉDICA	EXAME - FÍSICO		
	Pressão Arterial: <b>110x50</b>	Pulso: _____	Temperatura: _____
	Peso: _____		
	<b>22:50</b>		
	<b>PA: 120x55mmHg</b>		
	<b>Mega Alergia</b>		
	_____		
	_____		
	_____		
	Diagnóstico Provisório: _____		









Av. Vera Cruz - 854, São Francisco - CEP: 65008-000  
Fone: 81-3701-1400 - CNPJ: 11.371.082/0001-05

**Secretaria  
de Saúde**



UNIDADE DE SAÚDE

\* JOSÉ CARLOS OLIVEIRA II

**Clients:**

DE CLASSE

DECLARO POR DEBILIDADE, QUE A POLICIA MINEIRA  
NUNCA TEM, E NUNCA TERÁ, DOMICILIO  
PROPRIO ATUALIZADO POR MOTOCICLETA, NO OMMSCS,  
OU SEJA, PROTEGIDOS EM PRINCIPAL EM  
NUNCA TERÁ DIREITO, SEM A PRONUNCIADA  
NUNCA VOF E POR ESPECIALISTA.

Caráter: 19 02 / 19  
AO VOLTAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA

Dr. Antonio Wyller  
dico  
CRM-FE - 22438

**Médico**

## CONTROLE DA FARMÁCIA



**FICHA DE ESCLARECIMENTO**

<b>NOME:</b> MARIA HELENA DO CARMO	<b>PRONTUÁRIO:</b> 1649131	<b>ATENDIMENTO:</b> 01030154
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> 12/03/1932	<b>FOI ATENDIDO EM:</b> Às	
	<b>DATA DA ALTA:</b> 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







SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

## FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1029941/2018.

NOME: MARIA HELENA DO CARMO.

Foi atendido às 21h46 do dia 21.09.2018.

Diagnóstico provável: QUEBRANTURA EM HEMITOMIA À  
DIREITA. FRATURAS EM 10, 11, 12ª COSTELAS  
A DIREITA, + FRATURAS EM HEMITOMIA ESQUERDA  
TCE LEVE.  
(ATMORBACIMENTO)

Tratamento realizado: TALCOTOMIA - QUEBRANTURA  
EM H.T.D.  
DRENAGEM TORÁCICA FEITA NA DIREITA.  
VS G FAST - Normal  
NO TUMOR CL. PRIMO A DIREITA PLANIFICADO.  
CLAXANE. EXAMES LABORATORIAIS  
TAC DE CRÂNIO - S/LIMB. ACR.

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

1031

**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

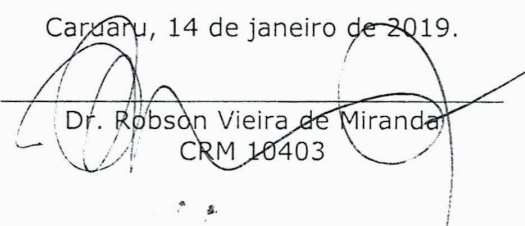
Centro de Imagens Municipal - CIM

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



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

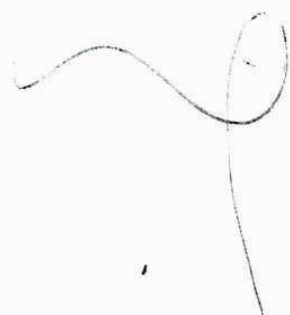
**TÉCNICA:** estudo ecográfico realizado com transdutores multifrequenciais.

**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





Alergologia - Análises Clínicas - Angiologia - Audiometria - Biópsia - Cardiologia - Clínica Geral - Cirurgias Gerais - Citologia e Colposcopia - Colonoscopia - Dermatologia - Ecocardiograma - Eletrocardiograma - Eletroencefalograma - Eletroencefalografia - Endoscopia Digestiva - Estudo Urodinâmico - Fisioterapia - Fonoaudiologia - Gastroenterologia - Gastroenterologia Infantil - Ginecologia - Hóster - Implantes Dentários - Laboratório - MPA - Mastologia - Neurologia - Neurologia Infantil - Nutrição - Odontologia - Oftalmologia - Otorrinolaringologia - Ortopedia - Ortopedia - Pediatra - Pericópia - Pneumologia - Psicologia - Razo X Digital em Geral - Reumatologia - Testes Alérgicos - Teste Ergométrico - Ultra-som - Urologia - e outras especialidades.

**NOME:** MARIA HELENA DO CARMO  
**D. NASCIMENTO:** 12.03.1932  
**Nº DO REGISTRO:** 9929  
**EXAME:** RX DIGITAL DO TÓRAX PA+P  
**SOLICITANTE:** DR.º RODRIGO A. DE OLIVEIRA  
**CONVÊNIO:** MARIA GERTRUDES

### LAUDO

Accentuada hipotransparência pulmonar nos campos médio e inferior à direita.  
Sinais de hiperaeração pulmonar à esquerda. (DPOC)  
Apagamento da cúpula diafragmática e do seio costofrênico à direita.  
Aumento da área cardíaca.  
Alongamento da aorta torácica com ectasia.

