



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ___ VARA
CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE.**

ISLANIA MARIA FRANÇA SILVA, brasileira, solteira, do lar, portador da cédula de identidade nº 6.437.744, inscrita no CPF sob o nº 010.401.964-62, residente e domiciliado à av. Paulo Leite, nº 280, Cidade Centro, Escada/PE, CEP: 55.500-000, vem, por intermédio de seus advogados, devidamente habilitados nos termos do instrumento procuratório em anexo, com endereço profissional localizado na Avenida Senador Salgado Filho, s/n, Sala 114, Centro, Paulista/PE, CEP 53401-440, telefone: (081) 3010-0660, local onde recebe intimações e correspondências de praxe, à ilustre presença deste juízo, propor a presente...

**AÇÃO DE COBRANÇA C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS
MATERIAIS
(SEGURO DPVAT)**

Em desfavor da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGUROS DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 09.248.608/0001-04, com endereço localizado na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20.031-201, na pessoa de seu representante legal em razão dos fatos e fundamentos a seguir expostos:

Avenida Senador Salgado Filho, s/n, Sala 114
Centro | Paulista/PE | CEP: 53401-440 | +55 81 3010.0660

sales@salesadvocacia.com
www.salesadvocacia.com





PRELIMINARMENTE

DOS BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA

Inicialmente, requer a concessão dos benefícios da Justiça Gratuita, com fundamento no que estabelece a Lei nº 1.060 de 5.2.50, vez que não têm condições de arcar com o pagamento das custas e despesas judiciais do processo em tela, sem prejuízo próprio e de sua família, **tendo em vista que a autora é do lar, não possui emprego, sequer, trabalho que lhe gere renda.**

Assim, em consonância com o estabelecido no art. 4º da Lei nº 1.060/50, acredita ter cumprido exigência legal que lhe autoriza gozar dos benefícios da assistência judiciária.

DO FORO DA DISTRIBUIÇÃO

Inicialmente cumpre destacar a que **a demandada possui agência nesta comarca**, razão pela qual, por ser sede da demandada, propicia ao exercício de defesa da mesma, bem como se torna mais acessível ao autor, conseguindo se deslocar para os atos processuais para exercer o seu Direito.

Deste modo, requer desde já que seja desconsiderada a cláusula de eleição de foro, posto que esta inviabiliza o exercício de direito da autora, conforme descrito acima, ao passo que a presente comarca, que é o da sede da demandada, favorece aos dois polos da demanda.

Art. 53. É competente o foro:

III - do lugar:

Avenida Senador Salgado Filho, s/n, Sala 114
Centro | Paulista/PE | CEP: 53401-440 | +55 81 3010.0660

sales@salesadvocacia.com
www.salesadvocacia.com





...

b) onde se acha agência ou sucursal, quanto às obrigações que a pessoa jurídica contraiu;

Isto posto, requer que o presente feito seja processado e julgado nesta comarca, conforme artigo 53, III, b) do Código de Processo Civil.

DA AUSÊNCIA DE INTERESSE NA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO

Tendo em vista o grande número de ações em que a demandada não apresenta qualquer tipo de fórmula para composição, vem a parte autora informar a este juízo que não tem interesse na audiência de conciliação.

ISTO POSTO, requer que a demandada seja citada para apresentar defesa no prazo legal, bem como que seja determinada a realização de perícia médica na parte autora.

1. DOS FATOS

No dia **02/07/2019** a parte autora sofreu um acidente de trânsito, vindo a ficar com sequelas permanentes, quais sejam, **TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO, FRATURA DE SEIO FRONTAL E CONTUSÃO EM ÁREA LOMBO FRONTAL**, conforme **declaração e atestados médicos**, em anexo.

Mister se faz necessário frisar que a parte autora foi socorrida e encaminhada para o Hospital Regional de Escada, posteriormente transferida para





o Hospital Dom Helder Câmara e por fim, ao Hospital da Restauração, onde fez tratamento e passou por cirurgia, visto gravidade das lesões.

Não menos importante destacar desde já que a parte autora **ficou com sequelas definitivas, posto que necessitou reconstruir parte dos ossos da face, tamanha a gravidade das lesões.**

Mesmo realizados os tratamentos mencionados, é de fácil constatação a debilidade permanente da parte autora, em razão de acidente de trânsito, faz jus o mesmo ao recebimento da quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), corrigida desde a data do evento, sendo tal valor corresponde a quantia máxima da indenização.

A indenização deve atingir o valor máximo em razão das condições sócio-econômicas do autor: pessoa de baixa escolaridade, de modo que a incapacidade parcial deve ser considerada como total.

No mais, cumpre destacar que a parte autora teve gastos que alcançaram a cifra de R\$ 603,05 (seiscentos e três reais e cinco centavos) com medicamentos, atendimento hospitalar e consultas decorrentes do acidente em tela, conforme atestam os comprovantes em anexo, devendo assim, ser restituída de tal valor.

2. DO DIREITO

2.1 SEGURO DPVAT. DEBILIDADE PERMANENTE. DIREITO À INDENIZAÇÃO





A demanda ora posta à apreciação do Poder Judiciário há muito já se encontra pacificada, notadamente no âmbito do Superior Tribunal de Justiça – STJ.

A pretensão autoral encontra-se amparada pela Lei nº 6.194/74 e art. 7º da Lei 8.441/92 e Lei 11.482/2007. A partir da Lei 11.945/2009, passou-se a utilizar a tabela contida em seu anexo para quantificar o valor da indenização devida, conforme o grau de invalidez apresentado. Contudo, isto não retira do julgador a possibilidade de interpretar o laudo, de modo que uma suposta incapacidade parcial pode ser considerada como total.

Portanto, tem o autor o direito ao recebimento da quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil novecentos e quinhentos reais) em razão da debilidade apresentada, acrescido de correção monetária e juros de mora desde a época do evento danoso.

2.2 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA APLICAÇÃO DA TABELA MÓRBIDA (ANEXO À LEI 11.945/2009).

A partir dos acidentes ocorridos em 16/12/2008, está em vigor a tabela constante no anexo à Lei 11.945/2009, que dispõe acerca do percentual da invalidez apresentada pela pessoa vitimada. Conforme a sequela apresentada, o valor da indenização pode chegar a até R\$ 13.500,00.

Contudo, diante da situação sócio-cultural em que está inserida a parte demandante (**auxiliar de serviços gerais, baixo grau de instrução**), e pela incapacidade apresentada pelo mesmo **diante de suas graves sequelas**,





forçoso se faz reconhecer a sua incapacidade total para o trabalho antes desenvolvido.

Sendo assim, calha a aplicação, aqui, do disposto no art. 479 do NCPC, para que se reconheça a incapacidade parcial do demandante como sendo total:

Art. 479. O juiz apreciará a prova pericial de acordo com o disposto no art. 371, indicando na sentença os motivos que o levaram a considerar ou a deixar de considerar as conclusões do laudo, levando em conta o método utilizado pelo perito.

Portanto, requer a V. Exa. que se digne em considerar a situação fática do demandante (idade, escolaridade, profissão), a fim de aplicar o percentual de invalidez total ou mais favorável ao mesmo.

