

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN

DETRAN - PE Nº 013127698762
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 352705361 RNT/C: 2017 EXERCÍCIO: 2017

EDMILSON LIMA DE OLIVEIRA

OLINDA-PE

CRT/CRU: 546.625.084-93 PLACA: PEV2889

PLACANT/LUF: 90200412008751878

PAS / MOTOR/CARTELA CONSUMÍVEL: GASOLINA

Marca/Modelo: 125 250 cc 125 250 cc

Cap/Pot/Cil: 20/125/1 CATEGORIA: PARTIC. ODR PREDOMINANTE: VERDE/AMARELA

1. COTA ÚNICA: IPVA 2017 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 10.000.000

2. PARCELAMENTO: 2.000.000

3. PRECISO TÁB. ASIO (R\$): 100.000.000 PRECISO TOTAL (R\$): 100.000.000 DATA DE PAGAMENTO: 02/02/17

SEGURO FIANCO: 100.000.000

RESERVA: 100.000.000

OLINDA 02/02/17

Assinatura: Edmilson Lima de Oliveira



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180556252

Nome do(a) Examinado(a): EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sépia, 10 - Olinda/PE - CEP 53370-270

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 3715535 - sds pe - 06/07/2011

Data e Local do Acidente : 19/09/2017 - rodovia pe 15, em frente ao terminal de olinda

Data e Local do Exame : 19/12/2018 AVENIDA PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS, 692 - OLINDA/PE - CEP 53030-010

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA EXPOSTA DE QUINTO METACARPO ESQUERDO.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

REALIZOU REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM DOIS FIOS K DE FRATURA EXPOSTA DE QUINTO METACARPO ESQUERDO. ALTA DIA 20 DE SETEMBRO DE 2017.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

HÁ LIMITAÇÃO NO MOVIMENTO DE FLEXÃO DE QUIRODACTILOS ESQUERDO EM 10%.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

HÁ LIMITAÇÃO NO MOVIMENTO DE FLEXÃO DE QUIRODACTILOS ESQUERDO EM 10%.DEMAIS MOVIMENTO PRESENTES SEM LIMITAÇÕES.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em

caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

mão esquerda

% do Dano (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

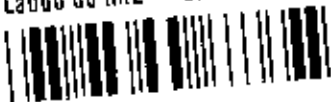
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

PACIENTE DEXTRO. Realiza todos os movimentos da mão esquerda, há limitação em 10% de flexão dos quirodactilos esquerdos.



GUSTAVO CARVALHO ROSAS CRM : 13685 / UF :PE



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



PERÍCIA TRAUMATOLOGICA Nº25052 / 2018

REQUISITADO POR: CENTRAL DE PLANTÕES DA CAPITAL

Ofício nº. 1422 / 2018 Data 5 / 7 / 2018

ENCAMINHAR PARA: DIRETORIA INTEGRADA METROPOLITANA - DIM

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 14:35 do dia 5 de Julho de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA** filho(a) de **EDSON SOARES DE OLIVEIRA** e de **RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA**, de cor Parda, sexo Masculino, cabelo Liso, estado civil Solteiro (a), apresentando a idade de 47 Anos, peso Normal, de estatura Baixa, natural de OLINDA - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 3715535, profissão VIGILANTE, endereço RUA SEPIA, nº 10, complemento: quadra d-1a, bairro OURO PRETO, telefones, (81)98436-5761, OLINDA - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periciando comparece para realização de exame traumatológico no IMLAPC (Sede). Vem acompanhado do OF. nº 1422/2018; referente ao BO 18E1174004080, da 7ª Equipe da Central de Plantões da Capital - Recife/ PE, datado de 20 de abril de 2018, assinado pelo Delegado de Polícia Dr. Paulo Roberto de Medeiros. Periciando refere ter sido vítima de acidente de trânsito, sendo condutor de motocicleta, com queda em estrada, por volta de 14:00 do dia 19/09/2017, na PE 15, em frente ao terminal da integração. Refere ter sido socorrido pelo Corpo de Bombeiros, e levado à UPA de Olinda, encaminhado a seguir ao Hospital Miguel Arraes, onde foi realizada cirurgia em mão esquerda, por fratura exposta. Periciando traz Resumo da Classificação de Risco da UPA 24h - Olinda, do dia 19/09/2017, às 15:10, por trauma em MSE, é Ficha de Atendimento (Atendimento: 1194174, Paciente: 453008), Diagnóstico: Fratura exposta Mão E; senha 5259623 para o HMA (Hospital Miguel Arraes) sem assinatura, porém tem declaração posterior com retificação, no qual consta atendimento pelo médico Edgar Lobo, CRM 4673. Também traz Resumo de Alta Hospitalar/Esclarecimento do Hospital Miguel Arraes, no qual consta: "Data de Admissão: 19/09/17; Data da Alta: 20/09/17 com diagnóstico de fratura exposta de 5º Metacarpo esquerdo", assinado pela Dra. Mariana Cavalcanti, CRM/PE 24973. Traz ainda duas radiografias identificadas com o nome do periciando, datadas de 25/10/2017, com presença de três filamentos de aço, fixadores do metacarpo fraturado.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Periciando apresenta pequena cicatriz de boa resolução, hipererômica, em face medial de mão esquerda, de aproximadamente 6 milímetros de diâmetro. Sem outras sequelas.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Periciando teve boa recuperação das lesões apresentadas.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim.