Caruaru 21 de Novembro de 2018

Dr. André Pinto da Silveira  
CRM - 11456

ESTE LAUDO APRESENTA A IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA ATRAVÉS DA INTERPRETAÇÃO RADIOLOGICA DOS ACHADOS. O RELATÓRIO NÃO DEVE SER CONSIDERADO ABSOLUTO E DEFINITIVO, JÁ QUE AS DOENÇAS SÃO EVOLUTIVAS E POSSAM MODIFICAR-SE DE ACORDO COM A HISTÓRIA NATURAL DA PATOLOGIA OU INVESTIGAÇÃO MAIS PROFUNDA. HAVENDO DISCORDÂNCIA DO EXAME EM RELAÇÃO COM A CLÍNICA DO PACIENTE, ENTÃO IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM O CMG. EM CASO DE NECESSIDADE DE RADIOGRAFIA(S) COMPLEMENTAR(ES), FAVOR ENVIAR ESTE EXAME PARA MELHOR COMPARAÇÃO E DEFINIÇÃO RADIOLOGICA. SUGERIMOS QUE ESTAS IMAGENS SEJAM PRESERVADAS PERIODICAMENTE.

UNIDADE I

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

UNIDADE II

Av. João Salvador, 23 - Bairro Riachão - Caruaru/PE





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

## FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1029941/2018.

NOME: MARIA HELENA DO CARMO.

Foi atendido às 21h46 do dia 21.09.2018.

Diagnóstico provável: *Reumatismo com Hipertermia*

*Exatidão em 10, 11, 12 e 13  
Dinâmica e Fatores em História Clínica*

*(HISTÓRIA CLÍNICA)*

Tratamento realizado: *TAC de tórax - preventivo*

*em 11.9*  
*Desafio terapêutico: Falta de resposta*

*USG FAST - Normal*  
*Exatidão e Dinâmica*  
*Exatidão e Dinâmica*  
*Exatidão e Dinâmica*

Obs.

*Atm em 06-09-2018*

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

IES - Hospital da Restauração  
Dr. Gilberto Wanderley Lima  
Garante Médico do SAMU  
CRM 4533

**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

RESPONSÁVEL (PORTARIA)

Matrícula: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL (EQUIPE DE ENFERMAGEM)

Matrícula: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**6 - SAÍDA HOSPITALAR**

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

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

**5 - PRESCRIÇÃO PARA CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO EM DOMICÍLIO**

**4 - EXAMES REALIZADOS OU OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES:**



g

1) Acupuncture No. 135-

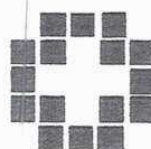
Est redimida com lágrimas de dor, chamado  
e Neelgar Ab el fogosa, vinda com melancolia

~~Therapie an paracellulose ⑤~~

ALTA: 08 12 18

: 03197

mn: Hühner de Carne



**HOSPITAL  
SÃO SEBASTIÃO**

ORGANIZAÇÃO  
SOCIAL DE SAÚDE



FICHA DE ESCLARECIMENTO

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

Diagnóstico Provável:

1. TRAUMA TORÁCICO FECHADO (ATROPELAMENTO)
2. HAS (NÃO SABE MEDICAÇÕES 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.

Data: 18/04/18

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Observação:

Ata da reunião de avaliação de risco

Diagnóstico Definitivo:

Transferido para:

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Obito

☐ - 48 horas

☐ + 48 horas

Em:

Hora:

☐ Indisciplina

☐ Transferência

☐ Alta Pedida

☒ Decisão Médica

CONDIÇÕES DE ALTA

MOTIVO DE ALTA

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

1 - Avaliação de risco - 01/04/18 - EV  
2 - Avaliação de risco - 01/04/18 - EV  
3 - Avaliação de risco - 01/04/18 - EV

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Dr. Marcelo Gonçalves  
CRM 26.760

Relatório de Enfermagem

Evolução Clínica e Prescrição Médica

Hora

Data



<p><b>SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO</b> HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA</p> <p><b>FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR</b></p> <p>Registro Nº: 14.09.18 Data: 14.09.18 Hora: 14:00h</p>		<p>Unidade de Saúde: <b>HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA</b></p>	
<p><b>SECRETARIA DE SAÚDE</b> A mudança começa com trabalho</p> <p><b>Belô Jardim</b> Prefeitura de</p>		<p><b>PACIENTE</b></p> <p>Nome: <b>Mrs Helena do Carmo</b> Data de Nascimento: <b>19.03.38</b> Sexo: <b>F</b> Profissão: <b>Administradora</b> Endereço: <b>Rua São João, S/Nº, Bairro</b> Cidade: <b>Ubatuba</b></p>	
<p><b>RESPONSÁVEL</b></p> <p>Responsável: <b>A. meo...</b> Endereço: <b>Rua São João, S/Nº, Bairro</b> Cidade: <b>Ubatuba</b> Telefone: <b>11 3181 1111</b></p>		<p><b>OCORRÊNCIA</b></p> <p><b>NATUREZA DO ACIDENTE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causas <input type="checkbox"/> Agressão</p>	
<p><b>ATENÇÃO MÉDICA</b></p> <p>Prescrição Arterial: <b>140x50</b> Pulso: <b>48</b> Temperatura: <b>36,5</b> Peso: <b>55 kg</b></p> <p>Diagnóstico Provisorio: <b>PA: 140x50</b></p>		<p><b>EXAME - FÍSICO</b></p> <p>História da Doença Atual: <b>...</b></p>	





