



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 15:22:14
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032815221467200000042458859>
Número do documento: 19032815221467200000042458859

Num. 43097212 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 15:22:14
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032815221467200000042458859>
Número do documento: 19032815221467200000042458859

Num. 43097212 - Pág. 2

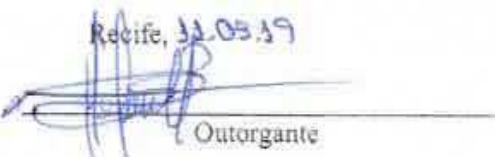
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: *Helmiton Barbosa de Carvalho Junior, brasileiro, solteiro, advogado, autônomo, RG: Q.577.597 SOS/PE e CPF: 076.639.684-58, residente na Rua Barbosa Jaim, 154, Sgranavau / PE. CEP: 53610-913*

OUTORGADO: **PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Bon Vista CEP 50070-030, Recife/PE.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retrô Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juiz, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 31.03.19


Outorgante



DECLARAÇÃO

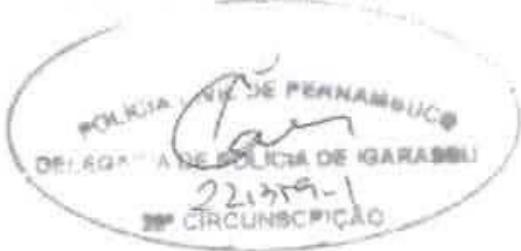
DECLARO, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, e os prejuízos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade,
presente, sob as penas da lei.

Recife (PE) 11 de maio de 2019

α ~~is not a~~





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 029ª CIRCUNSCRIÇÃO - IGARASSU - DP29ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 17 E0119003213

Ocorrência registrada neste unidade policial no dia 16/11/2017 às 11:14

Complemento o BO Número: 16E0119003369

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VITIMA - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 18/12/2016 às 15:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE IGARASSU, 1, ROD. PE 014 / ESTRADA DE MANGUE SECO, CRUZ DE REBOUCAS, IGARASSU-PE - Bairro: CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL
- Ponto de Referência: PRÓXIMO A ENTRADA DE CUEIRAS
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR) AGENTE
ELIELSON JOSÉ DO NASCIMENTO (OUTRO)
HELMITON BARBOSA DE CARVALHO JUNIOR (VITIMA)

Outro(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s) Sr(a): HELMITON BARBOSA DE CARVALHO JUNIOR
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s) Sr(a): DESCONHECIDO

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

HELMITON BARBOSA DE CARVALHO JUNIOR (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE FÁTIMA ALQUERQUE DE CARVALHO Pai: HELMITON BARBOSA DE CARVALHO Data de Nascimento: 15/1/1988 Naturalidade: IGARASSU / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ELIELSON JOSÉ DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ELIELSON JOSÉ DO NASCIMENTO, que estava em posse do(a) Sr(a): HELMITON BARBOSA DE CARVALHO JUNIOR
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/FIAT/PUNTO Objeto apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PPF7335 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Placa emitida: 457589615 Chassi: BBD116181C1202630
Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012 Combustível: ALCO/GASOL
Descrição: FIAT PUNTO COR BRANCA DE PLACAS PPF7335

16/11/2017 11:13



Protocolo de Ocorrência

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

Cor/Cor/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/VW/KOMBI Objeto apreendido: Não

Cor: BRANCA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KLO5803 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano/Fabricação/Modelo: 2000/2000

Complemento / Observação

ALIEGA O SENHOR HELMINTON BARBOSA DE CARVALHO JUNIOR, QUE VINHA CONDUZINDO O VEICULO FIAT/PUNTO DE PLACAS: FFI-725, QUANDO COLIDIU DE FREnte COM O VEICULO KOMBI PLACA KLO-5803, NA ESTRADA DE MANGUE SECO, VINDO A QUEBRAR FAROS, PARA-CHOQUE, CAPÔ, PARALAMAS, PARA-BRISA, EMPENANDO A COLUNA DO LADO ESQUERDO, SENDO ELE SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS PARA UPA DE CRUZ DE REBOUÇAS E LOGO EM SEGUINTE PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, ONDE FOI ATENDIDO E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO COM FRATURA NO OSSO DA FACE. DIANTE EXPOSTO REGISTROU ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA. SOLICITA PROVIDÊNCIAS QUE O CASO REQUER.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(na) esta unidade policial