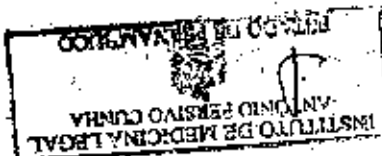
2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração da parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Sim. Em recuperação de cirurgia ortopédica da mão esquerda.

Fabio Farias Alvim -
Assistente em Gestão Pública
Matrícula nº 263.378-7

Funktionen: K. 1. J. K. 1. 2.

18/11/18
917
Pelo Ofício Nº
Estado de



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Setor do Protonôto
De acordo com a Lei nº 1.740 de 1992, esta cópia
autenticada com valor de original por autenticação
de GILLES AND LITTA DE

Pertinente responsável

[Handwritten signature]

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(a). PETER PEREIRA STAMFORD - CRM 15495.

Não.

4º) De lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função; enfermidade incurável; incapacidade permanente para o trabalho; aborto? (especificar)

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427526/18

Vítima: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

CPF: 546.625.084-87

Seguradora: ARJANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/09/2017

Titular do CPF: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA : 546.625.084-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancefa ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/11/2018
Nome: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA
CPF: 546.625.084-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

Nathalia Beatriz Braga Costa

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Edmilson Lima de Oliveira

DATA DO ACIDENTE 19/09/2018 ASSU CPM SIM () NÃO Nº CPF 546625084-87

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de Óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial (reconhecendo a união estável) (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Declaração de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Edmilson Lima de Oliveira

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador: 546625084-87
E-mail edmilsonlima@deoliveira7449@gmail.com Tel 994365764
Data 19/11/2018 Assinatura Edmilson Lima de Oliveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Agência de Seguros da Silva AC OLÍMPIA
Atendente Luciana da Silva Matrícula 19 NOV 2018
Data: 19 NOV 2018 Assinatura: Luciana da Silva

18/07/2018

DAE20WEB

DAE 20

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: quintas de segunda-feira a sábado, Ap

199-40055783-6

10/Jul/2018

HORA DE 10:33:52

Nome
IMLDescrição
ServiçoObservações
Código
RG
Quantidade

DAE20

LOT. 15.15002-6

LOCALIDADE: RECIFE

AG. VINCULADA: 1583

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CEFAZ/PE TAXA FUSP

VALOR DO PAGAMENTO: 24,46

85800000000-3 24460124020-5 53835201807-0 18049310000-2

199-40055783-6

VIA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DOCUMENTO DE ARRECAÇÃO ESTADUAL

85800000000-3 24460124020-5 53835201807-0 18049310000-2

Nome / Denominação / Razão Social IML		Documento de Identificação do Contribuinte Tipo 04 No 35786789746817	
Descrição do Serviço SERVIÇOS PRESTADOS PELA DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA / LAUDÔ PERÍCIAS EM GERAL, EM ORIGINAIS, CÓPIA AUTENTICADA OU CERTIDÃO SOLICITADA PELA PARTE ...			
Observações Código: 2018071804931 RG: 35786789746817 Quantidade: 1 DAE20 WEB	■ TFUSP - SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL	Valor do Tributo em Real	
		R\$24,46	
		Valor da Multa em Real	
			
		Valor dos Juros em Real	
.....			
Taxa de Expediente em Real			
Total a Pagar em Real		R\$24,46	
		Autenticação Mecânica Via Órgão	

DAE 20

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180556252 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º METACARPO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: #SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427526/18

Vítima: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

CPF: 546.625.084-87

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/09/2017

Titular do CPF: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA : 546.625.084-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/11/2018
Nome: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA
CPF: 546.625.084-87

EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180556252**

Vítima: **EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **19/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180556252**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13666903





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180556252

Vítima: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Edimilson Lima de Oliveira
PORTADOR(A) DO RG Nº 3715535 EXPEDIDO POR SDS-PE EM 06/07/2011 E
CPF 541625084-87 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Autônomo
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edimilson Lima de Oliveira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Autorização de pagamento



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0917 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00046747-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Olinda, 19 de Novembro de 2018

LOCAL E DATA

Edimilson Lima de Oliveira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG MARCOS FREIRE
DATA: 19/11/2018 HORA: 09:56:28
TERMINAL: 09171016 CONTROLE: 091710160125

AGÊNCIA: 0917 - MARCOS FREIRE
CONTA: 013.00046747-0
CLIENTE: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ÚLTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
DATA VALOR
07/11 6,47