3. DOS PEDIDOS

PELO EXPOSTO, requer a V. Exa.:

a) os benefícios da justiça gratuita por não ter condições de arcar com as despesas do processo sem prejuízo do próprio sustento ou da família na forma da lei 1060/50;

b) citação da ré no endereço mencionado para, querendo, responder à presente pretensão no prazo legal, sob pena de revelia e confissão, **haja vista ausência de interesse na audiência de conciliação pelos motivos já expostos:**





c) a produção de prova pericial, a fim de constatar a debilidade permanente ocasionada em razão do acidente de trânsito aqui narrado, bem como a juntada de documentos e depoimento de testemunhas;

d) condenar a ré ao pagamento da indenização do seguro DPVAT, correspondendo ao valor integral no montante de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), valor este que deve ser acrescido de correção monetária e juros de mora desde o evento danoso;

e) Condenar a demandada ao pagamento da quantia de **R\$ 603,05 (seiscentos e três reais e cinco centavos)** à título de danos materiais frente aos gastos realizadas com medicamentos que necessitou utilizar em decorrência do acidente sofrido;

f) a condenação da ré na verba honorária de sucumbência;

Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes Termos,

Pede Deferimento!

Recife/PE, 20 de Novembro de 2019.

HUGO SALES DA SILVA
OAB/PE 31.713

HILTON SALES DA SILVA JÚNIOR
OAB/PE 29447





PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: Isolania Maria Franco Silva
ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: De bar
RG: 6.437.744 CPF: 010.401.364-62 CEP: 55.500-000
ENDEREÇO: Av. Paulo Leite, nº 280
BAIRRO: Dionísima CIDADE: Exada UF: PE

Pelo presente instrumento de procuração nomeia e constitui seus bastantes procuradores a sociedade de advogados SALES ADVOCACIA, inscrita na OAB/PE sob nº. 1.586 e CNPJ n. 19.180.375/0001-09, sediada na Avenida Senador Salgado Filho, 21, Sala 114, Centro, Paulista/PE, CEP 53401-440, neste ato representada por seus titulares **HILTON SALES DA SILVA JUNIOR**, inscrito na OAB/PE sob o nº 29.447, e **HUGO SALES DA SILVA**, inscrito na OAB/PE sob o nº 31.713.

PODERES: O(s) **OUTORGANTE(S)** confere(m) aos **OUTORGADOS** amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium et extra", para representá-lo em repartições públicas federais, estaduais e municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, bem como instituições bancárias, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, assinar termo, agindo tudo em conjunto ou separadamente, autorizado o substabelecimento total ou parcial a outrem.

PODERES ESPECÍFICOS: confere(m) aos **OUTORGADOS** acima dos descritos, poderes para receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, contas judiciais, precatórios, RPV deduzindo e compensando os seus créditos por despesa de verba honorária contratual, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, requerer justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros expressamente constante nesse mandato (art. 105 do NCPC).

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei 1.060 de 1950 e artigo 98 e seguintes do NCPC.

Exada/PE, 20 de Novembro de 2019.

x Isolania Maria Franco Silva
OUTORGANTE



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO
TABELÃO TITULAR: ELIAS MATHIAS DOS SANTOS | SUBSTITUTA: MARCELLE MATHIAS COSTA DOS SANTOS

Reconheço a firma por semelhança de: 18/10/2019 10:40:13
JURACY FRANÇA DA SILVA. Dou fé
Em testemunho da verdade.

Elías Mathias dos Santos - Tabelião
Selo Digital N. 0077594.EPG08201901.02318
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
AV. DR. JOSE HENRIQUE, 198 - CENTRO - ESCADA/PE - CEP: 55.650-000 - TEL: (81) 2534-1555 / 3712

Custas R\$ 3,99
TSNR R\$ 0,92
Total R\$ 4,91

SALES
advocacia



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

DECLARANTE: Juracy França da Silva
CPF: 461.113.344-00 RG: 3.041.546

Declaro, para todos os fins e sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), para comprovação de residência o(a) senhor(a) abaixo:

Isolândia Maria França Silva
CPF: 010.401.964-62 RG: 6434744

reside no endereço de minha propriedade, nos dados abaixo:
R. Paulo Henri, nº 280, B. Ingoma, Escada-PE

Declaro, por fim, estar ciente das sanções civis e penais da presente declaração, inclusive quanto a crime de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal¹).

Escada, 18 de Outubro de 2019.

Juracy França Silva
DECLARANTE



¹ Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir **declaração falsa** ou diversa da que deveria ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena – reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50060-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JURACY FRANCA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV PAULO LEITE 280

CPF: 481.173.344-00 NIS: 209350484/9

PIRAPAMA/ESCADA
ESCADA PE
55500-000**CLASSIFICAÇÃO**B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSION
077021041	ÚNICA	11/09/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
11/09/2019	2015279590	1063536

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7024509570	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
18/09/2019	14/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
174,88	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,26009869	7,80
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,44588632	31,21
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,86679948	80,25
Consumo Ativo superior a 220 kWh	40,0000000	0,74311054	29,72
Acréscimo Bandeira VERMELHA			11,38
Contrib. Ilum. Pública Municipal			13,30
ICMS Subvenção-CDE-NF 089334654-11/07/19			1,22

TOTAL DA FATURA

174,88

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
L39150	CAT	13-08-2019	49.776,00	11-09-2019	50.036,00	29	1,00000		260,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/ano kWh
SET 19 260
AGO 19 296
JUL 19 242
JUN 19 272
MAI 19 308
ABR 19 251
MAR 19 275
FEV 19 246
JAN 19 256
DEZ 18 266
NOV 18 287
OUT 18 289
SET 18 244

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	25,00	40,09
PIS	0,81	1,29
COFINS	3,72	5,96

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	57,53	35,87%
Transmissão	5,79	3,61%
Distribuição (Celpe)	36,18	21,94%
Perdas de Energia	11,08	6,91%
Encargos Setoriais	3,44	2,15%
Tributos	47,34	29,52%
Total	160,36	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh	0,19328460
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420200
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47130300
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,52381000

RESERVADO AO FISCO

7EF0 7319 7793 AEE8 54C1 2888 423F DB5A

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peque no ponto mais perto de você: fio-bela - cosméticos - av. pirapama 48 nova descoberta / n. produtos - av. pirapama 46 v. operacional, site completa em www.celpe.com.br. *Na data de leitura a Bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.anel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 35.458/13. 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% ao mês (Lei 10.438/02) e atualização monetária no pro. mês. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 57,08. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONJUNTO	VALOR APLICADO JUL/2019	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	0,00	5,91	11,82	23,64
FIC	0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC	0,00	3,46	0,00	0,00

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	MÍNIMO	MÁXIMO
220		202	231

POR FAVOR, NÃO DESMONTAR O MEDIDOR



Assinado eletronicamente por: HUGO SALES DA SILVA - 20/11/2019 13:32:23

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112013322363500000053375052>

Número do documento: 19112013322363500000053375052



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.041.576 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/03/2013

NOME << JURACY FRANÇA DA SILVA >>

FILIAÇÃO << >> << MARIA JOSÉ DA SILVA >>

NATURALIDADE SÃO LOURENÇO DA MATA - PE DATA DE NASCIMENTO 20/03/1953

DOC. ORIGEM << CC.604 L.02B F.204 CART.ESCADÁ-PE 23.05.1979 >>

CPF 461.173.344-00

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-54 35.504 - 3023





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6437744 DATA DE EXPEDIÇÃO 02.08.1999

NOME ISLANIA MARIA FRANÇA SILVA

FILIAÇÃO Israel de Oliveira Silva
Juracy França Silva

NATURALIDADE Escada-PE. DATA DE NASCIMENTO 09.11.1960

DCC ORIGEM C.N. 9063 F. 60-V L.A-9 Cart de Escada-PE.

