

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO , brasileiro, solteiro, alfabetizado, portador do RG nº Nº 9.819.972 SDS-PE e CPF nº 127.862.594-10, residente RUA MARCENA – 121 – BELA VISTA – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE– PE. **OUTORGADA:** BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE pelo nº 22.090, MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE pelo nº 25.324 e VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE nº 18.789 todos com endereço profissional situado na Rua capitão José da Luz, nº 137, Sala 502. Ed. Condomínio Cervantes Ilha do Leite, Recife - PE.

PODERES: Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE, 30 de MAIO de 2019.

x Adeildo Justino de Araujo

ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO - Outorgante / declarante







DADOS DO CLIENTE
JOELMA JUSTINO DE ARAÚJO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MAGCENA 121 QD. I

CPF: 030.579.754/90

RELA VISTASANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
35100-000

CLASSIFICATION

81 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MORRIS

INSTITUIÇÃO	UNICA	16/03/2017
APRESENTAÇÃO	PROPOSTA	PROPOSTA
EXERCÍCIO	2016/2017	11/2016

CONTOS/CONTATO	RESUMO
7019859775	03/2017
SATA DE VENCIMENTO	SALDO DEBITO HIGIENIZANTE
23/03/2017	13/04/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	137,17

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR (R\$)
Caraculo Aberto(VH)	037 0000000	0,01040300	118,08
ACessorio Bandeira AMARELA			3,00
Conteiner de Armazenagem Publica			15,01
Multa por atraso NF 001754776 - 14/02/17			2,14
Juros por atraso NF 001754776 - 14/02/17			0,02

TOTAL DA FANTASIA

DEMONSTRATIVO DE CONTAS COTA FISCAL

Nº DO MEMORIAL	Nº DA PUNÇÃO	ANÁLISE		ATUAL		Nº DA SUA	COSTEADO	AJUSTE	COMENT. GERAL
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
13133300	047	14/05/2007	1 813,30	14/05/2007	1 813,30	30	1.0000		PA 30

COMPOSIÇÃO DO PIB

Setor	PIB (Bilhões de R\$)	% do PIB
Indústria	115,0	20,0
Serviços	115,0	20,0
Agricultura	115,0	20,0

COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO

Idade	População (Milhões)	% da População
0-14	115,0	20,0
15-64	115,0	20,0
65+	115,0	20,0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Manuscript received 15 October 2004; accepted 14 November 2004. Manuscript handling editor: John W. Sweeney. © 2005 The Authors
 Journal compilation © 2005 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 258: 103–110

INDICADOR DE PERFORMANCE DO ATIVIDADE 060					NÚMERO DE TENDAS		
INDICADOR	VALOR ANTERIOR	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	LÍMITE MÍNIMO	TENDAS NOBILITADAS	LÍMITE DE VARIAÇÃO (%) ANTERIOR	LÍMITE DE VARIAÇÃO (%) POSTERIOR
060 - LÍMITE DE CUSTO DE MANUTENÇÃO	2017				175	2017	2018
060 - LÍMITE DE CUSTO DE MANUTENÇÃO	0,00	0,00	10,00	20,00			
060 - LÍMITE DE CUSTO DE MANUTENÇÃO	0,00	0,00	0,00	10,00			
060 - LÍMITE DE CUSTO DE MANUTENÇÃO	0,00	0,00	0,00	0,00			

CODIGO CONTRATO	SENAES	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7010853775	03/2017	23/03/2017	137,17

83850000001-8 37170011007-9 01985977510-1 06941270753-2



**SINISTRO 3190249216 - Resultado de
consulta por beneficiário****VÍTIMA** ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO
PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE SEGURADORA
S/A**BENEFICIÁRIO** ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO**CPF/CNPJ:** 12786259410**Posição em 24-05-2019 11:15:39**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/05/2019	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

24/05/2019 11:15





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0218004181**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/09/2018** às **15:38**