MOVIMENTAÇÃO
DATA NR.DOC HISTÓRICO VALOR
SALDO ANTERIOR 6,47

Novembro

07/11	000000	REM BASICA	0,00C
07/11	000000	CRED JUROS	0,02C

RESUMO EM 16/11
SALDO 6,47C

RESUMO DO DIA
SALDO DISPONIVEL 6,47C
SALDO BLOQUEADO 0,00C
SALDO TOTAL 6,47C

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-725 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE





Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
CENTRAL DE PLANTOES DA CAPITAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E1174004080**

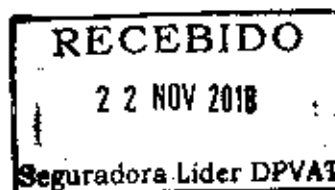
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/04/2018** às **11:21**

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/9/2017** às **14:20**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1, EM VIA PÚBLICA, FRENTE AO TERMINAL INTEGRADO DA PE-15, S/N, AV. PAN NORDESTINA - OURO PRETO, OLINDA - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

IDENTIDADE DESCONHECIDA (AUTOR \ AGENTE)
EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA (VITIMA)
VALERIA PATRICIA DOMINGUES DE MACEDO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): IDENTIDADE DESCONHECIDA
VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

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

EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: RAQUEL LOURENÇO DE LIMA Pai: EDSON SOARES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 31/12/1970 Naturalidade: OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3715635/SDS/PE (RG), 54662508487 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: MONTADOR Telefones Celulares: - 9843657861

Endereço Residencial: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 10, RUA SEPIA, QUADRA D01 Nº 10, OURO PRETO, OLINDA. - CEP: 55000-000 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

IDENTIDADE DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

VALERIA PATRICIA DOMINGUES DE MACEDO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 99848082468 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: - 9843657861

Endereço Residencial: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 10, RUA SEPIA, QUADRA D01 Nº 10, OURO PRETO, OLINDA. - CEP: 55000-000 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IDENTIDADE DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **IDENTIDADE DESCONHECIDA**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **CAMINHÃO CAÇAMBA**

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEV2889** (PERNAMBUCO/OLINDA) Renavam: **352705361** Chassi: **9C2JC4120BR751878**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **CB125 FAN**

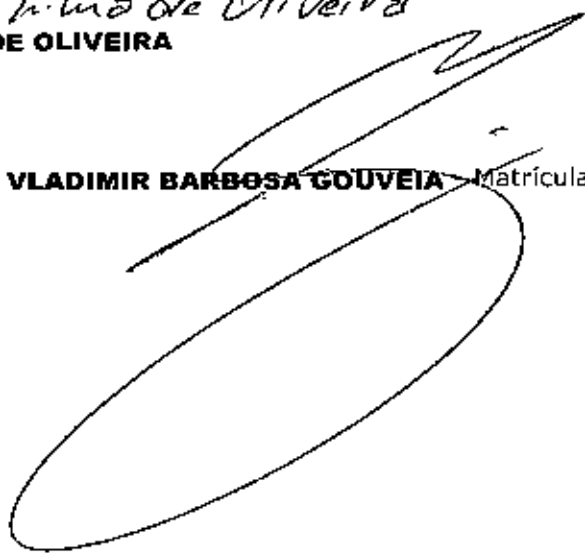
Complemento / Observação

SEGUNDO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº J - 1740/17 DA SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE DO BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA, O SR. EDMILSON LIMA DE OLIVEIRA E SUA ESPOSA - VALERIA PATRICIA DOMINGUES DE MACEDO, FORAM VÍTIMAS DE UMA ACIDENTE OCORRIDO NA PE 15, PRECISAMENTE EM VIA PÚBLICA, FRENTE AO TERMINAL INTEGRADO DA PE-15, S/N, AV. PAN NORDESTINA - OURO PRETO, OLINDA. SEGUNDO O REFERIDO BOLETIM, O VEÍCULO 01, O QUAL SEGUNDO A VÍTIMA É UM CAMINHÃO CAÇAMBA, APÓS ABALROAR O VEÍCULO 02 (MOTOCICLETA HONDA 125 FAN VERMELHA, PLACA PEV2889) EM QUE TRAFEGAVAM AS VÍTIMAS, EVADIU-SE DO LOCAL. SEGUNDO O SR. EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA, TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA PELA PE 15, SENTIDO PAULISTA, QUANDO FOI TRANCADO POR UM CAMINHÃO CAÇAMBA QUE CAUSOU SUA QUEDA E A QUEDA DE SUA ESPOSA DA REFERIDA MOTOCICLETA. APÓS O ACIDENTE O CAMINHÃO EVADIU-SE DO LOCAL DO FATO, SENDO AS VÍTIMAS REMOVIDAS PELO RESGATE DOS BOMBEIROS (AR 634), COMANDADA PELO SGT GEORGE (MAT. 798.136-8), PARA A UPA DA PE 15 E POSTERIORMENTE TRANSFERIDOS PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES. QUANDO A MOTOCICLETA, A MESMA TEVE AS SEGUINTE AVARIAS: QUEBRA DA RABETA, RETROVISOR ESQUERDO, PÁRA-LAMAS DIANTEIRO, EMPENAMENTO DO GUDÃO E APOIADORES. O SR. EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA APRESENTA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DA UPA DA 15 E DO HOSPITAL MIGUEL ARRAES QUE ATESTAM TRAUMATISMO ORTOPÉDICO COM FRATURA EXPOSTA DO 5º METACARPO ESQUERDO MAIS ESCORIAÇÕES; ENQUANTO SUA ESPOSA A SRA. VALERIA PATRICIA APRESENTA ESCORIAÇÕES NA FACE. O SR. EDIMILSON LIMA SERÁ ENCAMINHADO AO IML PARA EXAME.