B.O. registrado por: CARLOS ALEXANDRE MADUREIRA MAT. 221.359-1 - Matrícula: 221.359-1 



16/11/2017 1



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão n° 2017APH000358 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). HELMITON BARBOSA DE CARVALHO, 29 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 6577597 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 076.632.684-58, residente à RUA BARBOSA LIMA , nº 154, , CENTRO, IGARASSU-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 18/12/2016, por volta das 16:54 hs, no endereço: ESTRADA DE MANGUE SECO, S/N, MANGUE SECO IGARASSU-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo CAMIONETA KOMBLIDE COR BRANCA E PLACA:KLO5803-PE, AUTOMÓVEL PUNTO,COR BRANCA E PLACA:PFI7235-PE., no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) HELMITON BARBOSA DE CARVALHO JUNIOR, inscrito sob o CPF nº 076.632.684-58 e Registro Geral nº 6577597, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 798257-7 ROGÉRIO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 97590. Ficou nos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 14/06/2017

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.br>, consultar protocolo nº 2017APH000358

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 18/12/2016 17:48

	Nome Paciente: Cód. Paciente: Data de Nascimento: Sexo: Idade: Senha: Convênio: Atendimento: SAME:	ATENDIMENTO: 357125 REGISTRO: 97699 SAME: 87067 PACIENTE: HELMINTON BARBOSA DE CARVALHO JUNIOR NASCIMENTO: 15/1/1988 IDADE: 28 SEXO: MASCULINO MÃE: MARIA DE FÁTIMA ALBUQUERQUE CARVALHO PAI: HELMINTON BARBOSA DE CARVALHO ENDERECO: RUA BARBOSA LIMA nº: 154 BAIRRO: CENTRO CIDADE: IGARASSU
---	--	--

Período: 18/12/2016 18:08 - 18/12/2016 18:08

ELISANDRA CELY BASILIO GUALBERTO - COREN: 343136 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cot:

Querer Principal

EMERGENCIA VERMELHO

VERMELHO

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO CARRO X KOMBI. DEU ENTRADA PELA SALA VERMELHA COM O SAMU.

Principais sintomas:

Tratamento(s):

Impedimento(s):

**REVIS. DU
NEPI - HMA**

*FATURADO
26/12/16
F. M. L. V. L. V. Q. S.*

Acolhido(a) por: ELISANDRA CELY BASILIO GUALBERTO - COREN: 343136 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/12/2016 18:08

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 15:22:14

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032815221467200000042458859>

Número do documento: 19032815221467200000042458859

Num. 43097212 - Pág. 8

Atendimento: 357535
Data e Hora: 18/12/2016 17:53

Senha da Classificação:

0020

Paciente: 97590 ATENDIMENTO: 357535 REGISTRO: 97590 SAME: 87067
Data do Nascimento: Nascimento: 15/11/1988 Idade: 30 Sexo: MASCULINO
Nome da Mãe: MARI MÃE: MARIA DE FATIMA ALBUQUERQUE CARVALHO
Estado Civil: SOLTEIRO
Endereço: RUA BARBOSA LIMA N°: 154
Bairro: CENTRO
Cidade/UF: IGARASSU Cidade: IGARASSU

CULINO
S- EXTERNO / URGENCIA
ARBOSA DE CARVALHO
CRM: 12345
Bairro: CENTRO
ANDREIAKMS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA
Observação:

Nº Documento Estrangeiro:

Teste _____

Altura _____

Temperatura: _____

Hora: _____

RESUMO DE TRATAMENTO

Sintoma Principal:

DOENÇA VÍTIA DE GUSTO CAVO - DANO HÁ 40H/N.
RELATO DE USO DE CINTO DE SEGURANÇA

Exame Físico

A. VAS. MÉDIO. PULSOS
B. MUS. EM ALTO. SVA
C. PUL. EM 77. ANGUS. FR: 16/16
D. EFG. 12/12. RITMO: RITMO. SISTOLAS E DISSISTOLAS
PUL. PIANO. DEPRESSÃO, INFERIOR A PALPEBRA

Histórico Diagnóstico:

GUARAVINA
TLE

Prescrição Médica

ONJUTO TC MÁNIO, COM 4K + ABD



Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: Encaminhado ao Ambulatório Residência Senha: _____
 Transferido: Para _____
 Encaminhado ao setor de Internação