Complementa o BO Número: **18E0218001913**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **3/12/2016** às **04:50**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA MARIA LIRA, NOVA SANTA CRUZ, - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
IVO JUVINIANO ALVES (OUTRO)
ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO**



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

ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOELMA JUSTINO DE ARAUJO Pai: NÃO DECLARADO Data de Nascimento: 31/7/1999 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9819972/SDS/PE (RG), 12786259410 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 993804732

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA NASCENA, 121, MALHADA DO MEIO, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PUBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Motivo da Viagem: DESCONHECIDO

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**



IVO JUVINIANO ALVES (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IVO JUVINIANO ALVES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KHS3859** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KD03107R009502**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA AFIRMA QUE NO DIA 03 DE DEZEMBRO DE 2016, POR VOLTA DAS 04:50 HORAS, SE DIRIGIA PARA A SUA RESIDENCIA, PILOTANDO A MOTOCICLETA NXR150 BROS, DE COR PRETA, A QUAL TINHA COMPRADO HÁ POUCOS DIAS E AINDA ESTAVA RESOLVENDO A DOCUMENTAÇÃO DA MESMA, MOMENTO EM QUE NO ENDEREÇO CITADO, SE LIVROU DE UMA OUTRA MOTOCICLETA E COLIDIU COM UMA PAREDE DE UM MURO, CHEGANDO A DESMAIAR, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UPA DESTA CIDADE, SENDO QUE APÓS OS PRIMEIROS SOCORROS E FICAR EM TRATAMENTO POR DOIS DIAS, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. DIANTE DO FATO EXPOSTO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.,

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

ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALMIR PEREIRA BARBOSA** Matrícula: **3848779**



Imprimir



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0218001913

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/04/2018 às 15:25

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 3/12/2016 às 04:50

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA MARIA LIRA, NOVA SANTA CRUZ, - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ JUVINIANO ALVES (OUTRO)
ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO

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

ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOELMA JUSTINO DE ARAUJO** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **31/7/1999** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9819972/SDS/PE (RG), 12786259410 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 993804732**

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA NASCENA, 121, MALHADA DO MEIO, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PUBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSÉ JUVINIANO ALVES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Motivo da Viagem:



DESCONHECIDOEndereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

IVO**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ JUVINIANO ALVES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**Placa: **KHS3859** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KD03107R009502**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA AFIRMA QUE NO DIA 03 DE DEZEMBRO DE 2016, POR VOLTA DAS 04:50 HORAS, SE DIRIGIA PARA A SUA RESIDENCIA, PILOTANDO A MOTOCICLETA NXR150 BROS, DE COR PRETA, A QUAL TINHA COMPRADO HÁ POUCOS DIAS E AINDA ESTAVA RESOLVENDO A DOCUMENTAÇÃO DA MESMA, MOMENTO EM QUE NO ENDEREÇO CITADO, SE LIVROU DE UMA OUTRA MOTOCICLETA E COLIDIU COM UMA PAREDE DE UM MURO, CHEGANDO A DESMAIAR, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UPA DESTA CIDADE, SENDO QUE APÓS OS PRIMEIROS SOCORROS E FICAR EM TRATAMENTO POR DOIS DIAS, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. DIANTE DO FATO EXPOSTO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.,

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

x *Adeildo Justino de Araujo*
ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALMIR PEREIRA BARBOSA** - Matrícula: **3848779**



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que consta nos registros de ocorrências do SAMU REGIONAL AGRESTE -BASE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, atendimento realizado ao Senhor ADEILDO JUSTINO DE ARAÚJO, no dia 03 de dezembro de 2016, pela UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, com número de ocorrência 19889, ID 0031, para atender a uma queda de moto na rua Maria Ura -Nova Santa Cruz, por volta das 05:h22m, que prestou atendimento à vítima, transportando-a em seguida para UPA 24H em Santa Cruz do Capibaribe

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 17 DE JANEIRO DE 2017.