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

Edimilson Lima de Oliveira
EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **VLADIMIR BARBOSA GOUVEIA** Matrícula: **221335-4**



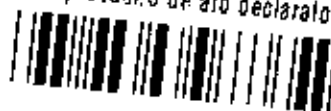


SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

BTO

CERTIDÃO

Comprovação de ato declaratório



Certidão nº 2018APH001630 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). EDILMISON LIMA DE OLIVEIRA, 47 anos, BRASILEIRO (a), SOLTEIRO(a), RG nº 3715535 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 546.625.084-87, residente à RUA SEPIA, nº 10, QD D 1A, OURO PRETO, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 19/09/2017, por volta das 14:16 hs, no endereço: RODOVIA PE 15, S/N, TABAJARA OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo CAMINHAO M.BENZ/ATRON 2324 VERMELHA PGV538J-PE ; MOTOCICLETA FAN VERMELHA PEV2889-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) EDILMISON LIMA DE OLIVEIRA, inscrito sob o CPF nº 546.625.084-87 e Registro Geral nº 3715535, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798136-8 GEORGE BARBOSA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº XX. Ficou aos cuidados do médico EDGAR LOBO, registro 4673. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 19/11/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site
<http://www.cbm-pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH001630

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000000046747-0

Nr. da Autenticação 7445F0A9677DE6A9



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIAS DAS CIDADES
SECRETARIA DA FAZENDA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO

Boleto de Pagamento de Licenciamento 2018
Veículos Usados



EDMILSON LIMA DE OLIVEIRA

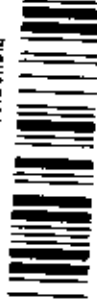
RUA SEPIA 10

QD D1A

OURO PRETO

53370-270 OLINDA PE

Comprovante de residência



PEV2889

HONDA/CG 125 FAN ES

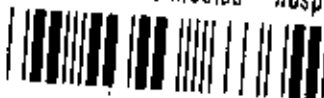
Carta

991232248 - ORJPE/PE
DETRAN-PE

CORREIOS

Data Postagem
25/01/2018

Pernambuco

**UPA24h**
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA



Atendimento: 1194175

Senha de Classificação:

0301

Data e Hora: 19/09/2017 16:17

Paciente: 411253 VALERIA PATRICIA DOMINGOS DE MACEI Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 06/09/1974 Idade: 43 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: INES VIEIRA DE MACEDO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: SEPIA

-- A

10

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53370270

Usuário Atendimento: DANIELEMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 88722024

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Dor no abdômen CI
Dor no abdômen, MG e MIC

Exame Físico

G.S.G. 15.
C.C. 17. F.A. 100.
R.A. 15. C.M.I.

Hipótese Diagnóstico

Re. En.

Data Terapêutica

A 20/09/17 16:45

Prescrição Médica

C.C. 17. F.A. 100.

19/09/17 - 17:35

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório

Transferido:

Para:

SFO. 9% - 200ul

Senha:

Tramadol 50mg 02ks

Reavaliar

Carimbo/Médico



1194175

ATENÇÃO

CREMEPE

19-20 Pa permit a dor em LMB

CS-1) Guamutadora e Ant 4 5

1) Morpus 10 24 + 10 me AD → Fora 5 me AD

3) esta não consegue deambular e

seu estado atual - ou este seu estado de

Ortopedia

Art do cu (11 de unidades pr o as

que nas em o caso de fora (Abdomen)

19-20 Pa per mit a dor em LMB

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA

CEMIL
HOSPITALAR

Atendimento: 1194199

Senha da Classificação:

0310

Data e Hora: 19/09/2017 15:55

Paciente: 411253 VALERIA PATRICIA DOMINGOS DE MACEI Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 06/09/1974 Idade: 43 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: INES VIEIRA DE MACEDO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: SEPIA

-- A 10

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE Cep: 53370270

Usuário Atendimento: ALESSANDRACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