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: ATENDIMENTO: 347525 REGISTRO: 57590 **SAME:87067** Atend: 17:53 Data Atend: 18/12/2016
Paciente.....: PACIENTE: HELMINTON BARBOSA DE CARVALHO JUNIOR Idade: 28 a
Endereço.....: NASCIMENTO: 15/11/1988 IDADE: 28 SEXO: MASCULINO
Bairro.....: MÃE: MARIA DE FÁTIMA ALBUQUERQUE CARVALHO
Cidade.....: PAI: HELMINTON BARBOSA DE CARVALHO UF.: PE CEP: 53610213
Convênio.....: ENDEREÇO: RUA BARAOEA LIMA N°: 154 Ano.: PLANO UNICO
CID Principal.....: BAIRRO: CENTRO
CID's Secundários.: CIDADE: IGARASSU
Resultado.....: TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE HOSPITALAR
Data Saída.....: 18/12/2016 Hora Saída: 20:30

Prestador da Evolução Médica: **PLANTONISTA ORTOPEDIA**

DIAGNOSTICO

HR

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALÉNCAR



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 15:22:14
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032815221467200000042458859>
Número do documento: 19032815221467200000042458859

Num. 43097212 - Pág. 10



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

ESTEQUETA

Ficha de Atendimento

Documento do Registro

744131		Data e Hora de Atendimento: 18/12/2016 21:27	Local de Entrada EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual
Placa	1571183	Paciente: EMILTON BARBOSA DE CARVALHO JUNIOR SG	
De nascimento	15/01/1988	Idade: 28a 11m 4d	Sexo: MASCULINO
Estado Civil	SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante:
Data expedição		Mãe: MARIA DE FATIMA RIBEIRO DE ALBUQUERQUE	
		Pai: EMILTON BARBOSA DE CARVALHO	Cartão SUS: 898002341551647
Endereço: RUA BARBOSA LIMA CENTRO CEP: 58010-000		Número: 164 Complemento:	
		UF: PE	Telefone: 988340616

Visão de planejamento: ENCAMINHAMENTO NEURO CIRÚRGICO

HOSPITAL MIGUEL ABRAES

Intervenções do Serviço Social:

Informações do serviço social:	Fones:	Assistente Social
Informação de nome:		
Informação de endereço:		
Instrumentos:	<input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reda de Apoio <input checked="" type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons.Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Pùblico <input type="checkbox"/>	
Assistente Social:		

The Journal of Clinical

Clinica: *Urgente* que es una *emergencia* en *ambulancia* no se
puede *esperar* a que *llegue* el *ambulanciero* para *atender*

Atendimentos Médicos									
Teve Comorbidade:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Episódio Emérgico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/>
Atende em Transito:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Tipo:						
Lesão Cervical:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Transporte realizado Por:						
			<input checked="" type="checkbox"/> Sofreu Queda						
			<input type="checkbox"/> Não						
			<input checked="" type="checkbox"/> Altura						

1. Sí No No se aplica No No se aplica

10

1044 *Wu et al.*

PA	X	mm	Pulso	bpm



AutORIZAÇÃO para Alta / Internamento / Transferência: **15/04/2016** Data: **13:00** Hora:

Assunção de responsabilidade para internamento: _____, paciente hospitalar ou não hospitalar, internamente e autorizo a realização de tratamento, clínicos

As novas regras visam garantir que os pacientes permaneçam no hospital e tenham acesso a todos os recursos necessários.

Nome completo: _____
Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alto a pedido:

Peço-lhe desculpa-me pela imediata retirada do paciente neste hospitalio, bem como tenho absoluto conhecimento

Номер сопроводительного документа: _____

Date a More Innovative Association 18-Dec-16

DATA E HORA IMPRESSA: **10/05/2024**

19. *Leucosia* *leucostoma* (Fabricius) *leucostoma* (Fabricius) *leucostoma* (Fabricius)

www.omegahub.com

negative subjects (diseased).

Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 15:22:14

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032815221467200000042458859>





RECEITUÁRIO

Pavato, Elvino da Cunha de Carvalho
Lm: 25cm, ex. borda de alto a
baixo x lado, sem grau de comadurice,
hipo 124. Reologia 76 de crn
- folha de 3gante e obstru.
Zogas 14, ex lado, dentes
de molar de dentes.

Elvino Carvalho BCF x ECL
HR Sala 5065287.