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura
Islandia Maria França Silva

ISLANIA MARIA FRANÇA SILVA

S
E
R
V
I
D
O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 07/06/99



COMERCIAL DRUGSTORE LTDA
RUA BARAO DA ESCADA 11, CENTRO.
CNPJ: 05.230.090/0046-04
IE: 067.679.820

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota Fiscal

NFC-e não permite aproveitamento de crédito de ICMS
EMITIDA EM CONTINGENCIA

Cod.	Descrição	Qtd	Un.	VL. Unit.	VL. Desc.	VL. Total
996714212098	1 UN: 37,19	17,20	19,99			
PREDNISONA 20MG 20CPR GEN NE						

QUANTIDADE TOTAL DE ITENS	1
Valor Total R\$	37,19
VOCE ECONOMIZOU R\$	17,20
Valor a Pagar	19,99
Forma de Pagamento	Valor Pago
Dinheiro	20,00
Troco R\$	0,01
Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741 /2012)	6,20

MD5: af009babe98c26eb2c3fea2fc3f145
Trib aprox R\$: Fed 2 603,60 Imp

Fonte: IBPT

Operador/Validador: 21/07/2019 10:21:52
Efetuamos troca somente com cupom fiscal

Nº 000042725 Série 2
Consulte pela Chave de Acesso em
www.sped.fazenda.pr.gov.br

CHAVE DE ACESSO

2619 0705 2300 0900 4604 6500 2000 0427 2590 0013 2240

CONSUMIDOR

Consumidor não informado

Consulta via leitor de QR Code



21/07/2019 10:21:52



 **COMERCIAL DRUGSTORE LTDA.**
RUA BARÃO DA ESCADA 11. CENTRO.
CNPJ 05.230.009/0046-04
IE:067679820

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota Fiscal

NFC-e não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Cod.	Descrição	Qtde	Un	Vi Unit	Vi Desc	Vi Total
896714200699	CORTICORTEN 20MG 20C NQ	1	UN	22,04	11,02	11,02

896714200699	CORTICORTEN 20MG 20C NQ	1	UN	22,04	11,02	11,02
--------------	-------------------------	---	----	-------	-------	-------

896714200699	CORTICORTEN 20MG 20C NQ	1	UN	22,04	11,02	11,02
--------------	-------------------------	---	----	-------	-------	-------

QUANTIDADE TOTAL DE ITENS		3
Valor Total R\$		66,12
VOCE ECONOMIZOU R\$		33,06
Valor a Pagar		33,06
Forma de Pagamento	Valor Pago	33,06
Dinheiro		33,06
Troco R\$		0,00

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) 10,26

MD5:afb09babe98c26ebeb2c3fea2fc3f145

Trib aprox R\$: Fed 4.305,95 Imp

Fonte: IBPT

Operador/Rede emissor de NFC-e: 30 dias, exceto
Efetuamos a emissão de NFC-e com o código de autenticação

Nº 000044514 Série 30/07/2019 11:26:55
Consulte pela Chave de Acesso em
www.sped.fazenda.pr.gov.br

CHAVE DE ACESSO

2619 0705 2300 0900 4804 6500 2000 0445 1410 0015 0477

CONSUMIDOR

Consumidor não informado

Consulta via leitor de QR Code



Protocolo de Autorização: 326180522964553
30/07/2019 11:26:55

ssos Ltda, CN
e credenciado





PREF. MUN. DA ESCADA
AV DOUTOR ANTONIO DE CASTRO, 680 - CENTRO
ESCADA/PE
GERENTE DE ARRECADAÇÃO
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica

Nº da nota 001778	Nº da substituída
Data de emissão 26/07/2019 13:43:03	Competência julho / 2019
Chave de acesso 190726134505438	Data da prestação do serviço 26/07/2019

Prestador de serviços

CNPJ: 03.018.468/0001-00 **Nome fantasia:** CLIMESC
Razão social: CLIMESC CLINICA MEDICA DA ESCADA
Endereço: RUA JOAO MANOEL PONTUAL, 176, CENTRO - CEP: 55500000
Município: ESCADA **UF:** PE **Inscri. Municipal:** 02011061
Telefone: **E-mail:**

Tomador de serviços

CPF: 010.401.964-62
Nome: ISLANIA MARIA FRANÇA SILVA
Endereço: RUA PAULO LEITE, 280, CIDADE CENTRO - CEP: 55500000
Município: Escada **UF:** PE
Telefone: **E-mail:**

Serviços

4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres

Item	Descrição	Quantidade	Valor unitário R\$	Valor total R\$
1	CONSULTA OFTALMOLOGISTA	1,000	150,00	150,00
2	EXAME MAPEAMENTO DE RETINA	1,000	100,00	100,00

Valor total da NFS-e **R\$ 250,00**

Deduções (R\$) 0,00	Base de cálculo (R\$) 250,00	Alíquota (%) 0,00	Valor do ISS (R\$) 0,00	Outras retenções (R\$) 0,00
INSS (R\$) 0,00	IRPJ (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00	CSLL (R\$) 0,00	PIS/PASEP(R\$) 0,00

Outras informações

Local da prestação do serviço: Escada/PE
Natureza da operação: Isenção
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo SIMPLES NACIONAL. Não gera direito a crédito fiscal de IPI.





PREF. MUN. DA ESCADA
AV DOUTOR ANTONIO DE CASTRO, 680 - CENTRO
ESCADA/PE
GERENTE DE ARRECADAÇÃO
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica

Nº da nota 000903	Nº da substituída
Data de emissão 15/08/2019 11:15:25	Competência agosto / 2019
Chave de acesso 190815111644863	Data da prestação do serviço 15/08/2019

Prestador de serviços

CNPJ: 08.149.288/0001-72 **Nome fantasia:** CASA DE SAUDE E MATERNIDADE SANTA CLARA L
Razão social: CASA DE SAUDE E MATERNIDADE SANTA CLARA LTDA
Endereço: ROD BR 101 SUL, KM 58, 96, LOT BAIRRO NOVO - CEP: 55500000
Município: ESCADA **UF:** PE **Inscri. Municipal:** 02011052
Telefone: (81) 3534-1376 **E-mail:**

Tomador de serviços

CPF: 010.401.964-62
Nome: ISLANIA MARIA FRANÇA SILVA
Endereço: RUA PAULO LEITE, 280, CIDADE CENTRO - CEP: 55500000
Município: Escada **UF:** PE
Telefone: **E-mail:**

Serviços

4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres

Item	Descrição	Quantidade	Valor unitário R\$	Valor total R\$
1	ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR	1,000	160,00	160,00

Valor total da NFS-e **R\$ 160,00**

Deduções (R\$) 0,00	Base de cálculo (R\$) 160,00	Alíquota (%) 5,00	Valor do ISS (R\$) 8,00	Outras retenções (R\$) 0,00
INSS (R\$) 0,00	IRPJ (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00	CSLL (R\$) 0,00	PIS/PASEP(R\$) 0,00

Outras informações

Local da prestação do serviço: Escada/PE
Natureza da operação: Tributação no município



CLÍNICA DE ULTRASSONOGRAFIA

DR. WELITON PORTELA GOMES

CRM 10.174

CPF: 280.005.524-34

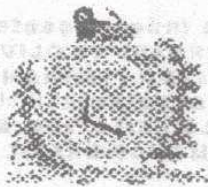
RECIBO

Recebi o valor de R\$ 140,00 da Sra. Islania Maria França Silva, CPF: 010.401.964-62, referente a exame de imagem.