Fone: 88722024

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Dores no joelho

Exame Físico

PA 120/80 - FC 70

Sem edema

Hipótese Diagnóstico

*Artrose de joelho
Intolerância física*

Conduta Terapêutica

PA 120/80

Prescrição Médica

*Paracetamol 500mg
- 1 comprimido 3x ao dia
- 16:45*

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico



1194199

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/09/2017 15:10

Nome Paciente: VALERIA PATRICIA DOMINGOS DE MACEDO
Cód. Paciente: 411253
Data de Nascimento: 06/09/1974
Sexo: Feminino
Idade: 43
Senha: 0301
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 19/09/2017 15:15 - 19/09/2017 15:16

JULIANA TAVARES LINS - COREN: 312392 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAZIDO PELO BM VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM ESCORIAÇÃO NA FACE, NG VÔMITOS, NG DESMAIO

Observação:

ALERGIA -
HAS+
DM-
USIATT

Fl.ograma sintoma:

T.C.E

Discriminador(es):

- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE.

Especialidade:

CLINICA GERAL

Acolhido(a) por: JULIANA TAVARES LINS - COREN: 312392 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/09/2017 15:16

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/09/2017 15:53



Nome Paciente: VALERIA PATRICIA DOMINGOS DE MACEDO
Cód. Paciente: 411253
Data de Nascimento: 06/09/1974
Sexo: Feminino
Idade: 43
Senha: 0310
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 19/09/2017 15:54 - 19/09/2017 15:55

ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDA PELOS BOMBEIROS
AVALIADA PELO CLINICO QUE SOLICITA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Observação:

ALERGIA -
HAS-
DM-

Fluxograma sintoma:

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es):

- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/09/2017 15:55

Olinda, 27 de Novembro de 2017.

DECLARAÇÃO

Declaramos que na ficha do atendimento nº1194174, onde se lê o nome do paciente EDMILSON LIMA, leia-se **EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA**. Informamos que houve uma falha na hora do cadastramento do paciente, mas que seus dados foram retificados mediante a apresentação do CHN: 04524929162.

O paciente foi atendido pelo médico Edgar Lobo CRM: 4673.

Atenciosamente,

UPA - OLINDA
Milena Moura
Coordenadora Geral



FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES
IMIP HOSPITALAR

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/09/2017 15:10

	Nome Paciente:	EDMILSON LIMA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	
	Sexo:	Masculino
	Idade:	46
	Senha:	0300
	Convênio:	
Atendimento:		
SAME:		

Período: 19/09/2017 15:12 - 19/09/2017 15:13

ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	URGÊNCIA AMARELO
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	TRAZIDO PELOS BOMBEIROS TRAUMA EM MSE
Observação:	NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA HAS- DM-
Exatograma sintoma:	SITUAÇÕES ESPECIAIS
Discriminador(es):	- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/09/2017 15:13

Atendimento: 1194174

Data e Hora: 19/09/2017 15:16

Senha da Classificação:

0300

Paciente: 453008 EDMILSON LIMA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 31/12/1970 Idade: 48 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: SERPIA

10

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53370321

Usuário Atendimento: ALESSANDRACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 97453190

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Doença da mão E.

Exame Físico

do 2.º punho no mto E.

ES de punho

Hipótese Diagnóstica

Fratura do punho mto E.

Conduta Terapêutica

pl. est. mto E.

Prescrição Médica

*ant. 2.º punho. =
faca, gesso de punho mto E.
englobando 2.º, 3.º, 4.º e 5.º dígitos*

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

STENAA 1259623

Senha:

Carimbo/Médico

IMOBILIZAÇÃO



1194174



GOV. MIGUEL ARRAS



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Edmilson Lima REG: 103469
IDADE: 46 ANOS SEXO: MASC DATA DA ADMISSÃO 19/09/17 DATA DA ALTA 20/09/17
DIAGNÓSTICO: Fratura exposta de 5º metacarpo esquerdo

TRATAMENTO REALIZADO:

19/09/17 - Redução e fixação com 02 fios K

ORIENTAÇÃO:

- 1- Tomar medicações como prescritas (Cefalexina por 14 dias)
- 2- Manter braço até retorno ambulatorial
- 3- Retorno ambulatorial com 7 dias
- 4- mover ombro e cotovelo.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO ☒ SIM ☐ NÃO ()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

Mariana Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRMPE 24973

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 39885	REGISTRO: 107469	6 - Nº Prontuário	
PACIENTE: EDMILSON LIMA DE OLIVEIRA		107469	
NASCIMENTO: 21/12/1970	IDADE: 48	10 - RacaCor	10.1 - Etna
MÃE: RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA	354211578	04 - Amarela	0000 - Não Se Aplica
PAI: EDSON SOARES DE OLIVEIRA		12 - Telefone de Contato	8196882202
ENDEREÇO: RUA SEPIA	nº: 10	14 - Telefone de Contato	
Bairro: OURO PRETO			
CIDADE: OLINDA			