Responsável

96, 97, 98

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

Declaro para os devidos fins que João Carlos residente Barra do Rio esteve internado em 27.09.18 neste Hospital no período de 27.09.18 a 27.09.18 com diagnóstico de CID: Doença prontuário nº 8

**DECLARAÇÃO**

**Belo Jardim**  
Preleitura de  
A mudança começa com trabalho



ASSINATURA

Recife \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2018

IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

INTERNADO NO HR: \_\_\_\_\_

ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA: \_\_\_\_\_

FILIAÇÃO: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

REGISTRO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

ALTA/ÓBITO: \_\_\_\_\_

ADM: \_\_\_\_\_

IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_

Justificativas: \_\_\_\_\_

OBS: Informamos que a solicitação de cópia de prontuário só deverá ser liberada quando solicitada por juiz, pelo ministério público ou pelo próprio paciente com a solicitação médica. Para os demais órgãos (EX: SEGURADORAS) será emitida Ficha de Esclarecimento Médico.

Atendimento:  
Segunda a Sexta  
08:00 ao 12:00

Fone: 3181 - 5451

☐ OUTROS

☒ FICHA DE ESCLARECIMENTO

SOLICITAÇÃO DO SAME

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SECRETARIA DE SAÚDE  
PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HR

Caruaru, 14 de janeiro de 2019.  
Dr. Robson Vieira de Miranda  
CRM 10403

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.

RX DO TÓRAX

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

Centro de Imagens Municipal - CIM

CARUARU





CONTROLE DA FARMÁCIA

AO VOLTAAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA

Caruaru, 19/02/19

Médico

Dr. Antônio Weller  
CRM-E - 22438

Decisão por dent. F.V., que a paciente possui  
plano de saúde, de 4 anos, domiciliado  
em apartamento por matrícula no sistema  
PPS. Apresentação de exames em prazo controlado em  
prazo para diagnóstico de doença específica  
nesto caso a fim de especificar

Dr. Leandro

Cliente:

Prefeitura de Caruaru  
Av. Vera Cruz - 854, São Francisco - CEP: 55008-000  
Fone: 81-3701-1400 - CNPJ: 11.971.062/0001-06

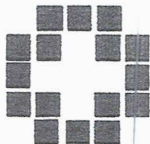
Secretaria  
de Saúde



JOSE CARLOS  
OLIVEIRA II

UNIDADE DE SAÚDE





## RESUMO DE ALTA

Nome: <u>me Helena do Carmo</u>		
Registro:	Enfermaria:	Leito:

ADMISSÃO: 01 12 18 ALTA: 08 12 18

### 1 - DIAGNÓSTICOS

Abcesso em parede torácica @

### 2 - RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA, EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

Pet admitida com história de dorso, drenado  
realizar ATB cl Toxocin, evoluiu com melhora

### 3 - PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA

1) Acompanhar na UBS

to

Medico  
CARA 17303

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO





Mano Italem no carro.

ufina afortunadamente por motocicleta  
no dia 17-09. 18; usamos pneumotomx em  
hemitomx direito, fratura em 10-11 e 12  
costela direita, fce leve.

Fez fto: drs tomx, e conservação  
de arcos costei.

A mesma relato sobre dor costal/  
dificuldade para respirar profunda.  
mialgia, dificuldade para deambular  
baixa com paracetamol. faz uso de  
pilo 500/30mg. dor de forma  
continua.

oms pto ficou com sequelas leves  
na lesão.  
Certo.

Dr. Paulo Saraiva  
MEDICO  
CRM: 22338 - PE

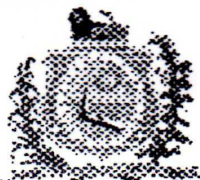
20-05-19

f 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 -  
DP104ªCIRC DINTER1/15ªDESEC



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0194000011**

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

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

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

**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 Inimãe: 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/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**Complemento / Observação**

3/1/2019 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 COM O RAI-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, ABCESSO NO PULMAO.

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

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





# 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  
Profissão: Recepcion Endereço: Rua São Vicente Ferrreira Número: \_\_\_\_\_ Complemento: 207A  
Bairro: Serra do Verde Cidade: Belo Jardim Estado: \_\_\_\_\_ CEP: 99150-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (81) 9569-0261

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

**RENDA 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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0778 CONTA: 46406 4  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
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 às 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: \_\_\_\_\_ 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.

Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

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

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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.**