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA

Coordenadora

Maria Lenice da Silva
Gou...
2017.01.17

Recebi esta declaração do SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

EM ____/____/____.





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr **ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO** nascido em 31/07/1999 esteve nesta unidade hospitalar no dia 03/12/2016 por volta das 05h52min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 18 de Janeiro de 2017.

ATENCIOSAMENTE

Tiago Costa de Almeida
Diretor Clínico
Matrícula 069121





FICHA DE ATENDIMENTO

UPA
24h

RECEPCIONISTA: Luís Data: 03/12/16 Hora: 05:52 min
Nome: JOELMA LUSTINO DE ARAUJO Nº do Prontuário: 25949
RG: _____ Idade: _____ Nascimento: 31/07/99 Nº SUS _____
Estado Civil: _____ Profissão: outros Fone: () _____
Endereço: Rua Toledo Nº 57 Bairro: _____
Cidade: ACC Acompanhante: () Sim Não () Nome: _____
Pai: _____
Mãe: JOELMA LUSTINO DE ARAUJO

Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____ : _____ min
PA: 110/70 T: _____ HGT: _____ FC: 84 FR: 11 SaO2% 94

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: _____ : _____ min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

Apnéia(); Cianose (); Estridor (); PC<50>140(); FR >32vpm(); Extremidades frias(); Pulso fraco()
Pulso ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsionando();
Irresponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intenso(); Lesão grave()
Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa()

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC<50 ou >140(); PAS<90 ou >190mmhg(); PAD>130()
Febre >39°C(); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24h(); mucosas ressecadas()
Queimaduras de 1° e 3° graus em áreas não críticas(); Abuso sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa;
Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa(); história até 72h de:
Melena(); Hematêmese(); enterorragia(); epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico();

OBS: _____



CLASSIFICAR COMO VERDE:

Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia Inter. Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, luxações (); Dor abdominal sem alterações de SSVV (); PAS entre 160 a 190mmHg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmHg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ().

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AZUL:

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou ret. de pontos (); Vômito diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamento Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ().

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

ENCAMINHADO: _____

ASS. E CARIMBO: _____

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL: Ad. 22.40 : 02 ① SFG 77. 200.1 ②

③ Dispersão em 200.1

④ Desobediência em 200.1

Manoela
20.05.2019

MÉDICO: _____

Histórico do paciente: PACIENTE TRAZIDO PELO FAM. VITIMA DE COLÍSSO DE MOTO COM PARADA. PACIENTE ALCOOLIZADO, HÁLITO ETÍLICO. VÔMITO COM RELATOS DE INCONTINÊNCIA.

Exame Físico: LESÃO TORTO-CERVICAL E EDEMA EM REGIÃO OCCIPITAL.