Escada, 21 de agosto de 2019.

Dr. Weliton Portela Gomes
CPF: 280.005.524-34





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 063ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESCADA -
DP63ªCIRC DINTER1/12ªDESEC**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0153001138

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/07/2019** às **21:45**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 2/7/2019 às 18:40

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOM BOSCO, 1, DESCIDA DO LAVA PÉ, EM FRENTE AO Nº 52, VIA PÚBLICA** - Bairro: **CENTRO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CORREIOS**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JHONATHAS JHONY DE ALBUQUERQUE SILVA (AUTOR AGENTE)
ROBERTO PAIVA DA SILVA (TESTEMUNHA)
ISLANIA MARIA FRANÇA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JHONATHAS JHONY DE ALBUQUERQUE SILVA**

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

JHONATHAS JHONY DE ALBUQUERQUE SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOELMA ESTEVAM DA SILVA Pai: JERONIMO JOSE DE ALBUQUERQUE SILVA Data de Nascimento: 11/2/1987 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9950393/SDS/PE (RG), 12198737485 (CPF), 07007007275 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRADUADO Profissão: MILITAR Celulares: - 68800129248

Endereço Residencial: **RUA TARCISIO LINS DE OLIVEIRA, 40 - CEP: 8 - Bairro: RIACHO DO NAVIO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROBERTO PAIVA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE FATIMA XAVIER DA SILVA Pai: RONILDO PAIVA DA SILVA Data de Nascimento: 28/2/1989 Naturalidade: OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: CASADO(A) Profissão: GUARDA MUNICIPAL Telefones Celulares: - 986320622

Endereço Residencial: **RUA DOUTOR ANTONIO DE CASTRO, 686, BAIRRO JAGUARIBE, PREFEITURA DE ESCADA - CEP: 8 - Bairro: ATALAIA - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL**



ISLANIA MARIA FRANÇA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
JURACY FRANÇA DA SILVA Pai: ISRAEL DE OLIVEIRA SILVA Data de Nascimento:
9/11/1980 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
8437744/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: DO LAR
Endereço Residencial: AVENIDA PAULO LEITE, 286, BAIRRO CIDADE CENTRO - CEP: 0 -
Bairro: CENTRO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JHONATHAS JHONY DE
ALBUQUERQUE SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JHONATHAS JHONY DE
ALBUQUERQUE SILVA

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/FIAT/IDEA Objeto apreendido: Não
Cor: BEGE - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KITS102 (PERNAMBUCO/ESCADA) Renavam: 966805132 Chassi: 9BD13661352089332
Ano Fabricação/Modelo: 2008/2008 Combustível: ALCO/GASOL
Descrição: VEICULO DE PROPRIEDADE DA SENHORA ROSILDA MARIA DA SILVA
SANTOS

Complemento / Observação

A GUARDA MUNICIPAL DE ESCADA APRESENTOU A ESTA D.P. O SENHOR
JHONATHAS JHONY DE ALBUQUERQUE SILVA ENVOLVIDO NA OCORRÊNCIA DE
TRÂNSITO: BAT 009/2019 AO QUAL VITIMOU A SENHORA ISLANIA MARIA FRANÇA
SILVA, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE ESCADA E
TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA. O BAT 009/2019 DA
GUARDA MUNICIPAL DE ESCADA DESCREVE TODA OCORRÊNCIA, ONDE O SENHOR
JHONATHAS JHONY DE ALBUQUERQUE SILVA CONDUTOR DO VEICULO ENVOLVIDO
NA OCORRÊNCIA RELATA QUE VINHA SUBINDO A LADEIRA DO LAVA PÊS, QUANDO
O VEICULO PERDEU A ADERÊNCIA VINDO A DESER DE RÉ, MOMENTO QUE
ATROPELOU A VÍTIMA, TENDO JHONATHAS DE PRONTO ACIONADO O SAMU. A
GUARDA RECEBEU O APOIO DA PMPE, 21º BPM, 3º CPM GT 21311 COMANDADA PELO
3º SGT ROCKEFELLER QUE PREENCHEU O B.O. M-10690729. O SENHOR JHONATHAS
JHONY DE ALBUQUERQUE SILVA CONDUTOR DO VEICULO ENVOLVIDO NO
ACIDENTE NÃO APRESENTAVA SINAIS DE EMBREAGUES, NEM ALTERAÇÃO VISÍVEL,
TENDO PRESTADO TODAS AS INFORMAÇÕES QUE LHE FOI SOLICITADA, TANTO
PELA GUARDA COMO PELA PMPE E POR ESTE COMISSÁRIO. OBS: BAT 009/2019 E
B.O. PMPE M-10690729 ANEXO A ESTE B.O.

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

Jhonathas Jhony de A. Silva
JHONATHAS JHONY DE ALBUQUERQUE SILVA
(AUTOR / AGENTE)

ROBERTO PAIVA DA SILVA
(TESTEMUNHA)

Condutor da ocorrência:

Nome: JADSON LUCAS DE SOUZA

Cargo: GUARDA MUNICIPAL - Função: NÃO INFORMADO - Matrícula: 54463 -

Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: NÃO INFORMADO

B.O. registrado por: ALEXANDRE CRISTOVAM DA SILVA - Matrícula: 273400-1



DMTT

ESCADA - PE

PREFEITURA MUNICIPAL DA ESCADA
SECRETARIA DE INFRA-ESTRUTURA
DMTT - Departamento Municipal de Transportes e Trânsito



B.A.T

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

1. COMUNICADO À DELEGACIA DE:
ESCADA() OUTRA() _____

HORA _____ DATA 20/11/2019

2. NOME RECEBEDOR B.A.T.: _____

MATRICULA _____

Avenida Dr. Antonio de Castro, 680 - Jaguaribe - CNPJ: 11.294.303/0001-80. CEP: 55.500-000
e-mail: dmttpe@hotmail.com - (81) 3534-1400 - (81) 3534-1046 Escada / Pernambuco



PREFEITURA MUNICIPAL DA ESCADA
SECRETARIA DE SEGURANÇA SOCIAL
DMTT-DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRANSPORTES E TRÂNSITO

B.A.T - BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº 009 ANO 2019

COM ANEXO X SEM ANEXO _____



I LOCAL E DATA

MUNICÍPIO ESCADA RODOVIA: _____ Km _____ + _____ m
A.V/RUA RUA DOM BOSCO Nº 52 BAIRRO CIDADE CENTRAL
PONTO DE REFERÊNCIA LADEIRA DO LAVA PÊS DATA 02/07/2019
DIA DA SEMANA TERÇA-FEIRA HORA/OCORRÊNCIA 18:00 HORA/CHEG/PR 19:00

II TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO ABALROAMENTO COLISÃO CHOQUE CAPOTAMENTO
PEDESTRE X LONGITUDINAL _____ FRONTAL _____ OBJETO FIXO _____ TOMBAMENTO _____
ANIMAL _____ TRANSVERSAL _____ TRASEIRA _____ VEIC. PARADO _____ SAÍDA PISTA _____
OUTROS _____

III CONSEQUÊNCIAS

COM VÍTIMA X SEM VÍTIMA _____ QUANTD.MORTOS _____ QUANT.PERIDOS 01
Nº. VEÍCULOS ENVOLVIDOS NO ACIDENTE 01 NÃO IDENTIFICADO _____

IV CONDIÇÕES CIRCUNSTÂNCIAIS

ACID.VERIFICADO CONDIÇÕES DA VIA CONDIÇÕES DO TEMPO SINALIZAÇÃO SEMÁFORO
LONGO DA VIA X SECA X BOM X PERFEITO ESTADO _____ SEM DEFEITO _____
CRUZAMENTO _____ MOLHADA _____ CHUVA _____ NÃO EXISTENTE _____ COM DEFEITO _____
OUTROS _____ LAMEADA _____ NEBLINA _____ ILEGÍVEL _____ DESLIGADO _____
SEMAFORO _____ OLEOSA _____ GAROA _____ INCOMPLETA X NÃOEXISTE X

V CONTROLE DE TRÁFEGO

GCM X PLACA (PARE) _____ MÃO DE DIREÇÃO DIVISÃO DA VIA
F.PEDESTRE _____ PLACA (DÊ A PREF.) _____ ÚNICA _____ FAIXA CONTINUA X
F.RETENÇÃO _____ NÃO HÁ PLACAS X DUPLA X CANT.CENTRAL _____
OUTROS _____

VI CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA
SIM / NÃO
REALIZADO NO LOCAL _____ / X
ENC.PARA EXAME _____ / X
NÃO FOI REALIZADO X / _____
COMPORTAMENTO
PERMANECER NO LOCAL X / _____ / _____ / _____
NORMAL X / _____ / _____ / _____
SOCORREU A VÍTIMA X / _____ / _____ / _____
EVADIU-SE _____ / _____ / _____ / _____
ALCOOLIZADO _____ / _____ / _____ / _____



VII DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIRO

PROPRIETÁRIO
TOMOU CONHECIMENTO

VIII VEÍCULO

CATEGORIA	VI V2 V3 V4	ESPÉCIE VI V2 V3 V4	TIPO VI V2 V3 V4	CONT. TIPO VI V2 V3 V4
OFICIAL	/ / / /	PASSAGEIRO ☒ / / / /	AUTOMÓVEL ☒ / / / /	MICROÔNIBUS / / / /
PARTICULAR	☒ / / / /	MISTO / / / /	CAMINHONETE / / / /	MOTOCICLETA / / / /
ALUGUEL	/ / / /	CARGA / / / /	TÁXI / / / /	MOTONETA / / / /
REPRESENTAÇÃO	/ / / /	ESPECIAL / / / /	ÔNIBUS / / / /	BICICLETA / / / /
EXPERIÊNCIA	/ / / /	OBS. / / / /	CAMINHÃO / / / /	KOMBI/SIMIL. / / / /

IX VÍTIMA

V1 - NATUREZA DOS FERIMENTOS: LEVES ☐ GRAVES ☐ MORTAIS ☐

NOME ISLANDA MARIA FRANCA SILVA MOTORISTA ☐ PASSAGEIRO ☐ PEDESTRE ☒

ESTADO CIVIL SOLTEIRA IDADE 38 SEXO M F ☐ NACIONALIDADE BRASILEIRA

PROFISSÃO DOMESTICA RESIDÊNCIA Av. PAVIA LÉITE

BAIRRO CIDADE CENTRO MUNICÍPIO ESCAZADA UF SC

RG: 6432744 ORG. EXP. CPF: CIC: 55.500.000

SOCORRIDO: NO (A) HOSPITAL REGIONAL DA ESCAZADA ESCADA

DADOS FORNECIDOS (POR): SAMU

RESIDÊNCIA

MUNICÍPIO UF RG ORG. EXP: BAIRRO CPF

V1 - NATUREZA DOS FERIMENTOS: LEVES ☐ GRAVES ☐ MORTAIS ☐

NOME MOTORISTA ☐ PASSAGEIRO ☐ PEDESTRE ☐

ESTADO CIVIL IDADE SEXO M F ☐ NACIONALIDADE

PROFISSÃO RESIDÊNCIA

BAIRRO MUNICÍPIO UF

RG: ORG. EXP. CPF: CIC: 55.500.000

SOCORRIDO: NO (A) ESCADA

DADOS FORNECIDOS (POR):

RESIDÊNCIA

MUNICÍPIO UF RG ORG. EXP: BAIRRO CPF

V2 - NATUREZA DOS FERIMENTOS: LEVES ☐ GRAVES ☐ MORTAIS ☐

NOME MOTORISTA ☐ PASSAGEIRO ☐ PEDESTRE ☐

ESTADO CIVIL IDADE SEXO M F ☐ NACIONALIDADE

PROFISSÃO RESIDÊNCIA

BAIRRO MUNICÍPIO UF

RG: ORG. EXP. CPF: CIC: 55.500.000

SOCORRIDO: NO (A) ESCADA

DADOS FORNECIDOS (POR):

RESIDÊNCIA

MUNICÍPIO UF RG ORG. EXP: BAIRRO CPF

V2 - NATUREZA DOS FERIMENTOS: LEVES ☐ GRAVES ☐ MORTAIS ☐

NOME MOTORISTA ☐ PASSAGEIRO ☐ PEDESTRE ☐

ESTADO CIVIL IDADE SEXO M F ☐ NACIONALIDADE

PROFISSÃO RESIDÊNCIA

BAIRRO MUNICÍPIO UF

RG: ORG. EXP. CPF: CIC: 55.500.000

SOCORRIDO: NO (A) ESCADA

DADOS FORNECIDOS (POR):

RESIDÊNCIA

MUNICÍPIO UF RG ORG. EXP: BAIRRO CPF



X IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VI PLACA DO VEÍCULO KIT 8162 COR BEGE
 MARCA/MODELO: FIAT/IDEA GLX Flex ANO: 2008 RENAVAN 936805132
 MUNICÍPIO/UF: ESCALDA / PE Nº CHASSI: 93D13561382089132
 VEÍCULO Nº.EIXO OM CARGA SEM CARGA X

PROPRIETÁRIO: ROSANDA MARIA DA SILVA JANTOS
 RESIDÊNCIA: RUA EVARISTO ROCHA 118 MUNICÍPIO: ESCALDA
 BAIRRO: CIDADE CENTRO RG: _____ ORG.EXP. _____ CPF: 010.925.084-22

NOME DO CONDUTOR: THONATHAS THOMY DE ALBUQUERQUE SILVA
 RESIDÊNCIA: RUA TARCISIO LINS DE OLIVEIRA MUNICÍPIO: ESCALDA
 BAIRRO: RIACHO DO NAVIO RG: 9950203 ORG.EXP. SDS/PE CPF: 121.989.374-85
 CNH/PROT.Nº: 07097003275 CATEGORIA: A3 VALIDADE: 12/07/2021

V2 PLACA DO VEÍCULO _____ COR _____
 MARCA/MODELO: _____ ANO: _____ RENAVAN _____
 MUNICÍPIO/UF: _____ Nº CHASSI: _____
 VEÍCULO Nº.EIXO OM CARGA SEM CARGA _____