15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
RUA SEPIA, 10 - OURO PRETO	260960	PE	53370270
16 - Município			
OLINDA			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 6 HORAS, APRESENTANDO DOR + FERIMENTO EM MÃO ESQUERDA

21 - Condições que justificam a internação
TRATAMENTO CIRURGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
EXAME FISICO E RADIOLOGICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA EXPOSTA DO SMTC ESQ	S623	W199 V29.9	04.08.02.0377

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	0415040035		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRURGICA	2	00 CNS () CPF	980016001207304
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)	
FABIO NEUMANN KAUFFMAN	19/09/2017	LUIZ TEIXEIRA NEVES CRM-PE 1785	14368

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **396085**

Usuário: JULIANAPP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: ATENDIMENTO: 396085	REGISTRO: 107469	SAME: 95181	Prontuário: 107469
Idade: PACIENTE: EDILSON LIMA DE OLIVEIRA			Data de Nascimento: 31/12/1970
Profiss: NASCIMENTO: 31/12/1970	IDADE: 40	SEXO: MASCULINO	
R.G.: MÃE: RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA			CEP: 53370270
Ender: PAL: EDSON SOARES DE OLIVEIRA			- OLINDA - PE
ENDEREÇO: RUA SEPIA			
BAIRRO: OURO PRETO			
Origem: CIDADE: OLINDA			
Convênio: INTERMEDIAR			
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-33			
Médico Internação: FABIO NEUMANN KAUFFMAN			

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: 22/09/17	R.G.:	C.P.F.:
Endereço: CLAUDEVAN SOARES	Numero:	
Telefone: 22/09/17	Cidade:	Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 20 / 09 / 17	Hora da Alta: 10 : 00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão	
Condições de Alta: BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS	
Diagnóstico Principal.....: Fra. torn. exposta de 5º metacarpo (E)	
Diagnóstico Secundário01.: _____	
Diagnóstico Secundário02.: _____	
Procedimento.....: Redução + fixação com fio K	
	Mariana Cavalcanti Ortopedista e Traumatologista Médica Residente CRM-PE 24973 Médico e CRM:
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Edilson

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 396079 Prontuário: 107469 SAME: 95181

Hora Atend: 20:15 Data Atend: 19/09/2017

Pacient: ATENDIMENTO: 396079 REGISTRO: 107469 **SAME: 95181**

Idade: 46 a

Endere: PACIENTE..... EDIMSON LIMA DE OLIVEIRA

Bairro... NASCIMENTO... 31/12/1973 CIDADE: 46 SEXO: MASCULINO

Cidade... MÃE..... RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA

Convên: PAI..... EDSON SOARES DE OLIVEIRA

CID Prim: ENDEREÇO..... RUA SEPIA nº: 10

CID's Secund: BAIRRO..... OURO PRETO

Resulta*: CIDADE R.S.: OLINDA

Data Saída..... : 19/09/2017

Hora Saída : 22:14

Prestador da Evolução Médica:

FABIO NEUMANN KAUFFMAN

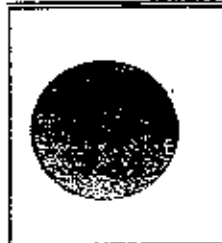
FABIO NEUMANN KAUFFMAN / 14368
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/09/2017 20:10



Nome P: **EDMILSON LIMA DE OLIVEIRA** **SAME: 95181**
 Cód. Pac: **31/12/1970**
 Data de Nascimento: **31/12/1970** IDADE: 46 SEXO: MASCULINO
 Sexo: **MASCULINO**
 Idade: **46**
 Senha: **5259623**
 Convênio: **OLINDA**
 Atendimento: **336175**
 SAME: **95181**

Período: 19/09/2017 20:43 - 19/09/2017 20:45

KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal:

DOR, FERIMENTO EM MSE APÓS QUEDA DE MOTO HÁ 6 HORAS
 NEGA PERDA DE CONSCIENCIA E VÔMITOS
 NEGA HAS, DM E ALERGIAS

Observação:

ENCAMINHADA DA UPA OLINDA COM SENHA 5259623

Eletrograma sintoma:

TRAUMA

Eliminador(es):

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

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 79.00 BPM
 - P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
 - P.A. DISTOLICA: 70.00 MMHG
 - SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

REVISADO
 NEPI-4MA

Acolhido(a) por: KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/09/2017 20:45



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 396079

Senha da Classificação:

0033

Data e Hora: 19/09/2017 20:15

Paciente: ATENDIMENTO: 396079 REGISTRO: 107489 **SAME: 95181** Sexo: MASCULINO
 Nome Social: PACIENTE: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA
 Data do Nascimento: 22/12/1970 IDADE: 46 SEXO: MASCULINO SUS - EXTERNO / URGENCIA
 Nome da Mãe: EDSON SOARES DE OLIVEIRA
 Estado Civil: RUA SEPÁ Nome do Médico: CRATO CRM: 12346
 Endereço: CIDADE: OURO PRETO Bairro: OURO PRETO
 Cidade/UF: OLINDA PE Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 21:30

