

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Maria Aparecida da Silva,
brasileiro(a), estado civil solteira, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 074.632.564-99 e portador da cédula de identidade
nº 7379 350, residente e domiciliado(a) na
Rua Aze
nº 55, bairro de São Vicente,
CEP 55660-000 na cidade de Recife / PE

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações, renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam, mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas, inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de poderes.

JUSTIÇA GRATUITA: Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL: Pelo exercício do mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto, desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se, ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios celebrado em instrumento próprio.

Recife, 26 de 07 de 2019

Maria Aparecida da Silva
Outorgante



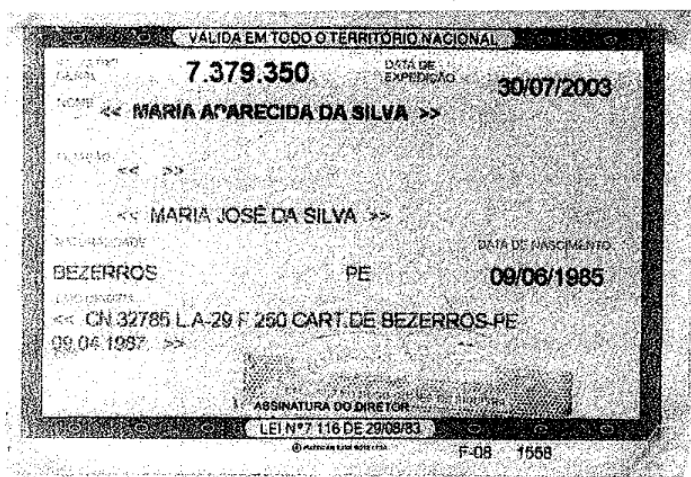
SUBSTABELECIMENTO

ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE n° 28.697D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n° 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, **Substabelece com reserva de poderes**, a pessoa da advogada **AMANDA KARLA SOARES DA SILVA**, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PE n° 33664, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n° 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, os poderes que lhe foram outorgados por MARIA APARECIDA DA SILVA, através do instrumento particular de mandato, para praticar todos os atos que se fizerem necessários.

Recife, 18 DE JULHO de 2019.


Ana Cristina Santos
OAB/PE 28697





Comprov





Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO: 890.434	
DATA: 21.10.2018		HORA: 15:15		TELEFONE:	
NOME: M ^a Ingrida		NOME DA MÃE: M ^a Marlene		IDADE: 39 anos	
DATA DE NASCIMENTO: 10/10/1979		ACOMPANHANTE:			
END.: Rua 10		CIDADE: Bezerros		BAIRRO: 2. Jurema	
PA: 1 mmHg		HGT: mg/dL		T: °C	
PESO: kg		Téc. Enfermagem/COREN			

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO

I - Sinais de Emergência Imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- ☐ Apnéia ☐ Cianose ☐ Estridor ☐ FC < 50 ou > 140 bpm ☐ FR < 10 ou > 32 lpm
- ☐ Extremidades frias ☐ Enchimento capilar latificado ☐ Pulso fraco ou ausente ☐ PCR ☐ Sudorese
- ☐ PAS < 80 ou > 200 mmHg ☐ PAD < 40 ou > 130 mmHg ☐ HGT < 40 ou > 110 mg/dl ☐ Convulsão no momento
- ☐ Politraumatismo/Glasgow < 12 ☐ Letargia ☐ Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
- ☐ Intoxicação exógena ☐ PAF ☐ PAB ☐ Sangramento intenso
- ☐ Broncoaspiração ☐ Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

- ☐ Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ☐ TCE leve ☐ PAS < 90 ou > 180 mmHg ☐ PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas
- ☐ Febre > 39°C ☐ Febre com imunodepressão ☐ Histórico de convulsão nas últimas 24 horas ☐ Impossibilidade de deambulação
- ☐ Tumor pastoso ☐ Mucosas ressecadas ☐ Vômitos no momento
- ☐ Queimaduras de 1° e 3° graus não críticas SCQ < 10% ☐ Vítilas de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- ☐ Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
- ☐ Dor Abdominal intensa ☐ Dor Torácica intensa ☐ Melenas ☐ Hematemese ☐ Enterorragia ☐ Epistaxe
- ☐ Acidente perfuro-cortante com material biológico ☐ Crise asmática

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

- ☐ Febre sem outros sinais clínicos < 39°C ☐ Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- ☐ Lombalgia intensa ☐ Entorse, suspeita de fraturas, luxações
- ☐ Dor abdominal sem alterações de sinais vitais ☐ Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
- ☐ Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação ☐ Enxaqueca ☐ Dor de ouvido moderada a grave
- ☐ História de convulsão sem alteração do nível de consciência ☐ Abscessos ☐ Intercorrências ortopédicas

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

- ☐ Queixas crônicas sem alterações agudas ☐ Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ☐ Coriza crônica ou recorrente
- ☐ Queimaduras de 1° grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- ☐ Troca de curativos ou retiradas de pontos
- ☐ Administração de medicamento ☐ Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
- ☐ Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional ☐ Solicitação de exames e receitas não urgentes
- ☐ Constipação intestinal sem outros sintomas ☐ Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- ☒ Vermelho ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul
- paciente vítima de queda de moto, apresentando lesões contusas e lacerações profundas, com fratura de fêmur esquerdo e fratura de tíbia e fíbula direita.
- paciente relatou que ingeriu bebida alcoólica.