Hipótese diagnóstica _____

Conduta: _____

Assinatura
08/09

① SG 5% 500ml, EV + 1 AMP PLAVIX

② RX DE CERVICAL

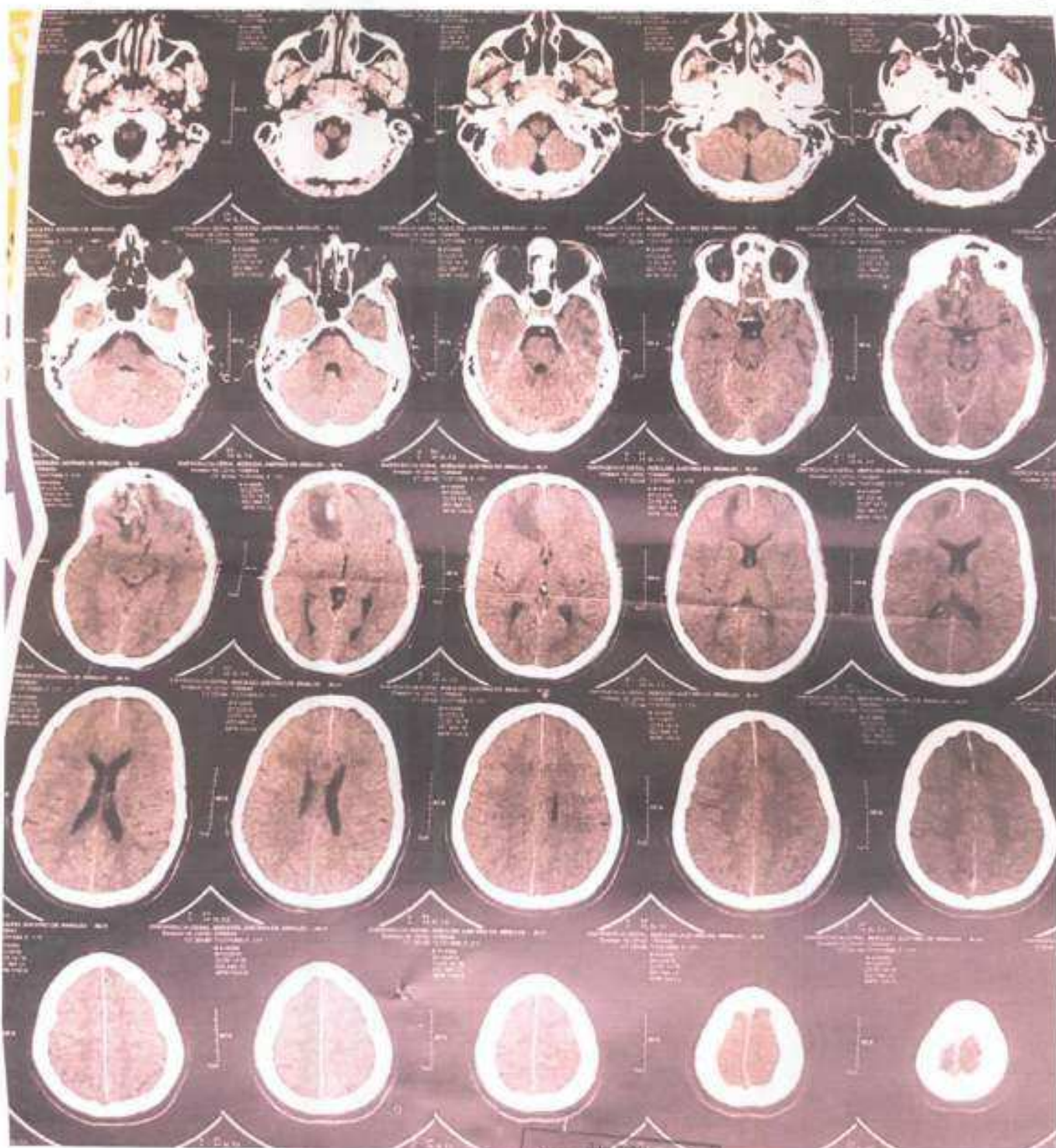
③ Glicose 50%, 1 AMP, EV

④ Tramadol OIFA + BUSC, AD de 08/08h 1:6 008

⑤ Metoclopramida - OIFA, 10mg 1/2 - 2x 40 (250ml) 008



488238
0427006/18



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
LIVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
26 NOV 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - LL 5
Rio de Janeiro - RJ



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº 739104
Nome: Adriano Jurema de Aguiar
Foi atendido às 20:05 h do dia 06/12/16
Diagnóstico Provável TCE Contuso Crânio
data da alta 10/12/16

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:
CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)
VÔMITOS
PARALISIAS (que aparecem após a alta)
ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)
CONVULSÃO
OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja
Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Volta ao ambulatório de NEUROCIRURGIA (7 dias)

Observação Contuso cranial em
nuca esquerda.

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

[Assinatura]

Cod. 0092