18/02/16

Dr. Dálio Vasconcelos
Cirúrgico & Endovascular
CRM-PE 18.126

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Número da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

18/12/2016 21:20

Nome Paciente:	ELMITON BARBOSA DE CARVALHO
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	Masculino
Idade:	28
Senha:	U0043
Convenio:	-
Atendimento:	

18/12/2016 21:20 - ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

AMARELO - URGENTE

AMARELO

Princípio: PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO/CARRO HA CERCA DE 5 H NEGA PERDA DE CONSCIENCIA E APRESENTA FRATURA DE ZIGOMATICO D EVIDENCIADO POR TAC
Univacão: COM SENHA
Programa sintoma: PROBLEMAS EM FACE
Desmolidor(es): - DEFORMIDADE GROSSEIRA?
Especialidade: BUCOMAXILOFACIAL
Referência:
Vitais Lidos: - TEMPERATURA(C): 36.00 °C
- ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 7
- REGUA DE DOR: 0

18-12-16 Neurocirurgia 4.25 L
TCC leve - trauma de face

WT: suspeita: ET 4.15, para cirurgia
na orbita facial.
CO: o tipo hospitalar
com orientação:

Assinatura: 19032815221467200000042458859
Data: 18/12/2016 21:20

Acolhido(a) por: ANGELA MARIA OLEGARIO

Data: 18/12/2016 21:20





PERAMBULU

THE PRACTICAL USE OF THE VULGAR NUMBER

PREFACE
SOCIETY FOR MEDICAL DOCUMENTATION

JOURNAL

THE CLOTH MULBERRY



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 15:22:14

Assinado eletronicamente por: FÁTIMA ANTONIO SOLETO CAETANO - 209328131522-14
<https://pie.tipe.ius.br:443/1a/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032815221467200000042458859>

Número do documento: 19032815221467200000042458859

Núm. 43097212 - Pág. 15



Hospital da Restauração / Neorocirurgia
Evolução de Enfermagem



Nome: Flávia Data: 18/10/16

Sexo: Feminino Lado: Esquerdo Hipótese Diagnóstica:

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Total	
<input type="checkbox"/> Sono (4 pts.) <input type="checkbox"/> Atividade verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> Ativ. (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Obediente (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - si localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (descrit. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descrit.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<u>15</u> pontos
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Faringe: _____	
A - Força motora e sensibilidade completa B - Sensibilidade funcional presente		C - Motricidade não funcional presente E - Reflexos sensitivos e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).	
Sintoma: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros		Quais: <u>Crise</u>	
Acesso: <input type="checkbox"/> ACP <u>18</u> <input type="checkbox"/> AVC <u></u> <input type="checkbox"/> JH <u></u>		<input type="checkbox"/> Sem Acesso	
Cefal: <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gagagem <input type="checkbox"/> Aberta			
Eliminações Intestinais: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a <u>5</u> dias <input type="checkbox"/> Diarreia _____			
Pox: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD Aspecto: _____			
Tens: <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Ligeira			
Fazia Operadora: Data da Cirurgia: <u>18/10/16</u> <input type="checkbox"/> Ócara de decúbito			
Localização: _____ Estágio: _____			
Fazia: _____			
Fazia: _____			
Observações / Datas / Notas: <u>18/10/16</u>			
Ass: <u>Flávia</u>			

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Total	
<input type="checkbox"/> Sono (4 pts.) <input type="checkbox"/> Atividade verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> Ativ. (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Obediente (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - si localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (descrit. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descrit.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<u>15</u> pontos
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Faringe: _____	
A - Força motora e sensibilidade completa B - Sensibilidade funcional presente		C - Motricidade não funcional presente E - Reflexos sensitivos e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).	
Sintoma: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros		Quais: _____	
Acesso: <input type="checkbox"/> ACP <u>18</u> <input type="checkbox"/> AVC <u></u> <input type="checkbox"/> JH <u></u>		<input type="checkbox"/> Sem Acesso	
Cefal: <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gagagem <input type="checkbox"/> Aberta			
Eliminações Intestinais: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a <u>5</u> dias <input type="checkbox"/> Diarreia _____			
Pox: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD Aspecto: _____			
Tens: <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Ligeira			
Fazia Operadora: Data da Cirurgia: <u>18/10/16</u> <input type="checkbox"/> Ócara de decúbito			
Localização: _____ Estágio: _____			
Fazia: _____			
Fazia: _____			
Observações / Datas / Notas: <u>18/10/16</u>			
Ass: <u>Flávia</u>			



PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: _____ Registro: _____
 Enf / Leito: _____

| DIA: _____ |
|--|--|--|--|--|
| HORÁRIO | HORÁRIO | HORÁRIO | HORÁRIO | HORÁRIO |
| 10 - 16 - 22 | 10 - 16 - 22 | 10 - 16 - 22 | 10 - 16 - 22 | 10 - 16 - 22 |
| 09 | 09 | 09 | 09 | 09 |
| 09-13-20 | 09-13-20 | 09-13-20 | 09-13-20 | 09-13-20 |
| 09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06 | 09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06 | 09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06 | 09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06 | 09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06 |
| 09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06 | 09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06 | 09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06 | 09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06 | 09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06 |
| 12 - 16 - 24 - 06 | 12 - 16 - 24 - 06 | 12 - 16 - 24 - 06 | 12 - 16 - 24 - 06 | 12 - 16 - 24 - 06 |

| DIA: _____ |
|--|--|--|--|--|
| HORÁRIO | HORÁRIO | HORÁRIO | HORÁRIO | HORÁRIO |
| 09-13-20 | 09-13-20 | 09-13-20 | 09-13-20 | 09-13-20 |
| 09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06 | 09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06 | 09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06 | 09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06 | 09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06 |
| 09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06 | 09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06 | 09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06 | 09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06 | 09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06 |
| 12 - 16 - 24 - 06 | 12 - 16 - 24 - 06 | 12 - 16 - 24 - 06 | 12 - 16 - 24 - 06 | 12 - 16 - 24 - 06 |

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10				
16				
22				
10				
16				
22				
10				
16				
22				

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE
ENFERMAGEM



Registro de Enfermagem



FICHA DE ESCLARECIMENTO



Nº Acusado/Unidade:

Ernesto Gualho Tunes

Nome:

Edm. dia dia 10, 12, 16

Período ab:

Diagnóstico provável:

Artrite da oitava costela na direita.

MS: Dorsal da dorso na direita.

Síntese local:

Trat. fez: fisioterapeuta de motilidade;

Nome do enfermeiro de rotina:

Dr. Luiz Henrique Tavares

Tratamento (se aplicável):

1) Agaric Ambulatório

2) Agaric BMT

3) Agaric

Companheiros de quarto: Dr. Dr. Dr.

Operário ambulatório São José

Outro: Dr. Dr. Dr.

Obs: 23/12/2016.

Clínica de:

Dr. Luiz Henrique Tavares
Gabinete de Pneumologia
Bem-Estar Social
Bem-Estar Social

Assinatura do paciente:

ATENÇÃO: Esta assinatura indica que a comunicação do atendimento base "ata de atendimento" (Anexo 1) e "Relatório de Tratamento" (Anexo 2) do Tratamento Contínuo (Anexo 3) e "Relatório de Tratamento Contínuo" (Anexo 4) e "Relatório de Tratamento Contínuo" (Anexo 5) foram realizadas.

Assinado em 28/03/2019



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atenção: 246131

Nome: Enilton Batista da Costa

Foi atendido as: 21:34 hs. do dia 18/12/16

Diagnóstico Proável: TCE

raquitismo

disautonomia

TCE da raquitismo

Tratamento Realizado:

Medicamento
neurologico

Observação:

Cópia de:

18/12/16

Médico - CRM N°

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 N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0086



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 15:22:14
<https://pje.tje.pernambuco.gov.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032815221478900000042458883>
Número do documento: 19032815221478900000042458883

Num. 43097236 - Pág. 5

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Hospital Universitário Oswaldo Cruz
HUOC/UPE
Flávio Arnsbio Marques, 310 - Santo Amaro
Recife - Pernambuco

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Dr. Allancardi Siqueira
Cirurgião e Traumatologista
Beso-Maxilo-Facial
Residência HUOC/UPE
CRM-PE: 11.837

Paciente: Paulo Antônio Coelho Castor

Endereço:

Prescrição: Paracetamol (500 mg) + Salbutamol (50 mg) - 20 ml
1000 ml - 1000 ml - 1000 ml
1000 ml - 1000 ml - 1000 ml

Dr. Allancardi Siqueira
Cirurgião e Traumatologista
HODOMED-FACE
Residência HUOC/UPE
CRM-PE: 11.837

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:

Org. Emissor:

Ident.:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Data



SINISTRO 3170628034 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA HELMITON BARBOSA DE CARVALHO JUNIOR

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO HELMITON BARBOSA DE CARVALHO JUNIOR

CPF/CNPJ: 07663268458

Posição em 18-03-2019 13:48:20

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
12/12/2017	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