PROPRIETÁRIO: _____
 RESIDÊNCIA: _____
 BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____
 RG: _____ ORG.EXP. _____ CPF: _____

NOME DO CONDUTOR: _____
 RESIDÊNCIA: _____
 BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____
 RG: _____ ORG.EXP. _____ CPF: _____
 CNH/PROT.Nº: _____ CATEGORIA: _____ VALIDADE: _____

V3 PLACA DO VEÍCULO _____ COR _____
 MARCA/MODELO: _____ ANO: _____ RENAVAN _____
 MUNICÍPIO/UF: _____ Nº CHASSI: _____
 VEÍCULO Nº.EIXO OM CARGA SEM CARGA _____

PROPRIETÁRIO: _____
 RESIDÊNCIA: _____
 BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____
 RG: _____ ORG.EXP. _____ CPF: _____

NOME DO CONDUTOR: _____
 RESIDÊNCIA: _____
 BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____
 RG: _____ ORG.EXP. _____ CPF: _____
 CNH/PROT.Nº: _____ CATEGORIA: _____ VALIDADE: _____

V4 PLACA DO VEÍCULO _____ COR _____
 MARCA/MODELO: _____ ANO: _____ RENAVAN _____
 MUNICÍPIO/UF: _____ Nº CHASSI: _____
 VEÍCULO Nº.EIXO OM CARGA SEM CARGA _____

PROPRIETÁRIO: _____
 RESIDÊNCIA: _____
 BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____
 RG: _____ ORG.EXP. _____ CPF: _____

NOME DO CONDUTOR: _____
 RESIDÊNCIA: _____
 BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____
 RG: _____ ORG.EXP. _____ CPF: _____
 CNH/PROT.Nº: _____ CATEGORIA: _____ VALIDADE: _____



XIV DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO ACIDENTE
PROCEDIMENTO OBRIGATÓRIO EM LETRA EM FORMA LEGÍVEL

ESTAVAMOS DE SERVIÇO QUANDO FOMOS ACIONADOS POR POPULARES INFORMANDO DE UM APROXIMAMENTO NA RUA DOM JOSÉ EM FRENTE 12 Nº 52, CHEGANDO NO LOCAL ENCONTRAMOS A VÍTIMA NA VIAJADA DO SAMU SENDO ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DA ESCOLA. O CONDUTOR DO VEÍCULO SE APRESENTOU IMEDIATAMENTE AO AGENTE DA AUTORIDADE DE TRÂNSITO INFORMANDO QUE AO TRAFEGAR PELA VIA O VEÍCULO AO PASSAR EM (UM) (MONTE) (DA) ROSTO DE MURICIAZ DE CONSTRUÇÃO PERDEU ADERÊNCIA E A TRACÇÃO FAZENDO COM QUE O VEÍCULO NÃO DESLIZASSE FORÇA NECESSÁRIA E DESCENDO SEM CONTROLE ATINGISSE A VÍTIMA E A MESMA FICANDO PRESA ENTRE O CARRO E O POSTE. SEGUNDO O CONDUTOR ELE E ALGUNS POPULARES CONSEGUIRAM RETIRAR A VÍTIMA QUE ESTAVA LESIONADA E ACIONOU O SAMU E DEIXOU NO LOCAL ATÉ A CHEGADA DAS GUARDEIRAS DA POLÍCIA MILITAR E DA GUARDA MUNICIPAL. INFORMO TAMBÉM QUE O CONDUTOR NÃO APRESENTA VA SINAIS DE EMBRAGUÊS, NEM HÁBITO ETÍLICO, NEM FAMA EMBARÇADA E A TODO TEMPO PRESTANDO INFORMAÇÕES SOBRE A VÍTIMA. O CONDUTOR FOI ENCAMINHADO PARA A DELEGACIA LOCAL, A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL REGIONAL. FUI ENCAMINHADO AO HOSPITAL DOM HENRIQUE. ASSINADO AGENTE B.O. DA PM 20540729

AGENTE DE TRÂNSITO

GCM	POSTO GRADUAÇÃO	MATRÍCULA	DATA	ASSINATURA
HUGO SALES	GCM 39	54463	02/06/2019	[Assinatura]



XVI CROQUI

	MARCHA A FREN	
	ANTES DO ACIDE	
	APÓS O IMPACTO	
	OBJETO FIXO	
	ANIMAL	
	VEÍCULO	
	BICICLO	
	PONTO DE IMPAC	
	PEDESTRE	
	POSTE	
	ÁRVORE	
	ESTILIAÇOS	
MARCAS DE FRENAGEM		
MOTOCICLO		
CARROÇA		

CONCORDO COM O CROQUI HORA APRESENTADO.

ASS. COND. V1 Flamiano Jony de A. Silva

ASS. COND. V2 _____

ASS. COND. V3 _____

ASS. COND. V4 _____

CONDUTORES DE ACORDO COM TODAS AS INFORMAÇÕES NESTE B.A.T.

ASS. COND. V1 Flamiano Jony de A. Silva

ASS. COND. V2 _____

ASS. COND. V3 _____

ASS. COND. V4 _____

OBS: A NÃO REALIZAÇÃO DO CROQUI, CONFORME ART. 178 DO CTB, DEIXAR O CONDUTOR ENVOLVIDO EM ACIDENTE SEM VÍTIMA, DE ADOTAR PROVIDÊNCIAS PARA REMOVER O VEÍCULO DO LOCAL, QUANDO NECESSÁRIO, E TAMBÉM PARA ASSEGURAR A SEGURANÇA E A FLUIDEZ DO TRÂNSITO.



XVII - DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO B.A.T Nº. _____)
O PREENCHIMENTO ILEGÍVEL SERÁ DE RESPONSABILIDADE DO SIGNATÁRIO

DESCREVA ABAIXO, COMO OCORREU O ACIDENTE: (NÃO UTILIZAR O VERSO)

Eu Jonathan Jony de Albuquerque Silva, estava subindo a ladeira da Rua Dom Bosco, ao chegar na parte superior da ladeira, o carro, que estava na segunda marcha, pediu primeira marcha, mesmo assim não conseguiu subir e, conseqüentemente, começou a descer, após isso, apertei o freio do carro e o motor não funcionou, em seguida, puxei o freio de mão que também não segurou o carro, vindo a colidir com o poste e a mulher que estava por perto após sair do carro, repara que o carro estava prendendo o braço da mulher que estava por perto, então o poste, com a ajuda de algumas pessoas por perto conseguimos tirar o carro e algumas pessoas ficaram com a mulher de perto do poste, logo após, fiquei aguardando a chegada do Samu e a guarda de trânsito.

JONATHAN JONY DE ALBUQUERQUE SILVA
NOME DO CONDUTOR

9.950.393 / SDS
Nº.DA IDENTIDADE/ORG.EXP.

(68) 99918-9242
FONE:

KIT 8162
PLACA DO VEÍCULO

02/07/2019
DATA

18:40
HORA

Jonathan Jony de A. Silva
ASSINATURA DO CONDUTOR

OBSERVAÇÃO:

- 1) O condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando letra de forma legível;
- 2) O condutor sempre que possível deverá assinar o croqui e as avarias dos respectivos veículos;
- 3) O não cumprimento dos itens acima é de responsabilidade exclusiva dos condutores.