Queixa Principal

DOR + FURUNCULO CORDEIRO EM MÃO E COTOVELO
 (E) APÓS LERNA DO MOTO NA O6 HORAS

Exame Físico

GLOR. CONSCIENTE, ORIENTADO
 MSE: DOR + FURUNCULO EM MÃO E COTOVELO (E)

Hipótese Diagnóstico

FRATUM EXPOSTA 5º MTC (E)

Prescrição Médica

(1) FURUNCULO

Assinatura e Carimbo/Médico

Luiz José de Melo
 ORTOPEDIA
 CRM: 12345

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

Protocolo de Encaminhamento

H.M.A.

TIPO DE OCORRÊNCIA		SENHA <u>5259 623</u>
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()		
IDENTIFICAÇÃO		
Nome do Paciente: <u>MR. RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA</u> 1184174	Idade: <u>46</u>	
Sexo: M () F ()	Fone: _____	
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____	
Cidade: <u>Olinda</u>		
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)		
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta () Atropelamento: Pedestre () Ciclista () Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S() N() Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N() Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento () Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____ Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico () Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau () Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____ Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____ Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento		
CAUSAS CLÍNICAS		
História Clínica Atual: <u>Acidente de trânsito (moto)</u>		
Hipótese Diagnóstica: <u>Fratura exposta mão E.</u>		
AValiação Clínica		
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N() Sibilos Expiratórios: S() N() BAN: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/Estridor: S() N() Distúrbio Fala/Choro: S() N() Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N() Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas () Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino () Colocação da Pele: Normocrada () Palidez () Cianose () Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()		
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100	

EXAME NEUROLÓGICO

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

Escala de Coma de Glasgow (ECG):

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midriase () Miose ()

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

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade _____
FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()
RX: S () N () Analgesia: S () N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Condutas: _____
Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA**CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**

Hospital para onde foi encaminhado: _____
Médico Regulador: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Local e data

Médico Assistente

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

Página: 0001

Data: 19/09/2017

Hora: 23:23

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 45228

Sala: 0002

SALA 02

Paciente: 10746

Convênio Atend.: 1

Leito: 709

Dt. Início: 19/09/

Cid Pré-Operatório:

Cid Pós-Operatório:

ATENDIMENTO: 400807 REGISTRO: 107469

SAME:95181

Atendimento: 396085

Carteira:

Idade: 46 Anos 19 Dias 23 Horas

PACIENTE: EDMILSON LIMA DE OLIVEIRA

NASCIMENTO: 31/12/1970 IDADE: 46

SEXO: MASCULINO

MÃE: RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA

PAI: EDSON SOARES DE OLIVEIRA

ENDEREÇO: RUA SEPIA

nº: 10

BARRIO: OURO PRETO

CIDADE: OLINDA

Procedimento: 0408020210

REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DOS METACARPÍANOS (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 74

BLOQUEIO DE NERVOS DE MMSS

Equipe Médica

CIRURGIÃO

14368 FABIO NEUMANN KAUFFMAN

Descrição**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE QUINTO METACARPO ESQUERDO

CIRURGIA: REDUÇÃO + FIXAÇÃO

CIRURGIÃO: DR FABIO KAUFFMAN

1º AUXÍLIO: DR FRANCISCO

ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO E

DESCRIÇÃO CIRURGICA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF0,9%
5. REDUÇÃO DA FRATURA
6. FIXAÇÃO CO 02 FIOS DE K
7. LIMPEZA COM SF 0,9%;
8. SUTURA COM NYLON 3.0
9. CURATIVO;

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**FATURADO
22/09/17
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTADR(A): FABIO NEUMANN KAUFFMAN
CRM: 14368



ATENDIMENTO: 400807 REGISTRO: 107468 SAME: 95181
PACIENTE: EDMILSON LIMA DE OLIVEIRA
NASCIMENTO: 31/12/1970 IDADE: 46 SEXO: MASCULINO CA
MÃE: RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA
PAI: EDSON SOARES DE OLIVEIRA
ENDEREÇO: RUA SEPIA nº: 10
BAIRRO: DURO PRETO
CIDADE: OLINDA

REG: 107468
LEITO:

DATA/HORA	#NOTA DE ADMISSÃO#
19/09/17	VITIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ +/- 6 HORAS
22H	APRESENTANDO FERIMENTO EM MÃO E
	COTOVELO ESQUERDO
	AP: NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
	EF: EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO
	MSE: FERIMENTO CONTUSO EM MÃO ESQ
	E COTOVELO
	NV OK
	HD: FRATURA EXPOSTA DO 5MTC ESQ
	CD: AO BLOCO
20/09/17	#SOT#
7h	#MD: 1º DPO da redução + fixação com fios K por fratura
	exposta da 5ª metacarpo esquerdo
	Em uso: cefazolina (DA=19/09)
	Paciente segue estável, sem queixas no momento.
	Ao exame: EGB, consciente, orientado, hidratado, eufórico,
	afebril, corado.
	PO: occlusão por tala.
	#CD: Alta hospitalar com retorno ambulatorial pr.