Alérgico: () NÃO () SIM, a

ENCAMINHADO:

Assinatura da enfermeira e carimbo

Assinatura da Assistente Social e carimbo

ORIENTAÇÕES



FICHA DE ATENDIMENTO

Alergias: () NÃO () SIM, à

REGISTRO:

Queixas:

Unas com contusão em superfície esquerda devido a acidente automobilístico

Exame físico:

H.D.:

CONDUTA/REAValiação/CONDUITA MEDICAÇÃO

Conduta:

Suturar
Vitarcel 1cm x 2cmRafaela Maciel dos
Santos
CRM 250.877

16/15

TIPO DE CONSULTA

MOTIVO DA ALTA

ÓBITO

ATESTADO

Consulta simples

Melhora

Data: ____/____/____

Consulta c/ Observação

Solicitação

Hora: ____:____:____

Indicação (Internamento)

Transferência

SIM ()
NÃO ()

Indisciplina

DIAS: ____

Óbito

Data: ____/____/____

Hora: ____:____:____

Médico - CREMEPE
(Carimbo)



Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



Protocolo de Encaminhamento

H/12 - Menu CB

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5839545

Nome do Paciente: Maria Augusta

IDENTIFICAÇÃO

Idade 33 anos

Sexo: M () F () Profissão:

Fone:

Endereço Residencial:

Bairro:

Cidade: Bezerros

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: Fogão/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 () Eletro () Asfixia

História Clínica Atual:

CAUSAS CLÍNICAS

Hipótese Diagnóstica:

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT):

Temperatura:

F.C.:

P.A.:

Vias Aéreas: FR: Dispneia S () N () Tiragem Intercoastais S () N () Obstrução Vias Aéreas S () N ()

Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax S () N () Gemido/Estidor 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 ()

Coloração da Pele: Normocorada () 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 120-180

< 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
Sons 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 () Mídríase () 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-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S () N () Informante: Vitima () Outros ()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Uso outras drogas: S () N () Informante: Vitima () 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

Alerta *NCR*

Amândia Cruz
Médica
CRM-PE 28758

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

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

Local e data

Médico Assistente





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

1043052

Data e Hora de Atendimento:
21/10/2018 21:44

Local de Entrada: **EMERGENCIA GERAL**
Atendimento Manual: **0206010079**

Cod. Paciente: **1652980** Paciente: **MARIA APARECIDA DA SILVA**
Data de nascimento: **09/06/1985** Idade: **33a 4m 12d**

Sexo: **MASCULINO**

Estado Civil: **CASADO** Profissão: Acompanhante: **KELLY MAYARA**

DOC ID / Data expedição: **7379350 /** Mãe: **MARIA JOSE DA SILVA**
Pai: Cartão SUS:

Endereço: **RUA JOSEMAR MAXIMO SOBRINHO**
Bairro: **CENTRO**
Cidade: **BEZERROS**

Numero **77**
Complemento:
UF: **PE** Telefone: **989267485**

Ocorrências:

Motivo do atendimento: **QUEDA DE MOTO**

Procedência: **OUTRO HOSPITAL**

Informações do Serviço Social:

Notificado **22/10/18**
Vigilância Epidemiológica Hospitalar
CH.HR/NEPI

Confirmação de nome: Fones:

Confirmação de endereço:

Providências: Alta ☐ Caso Social ☐
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐
Outros ☐

Observação:

Assistente Social

SERVIÇO EXECUTADO
CONTAS MÉDICAS/FATURAMENTO

Assistente Social

História Clínica:

Paciente vítima de acidente automobilístico, digo, que de moto.
Com prob de concussão. Nega remédios, desconfortos e outros.
Nunca de edema prioriter no olho K.

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☒ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☒ Tipo: Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☒ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒ Por Quê?

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: * Sim ☒ Não ☐ Temp:

sem imobilização adequada.