III - DECLARAÇÃO DO CONDUTOR, ANEXO AO B.A.T. Nº. _____
O PREENCHIMENTO ILEGÍVEL SPRA DI RESPONSABILIDADE DO SIGNATÁRIO.

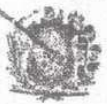
DESCREVA, ABAIXO, COMO OCORREU O ACIDENTE. NÚMERO DO VEÍCULO: _____

NOME DO CONDUTOR: _____ Nº DA IDENTIDADE/ORLENP: _____
FONE: _____ PLACA DO VEÍCULO: _____ DATA: _____ HORA: _____
ASSINATURA DO CONDUTOR: _____

OBSERVAÇÃO:

- 1) O condutor deverá fazer sua declaração de modo pautado utilizando letra de forma legível.
- 2) O condutor sempre que possível deverá assinar o croqui e as avarias dos respectivos veículos.
- 3) O não cumprimento de todos acima é de responsabilidade exclusiva dos condutores.





1.ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº M-10590729

Série-A
1ª Parte

Unidade Operacional:	Circunscrição	03ª ESCADA	Data do Registro	02/12/19	Hora do Registro	20:30	Nº da Folha / Total de Folhas	01 / 02			
Descrição da Natureza	ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA							Aviso de ocorrência do CÍODS			
Data (dia / mês / ano)	02/12/19	Hora (horário)			Nº						
Circunscrição de Registro	03ª	Autoria Conhecida	☒	Autoria Desconhecida	☐	Consumado Tentado	☐	Culposo Doloso	☐	Flagrante Alto Infracional	☐
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	VIA PÚBLICA								Nº		
Correlativo (Apto, Sala, Andar)	DOM BOSCO - LAVA-PEIS								Nº	311	
Município	CIDADE - CENTRO								CEP	55500	
Ponto de Referência	RE LADEIRA - DO LAVA PEIS										
☐ VÍTIMA ☒ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS									TURISTA	☐ SIM ☐ NÃO	
Nome / Razão Social	QUATRIAS JHONY DE ALBUQUERQUE SILVA										
Pat	JERONIMO JOSE DE ALBUQUERQUE SILVA										
Mãe	JOELMA ESTEVAM DA SILVA										
Apelido / Nome Fantasia	JOLIAS										
Data de Nascimento	11/02/72	Idade Anos	47	Sexo	M	Estado Civil	1. Solteiro(a) 2. Casado(a)	3. Viúvo(a) 4. Divorçado(a)	5. Amasiado(a) 6. Separado(a)	7. Não Informado	
RG	99.50393	CPF	000.000.000-00	CPF	000.000.000-00	CPF	000.000.000-00	CPF	000.000.000-00	CPF	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	VIA - PARANÁ LINS DE OLIVEIRA								Orgão Expedidor	SDS	
Bairro	RIACHO-UNIO 55500 ESCADA								Número	40	
Dados Profissionais/Empresas	SGT-ESA								Telefone / Contato (DDD-Número)		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	AV. NAÇÕES UNIDAS								Número	200	
Bairro	ESTADO EXPERIMENTAL								Telefone / Contato (DDD-Número)		
Altura Aparente	1.60 m	4.11 m	1.60 m	4.11 m	1.60 m	4.11 m	1.60 m	4.11 m	1.60 m	4.11 m	
Peso	64 kg	64 kg	64 kg	64 kg	64 kg	64 kg	64 kg	64 kg	64 kg	64 kg	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)	Tipo 1		Cor 1		Tipo 2		Cor 2		Tipo 3		
Barba (Descrever)	Tipo 1		Cor 1		Tipo 2		Cor 2		Tipo 3		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)	Tipo 1		Local 1		Tipo 2		Local 2		Tipo 3		
Defeito Físico (Descrever)	Tipo 1		Local 1		Tipo 2		Local 2		Tipo 3		
Unites (Descrever)	Tipo 1		Local 1		Tipo 2		Local 2		Tipo 3		
☒ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS									TURISTA	☐ SIM ☐ NÃO	
Nome / Razão Social	ISLANIA MARIA FRANCA SILVA										
Pat	J. SPALZ DE OLIVEIRA SILVA										
Mãe	JURACY FRANCA DA SILVA										
Apelido / Nome Fantasia											
Data de Nascimento	04/11/80	Idade Anos	38	Sexo	F	Estado Civil	1. Solteiro(a) 2. Casado(a)	3. Viúvo(a) 4. Divorçado(a)	5. Amasiado(a) 6. Separado(a)	7. Não Informado	
RG	6437744	CPF	000.000.000-00	CPF	000.000.000-00	CPF	000.000.000-00	CPF	000.000.000-00	CPF	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	AV. PAULO LÉITE								Orgão Expedidor	SDS	
Bairro	CIDADE - CENTRO 55500 ESCADA								Número		
Dados Profissionais/Empresas	PRÓPRIA - RESIDÊNCIA								Telefone / Contato (DDD-Número)		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	O MESMO								Número		
Bairro	CIDADE - CENTRO 55500 ESCADA								Telefone / Contato (DDD-Número)		
Altura Aparente	1.60 m	4.11 m	1.60 m	4.11 m	1.60 m	4.11 m	1.60 m	4.11 m	1.60 m	4.11 m	
Peso	64 kg	64 kg	64 kg	64 kg	64 kg	64 kg	64 kg	64 kg	64 kg	64 kg	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)	Tipo 1		Cor 1		Tipo 2		Cor 2		Tipo 3		
Barba (Descrever)	Tipo 1		Cor 1		Tipo 2		Cor 2		Tipo 3		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)	Tipo 1		Local 1		Tipo 2		Local 2		Tipo 3		
Defeito Físico (Descrever)	Tipo 1		Local 1		Tipo 2		Local 2		Tipo 3		
Dentes (Descrever)	Tipo 1		Local 1		Tipo 2		Local 2		Tipo 3		

Assinatura da Interessado(a)

Assinatura da autoridade pelo preenchimento

Impresso no Parque Gráfico da PMPE/AC

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº

14-10590729

Série:
2ª Parte

Unidade Operacional	Circunscrição	Data do Registro	Hora do Registro	Nº da Folha / Total de Folhas
1ª BPM	65ª ESQUADRA	02/02/19	20:30	02/02
Forma de Aproximação?	GT-21311			
Local de Entrada?	Forma de Entrada?			
Alterações no Local?	Forma de Evasão?			
Crimes Sexuais?	Estimativa?			
Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
Qual o motivo de registro do objeto?				
Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
Qual o motivo de registro do objeto?				
Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
Qual o motivo de registro do objeto?				
Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavam
UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? ☐ Sim ☒ Não	
Qual o motivo de registro do veículo?				
Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavam
UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
Qual o motivo de registro do veículo?				
FOMOS ACIONADOS PELA 3ª CPM PERMANÊNCIA PARA ATENDER UMA OCORRÊNCIA DE TRANSITO COM VITIMA, DE IMEDIATO FIZEMOS UM DESLOCAMENTO ATE O LOCAL DA OCORRÊNCIA QUANDO CHEGAMOS NO LOCAL A VITIMA SE ENCONTRA EM UMA UNIDADE MOVEL - SAMU E O VEICULO E CONDIOR ESTAVA NO LOCAL; COLHEMOS INFORMACOES NO LOCAL, E CONSTATAMOS QUE O VEICULO AO SUBIR A LADEIRA PERDEU ADRENCIA NO SOLO E PERDEU DE RE E APROPRIOU UMA SENHORA. FOMOS ATE O HOSPITAL REGIONAL E FALAMOS COM A MEDICA DE PLANO, ONDE ELA KALOU QUE O ESTADO CLINICO PELA "DIA" DA VITIMA ERA ESTAVEL E QUE SERIA TRANSFERIDA PARA O DOM HENRIQUE				
Exames Periciais: S. Solicitado R. Realizado				
Tipo do Exame	Envolvido	S	R	Tipo do Exame
Conducir	Recebido	S	R	Recebido
Matrícula	Unidade	Unidade		
Responsável pelo Preenchimento	Interessado(a)	Responsável pela Utilização		
Matrícula Nº 1500888	Ass: [Assinatura]	Matrícula Nº 54463		
Nome: [Assinatura]	Nome:	Nome: Japson Souza		