orientação de Dr. Sumitane Brito

Mariana Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM-PE 24973



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



MIGUEL ARRÃES



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE CLÍNICA

ATENDIMENTO: 400807 REGISTRO: 107489

SAME: 95181 / ESCLARECIMENTO

PACIENTE: EDMILSON LIMA DE OLIVEIRA

NASCIMENTO: 31/12/1970

IDADE: 46

SEXO: MASCULINO

MÃE: RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA

PAI: EDSON SOARES DE OLIVEIRA

ENDEREÇO: RUA SEPIA

nº: 10

BAIRRO: OURO PRETO

CIDADE: OLINDA

REG: 107489

IDADE: 46 ANOS SEXO: MASC DATA DA ADMISSÃO 14/09/12 DATA DA ALTA 20/09/12

DIAGNÓSTICO: Fratura exposta de 5ª metacarpo esquerda

TRATAMENTO REALIZADO:

19/09/12 - Redução e fixação com 01 placa e

ORIENTAÇÃO:

- 1- Tomar medicações como prescritas (repouso por 15 dias)
- 2- Manter alta ali retidos articular
- 3- Retorno ambulatório com 7 dias
- 4- Manter membro e coberto

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (X) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Mariana Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM-PE 24973

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS

Atendimento: 395085

Dt Atendimento: 19/09/2017 - 22:16

Dt Alta: 20/09/2017 - 10:00

Paciente: 107489

ATENDIMENTO: 486807 REGISTRO: 107489

SAME: 95181

Serviço: 37 PACIENTE: EDILSON LIMA DE OLIVEIRA
NASCIMENTO: 31/12/1970 IDADE: 46 SEXO: MASCULINO - INTERNACAO
MÃE: RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA
Leito: 709 PAZ: EDSON SOARES DE OLIVEIRA Nº 10
ENDEREÇO: RUA SEPIA
Motivo Alta: 1 BAIRRO: OURO PRETO
CIDADE: OLINDA

CID:

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

Observação de Alta

MONICA BARBOSA DOS SANTOS LIMA

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Data da Consulta

[illegible]

Data da Consulta

[illegible]

IMUNIZAÇÃO

Doses	1 ^a	2 ^a	3 ^a	Ref.	Ref.	Ref.
BCG						
DDPT						
OPV						
VAV						
VAS						
PPD						
Tx.Dif.						
Tx.Tef.						
Tx.TD.						
VAR						

Observações:

DATA DE REGRESSO A TRIAGEM ECONÔMICA

[illegible]

HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



ATENDIMENTO: ~~100%~~

REGISTRO: 107468

PACIENTE,.....: EDMILSON LIMA DE OLIVEIRA

NASCIMENTO: 31/12/1970 IDADE: 48

SEXO: MASCULINO

INÃE.....: RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA

ENDEREÇO.....: RUA SEPIA, NÚMERO: 10

BAIRRO.....: OURO PRETO

CIDADE.....: OLINDA

20 / Setembro / de 20 17

Data

A

B

C

D

E

Obs. O Doente só será atendido no dia marcado para consulta mediante a apresentação deste cartão

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADOS UNIDOS DO BRASIL

CA. 3.63




Edimilson Lima de Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.715.535 DATA DE EXPIRAÇÃO 06/07/2011

NOME << EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA >>

FILIAÇÃO << EDSON SOARES DE OLIVEIRA >>
<< RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA >>

NACIONALIDADE OLINDA - PE DATA DE NASCIMENTO 31/12/1970

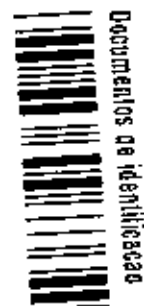
USUÁRIO << CN.82077 L.91 F.281V CART.OLINDA-PE 30.09.1987 >>

CNP 546.625.084-87 IRS/PASEP 1226211354-1

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 28/09/83

F-44 41.098 - 4431



MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
546.625.084-87

Nome
EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

Nascimento
31/12/1970

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PRIMEIRA PLASTIFICADA

761370776



VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL

761370776



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
COORDENADORIA NACIONAL DE HABITAGEM
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAGEM

ESTADO DE CATYRIA

COLOCAÇÃO EM CATYRIA

215535 808 92

CE - DOMINICANO

EST. 120. 854. 82 35/12/1970

RAÇA

BRUNO SOLTEIRO DE

CATYRIA

MAQUIL 1200 DE

CATYRIA

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008

12/12/2008