B: Respiratório MV + an RA, RA

C: Circulatório PA: mm mm Pulso: 88 bpm

RGR em 2T, BCNE, sem sinais

Funcionário



SINISTRO 3190281611 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MARIA APARECIDA DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Recife-PE

BENEFICIÁRIO MARIA APARECIDA DA SILVA**CPF/CNPJ:** 07463256499**Posição em 16-07-2019 10:23:34**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
15/06/2019	Negativa Técnica - Sem sequelas	



Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☒
Exame de Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora
Score: _____ Hora: _____	Score: _____ Hora: _____	Score: _____ Hora: _____

EG R: 15

Exposição/Abdômen:

Abdome: plano, flácido, apnéus, nódulo a palpação,
Sem sinais de entecio

Histórico Inicial:

Queda de moto

Cod. Procedimento

Diagnóstico:

- 1) Aberto TC de crânio + coluna cervical
- 2) ~~Aberto TC~~ (morte)
- 2) Aberto TC de crânio + coluna cervical
- 3) Avaliação de UCA

Ass. Médico

Localização de Enfermagem:

112 UCA

Ass. Enfermagem

PARSISO SEM ORIENTAÇÃO ABDOMINAL
- ADD. MORTAL A MORTAL: MORTAL

Descrição do Caso:

ADD. MORTAL A MORTAL: MORTAL

Condição de Alta:

Tratamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta

☒ Curado ☐ Melhorado

Admissão na Clínica:

☒ Inalterado ☐ Piorado

Referido para:

☐ Óbito

Assinatura para Alta/Transferência:

Nome: _____ CRM: _____ Data: 21/10/18 Hora: 23:10

Assinatura de responsabilidade para internamento:

Assinatura do paciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento clínico e cirúrgico inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Assinatura: _____ Nome completo legível: _____

Assinatura: _____

Assinatura de responsabilidade de alta a pedido:

Assinatura de responsabilidade de alta a pedido: _____

Assinatura: _____ Nome completo legível: _____

Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 21-Oct-18

21/10/18

Assinatura de responsabilidade de alta a pedido: _____

Kaue
Neurologia
25.346





Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



Protocolo de Encaminhamento

UR-Muro CB

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrica () Psiquiátrica ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 55 39.545

Nome do Paciente: Maria Aparecida da Silva

Idade: 33 anos

Sexo: M () F ☒ Profissão: _____

Fone: _____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____

Cidade: Bezerros

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passadoiro () ☒ Motociclista ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motociclista: 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 () Injeção () Enforcamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Atropelamento em acidente de moto, em capangue, pela PNC, no momento por trauma, evolui com sintomas reais do cérebro no trauma. ECG-14
Hipótese Diagnóstica: tc me

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
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/Estidor: S () N ()
Distúrbio Gula/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 ()
Coloração da Pele: Normocorada () 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
Sons 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:** _____Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE LeveSinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()**NATUREZA DA LESÃO**

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S () N () Informante: Víctima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Uso outras drogas: S () N () Informante: Víctima () 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*Amanda S. KCR*Amanda Cruz
Médica
CRM 26958**CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Local e data

Médico Assistente



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

21/10/2018 21:41



Nome Paciente: MARIA APARECIDA DA SILVA

Cód. Paciente:

Data de Nascimento: 09/06/1985

Sexo: Feminino

Idade: 33

Senha: U0048

Convênio:

Atendimento:

21/10/2018 21:41 - ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA CERCA DE 5 H E MNAO SABE INFORMA
HOUE PERDA DE CONSCIENCIA APRESENTA ESCORIACOES EM FACE E OMBRO

Observação: SENHA 5539545

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 0

Acolhido(a) por: ANGELA MARIA OLEGARIO
Data: 21/10/2018 21:41





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0181002122**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/11/2018** às **09:40**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **21/10/2018** às **14:40**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 01, ESTRADA CARROÇAVEL DE ACESSO AO SÍTIO CAMPESTRE** - Bairro: **ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A PROPRIEDADE DE AGENOR DO LEITE**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

EDUARDO FERNANDO DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
MARIA APARECIDA DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EDUARDO FERNANDO DA SILVA**

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

EDUARDO FERNANDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA DA SILVA** Pai: **JOSE NIVALDO DA SILVA** Data de Nascimento: **11/2/1999** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9735801/SDS/PE (RG), 71191212432 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 989241876**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 77, RUA JOSE MAXIMO SOBRINHO - CEP: 0 - Bairro: GAMELEIRA - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA APARECIDA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA JOSE DA SILVA** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **9/6/1985** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7379350/SDS/PE (RG), 07463256499 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 989241876**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 55, RUA SETE, - CEP: 0 - Bairro: GAMELEIRA -**



BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA APARECIDA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDUARDO FERNANDO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEZ7536** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **473238519** Chassi: **9C2JC4820CR324997**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SENHOR EDUARDO FERNANDO DA SILVA, O QUAL NA QUALIDADE DE CONDUTOR DA MOTOCICLETA EM QUESTÃO, PASSOU A DECLARAR QUE NA DATA E HORARIO ACIMA DESCRITO, ELE CONDUTOR CONDUZIA A MOTOCICLETA TENDO COMO GARUPA SUA GENITORA A VITIMA MARIA PARECIDA DA SILVA, QUE AMBOS TRAFEGAVAM PELA ESTRADA DE ACESSO AO SÍTIO CAMPESTRE, ZONA RURAL DESTA URBE, QUANDO NAS PROXIMIDADES DA PROPRIEDADE DE AGENOR DO LEITE; ELE CONDUTOR PERDEU O CONTORLE DA MOTOCICLETA AO DERRAPAR O PNEU DIANTEIRO NA AREIA, CAINDO AMBOS AO CHÃO, MOEMNTO ESTE QUE A VITIMA MARIA APARECIDA TEVE VARIAS ESCORIAÇÕES E TRAUMA NA FACE, SENDO ESTA SOCORRIDA POR FAMILIARES E LEVADA A UNIDADE MISTA SÃO JOSE (HOSPITAL MUNICIPAL) DESTA CIDADE, LOCAL ESTE ONDE A MESMA FORA ATENDIDA CONFORME FICHA DE Nº 890.434 ASSINADA PELA MEDICA DRA. AMANDHA CRUZ CRM/PE 26958; QUE, A VITIMA APÓS PASSAR POR AVALIAÇÃO CLINICA A MESMA FOI TRASFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CIDADE DO RECIFE, FICANDO EM OBSERVAÇÃO POR POR ALGUMAS HORAS, RECEBENDO ATENDIMENTOS MEDICOS E EM SEGUIDA RECEBEU ALTA MEDICA, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Eduardo Fernando da Silva
EDUARDO FERNANDO DA SILVA
(AUTOR \ AGENTE)
Maria Aparecida da Silva
MARIA APARECIDA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Cicero Abilio de Almeida* - Matrícula: **1581678**



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Maria Aparecida da Silva,
brasileiro(a), estado civil solteira,
profissão agricultor Inscrito no CPF/MF sob o
nº 7379 350, e portador da cédula de
identidade nº 044 632 564 99, residente e
domiciliado(a) rua Nete,
nº 55, bairro São Vicente,
CEP 55660-000 na cidade de
Bezerrob / PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita,
que não tenho condições de arcar com as custas e despesas
processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo
com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 16 de 07, de 2019.

NOME: X Maria Aparecida da Silva



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

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



www.celpe.com.br

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

DADOS DO CLIENTE MARIA APARECIDA DA SILVA CPF: 074.632.564-99 NIS: 16390720476	DATA DE VENCIMENTO 03/07/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 26/06/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 26/06/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 067625793	CONTA CONTRATO 007000396740 Nº DO CLIENTE 2010135004 Nº DA INSTALAÇÃO 0000352502
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA SETE 55 SAO VICENTE/BEZERROS 55660-000 BEZERROS PE		
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico			
RESERVADO AO FISCO F069.6F7F.EBD0.E41C.BE6A.4182.DA22.9DAA			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18506108	5,55
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	62,00	0,31724757	19,66
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,04
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,13
Multa por atraso-NF 059902732 - 26/04/19			0,56
Juros por atraso-NF 059902732 - 26/04/19			0,27
Atualização IGPM-NF 059902732 - 26/04/19			0,12
TOTAL DA FATURA			29,33

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	25,25	0,17	0,04
			25,25	0,79	0,19

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,18328450	JUN 19	92
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420200	MAI 19	111
		ABR 19	99
		MAR 19	105
		FEV 19	103
		JAN 19	114
		DEZ 18	105
		NOV 18	104
		OUT 18	87
		SET 18	80
		AGO 18	88
		JUL 18	86
		JUN 18	113

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$	%	
Geração de Energia	11,80	46,72	
Transmissão	1,38	5,47	
Distribuição (Celpe)	8,38	33,19	
Encargos Setoriais	0,82	3,25	
Tributos	0,23	0,91	
Perdas de Energia	2,64	10,46	
TOTAL	25,25	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
Q39994	CAT	28/05/2019	26.473,00	26/06/2019	26.565,00	29	1,00000	0,00	92,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 26/07/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
abr/2019					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,00	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 0,00
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 13,00					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO							
Pague no ponto mais perto de você! I laurinda de morais variedade: rua henrique dias 308 santo antonio / li material de construçao: r henrique 308 sto antonioLista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 25,85 . O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.		<table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202 231</td> </tr> </table>		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO MÁXIMO	220	202 231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)								
	MÍNIMO MÁXIMO								
220	202 231								
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA							

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007000396740	06/2019	0,00	03/07/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

imento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?redirfatura=t... 1/1