COMPARECIMENTO		
19/09		
23/09		
26/09		
30/09		Simone
03/10		Simone
07/10		
10/10		
14/10		
17/10		
21/10	(TENS - MSE)	
25/10	(US - Joelma)	
29/10	(Exercício)	
01/11	(Pala + Bica)	
05/11		
09/11		
13/11		
17/11		
21/11		
25/11		
29/11		

898003902374022

380m2

FISIOTERAPIA

Nome: Isabela M. Faria Silva

Diagnóstico: Trauma em MMEE

Horário: 22 a 5ª feira - 07h30

Início Tratamento: 26/08/2015

Fim Tratamento: 1/201

Atendimento	Volta	Assinatura
29/08/15		
02/09		João
05/09		
09/09		Simone
12/09		Simone
16/09		Simone





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DA ESCADA

Av. Doutor Antônio de Castro, 680 - Jaguaribe

Fone: (81) 3534.1046 - Fax: (81) 3534.1400

CNPJ: 11.294.303/0001-80 - CEP: 55500-000

1º VIA - FARMÁCIA

2º VIA - PACIENTE

PACIENTE:

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO:

Trabalhar seg. em
ou 8184

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident: Org. Emissor

End.:

Cidade:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: / /



SUS: 8980039 02374002

9728759 - Vaccinacao



**HOSPITAL REGIONAL
DR. BENÉVOLO WANDERLEY
DO AMARAL**

OK

Data: 02/07/19
Registro: 2938372
Atendimento:
(7) Geral
() Pediátrico
() Obstétrico

1. Identificação

Nome: Isolania Maria Franca Silva 38 anos
CNS: Paulo Roberto - 280 Data Nascimento: 09/11/1980 Sexo: () M (X) F
End.: cidade centro Bairro: cidade centro Cidade: Escada UF: PE
Procedência: _____

2. Queixa principal e história da doença atual:

3. Antecedentes Pessoais:

- ☐ Cardiopatias ☐ Doenças Degenerativas ☐ Tabagismo ☐ Obesidade
☐ DM ☐ Distúrbios Psiquiátricos ☐ Alcoolismo ☐ Alergias
☐ HAS ☐ Tuberculose ☐ Outras _____

4. Uso de Medicamentos ☐ Sim ☐ Não

5. Exame Físico

5.1 Estado Geral:

- ☐ Hidratado ☐ Afebril ☐ Febril Temperatura: _____ °C
☐ Desidratado ☐ Normocorado ☐ Acianótico ☐ Anictérico
☐ Anasarca ☐ Hipocorado ☐ Cianose ☐ Icterícia
☐ Hiperorado ☐ Palidez

5.2 Avaliação Neurológica: (Nível de Consciência)

- ☐ Consciente ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso
☐ Desorientado ☐ Orientado ☐ Semiháncose

Pupilas:

- ☐ Fotorreagentes ☐ Anisocoria: _____
☐ Isocoria ☐ Miose
☐ Midriase

Escala de Coma de Glasgow: _____ pontos.

Abertura ocular _____ Resposta verbal _____ Resposta motora _____

5.3 Sistema Respiratório: FR _____ ipm

- ☐ Eupnéico ☐ Dispnéico ☐ Máscara ☐ TOT ☐ Traqueostomia
O₂ suplementar _____ l/min. ☐ Cateter Nasal ☐ Macronebulização

Expansibilidade Torácica Conservada: ☐ Sim ☐ Não Local: _____

Murmúrios Vesiculares: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Diminuído Local: _____

Ruidos Adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Crepítantes Local: _____

Tosse: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Seca ☐ Produtiva Aspecto de secreção: _____

5.4 Sistema Cardiovascular:

FC _____ bpm PA: _____ x _____ mmHg

Ritmo cardíaco: ☐ Regular ☐ Irregular Ausculta: _____

Pulsos: ☐ Filiforme ☐ Cheio

Uso de drogas vasoativas: ☐ Não ☐ Sim: _____

Acesso venoso: ☐ Periférico ☐ Central ☐ Dissecção ☐ NPT

5.5 Sistema Gastrointestinal:

Abdome: ☐ Flácido ☐ Tenso ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Plano
☐ Globoso ☐ Ascítico

Eliminações Intestinais: ☐ Constipação ☐ Diarréia ☐ Normais ☐ Flatos

☐ Melenas ☐ Enterorragia ☐ Êmese ☐ Presente ☐ Ausente

Aspecto: _____

5.6 Sistema Geniturinário:

Diurese: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ SVA
☐ Cistostomia ☐ Dispositivo Urinário

Aspecto: _____

☐ Hemodiálise ☐ Diálise peritoneal

5.7 Sistema Musculoesquelético:

Mobilidade: ☐ Ativa ☐ Passiva

Movimentos Conservados: ☐ Sim ☐ Não

Goteira: ☐ Sim ☐ Não **Membro:** _____

Força motora: Conservada ☐ Sim ☐ Não Local: _____

5.8 Necessidades Psicossociais:

Atitudes: ☐ Cooperativo ☐ Não Cooperativo ☐ Agitado ☐ Choro
☐ Calmo ☐ Ansioso

5.9 Curativo

Tipo de Curativo: ☐ FO ☐ Úlcera de Pressão ☐ Outros Local: _____

Aspecto de curativo: ☐ Limpo ☐ Sujo

Aspecto exudato: ☐ Seroso ☐ Purulento ☐ Sanguinolento
☐ Serosanguinolento ☐ Piosanguinolento

Estado Geral: ☐ Grave ☐ Regular ☐ Bom



Horário de Atendimento: 19:40 hs.

Enfermeiro / COREN

6.0 Atendimento Médico

Horário de Atendimento: _____ hs.

6.1 Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Paciente chegou ao serviço trazido pelo SAMU com quadro de trauma por atropelamento na 2ª.

6.2 Diagnóstico Inicial:

@TCE lwa

6.3 Conduta:

1) Fui em contato com a Central de leito p/ transferência.

2) TCC = 15

Dr. J. Maria Farias
CRM: 28116

Paciente foi no SAMU.
Punha na.





PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU

Primavera, 17 de Julho de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o **Sra ISLANIA MARIA FRANÇA SILVA**, Portador do **CPF 010.401.964-62. RG 6437744 SSP/PE**, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU da cidade de Primavera/PE, no dia 02/07/19, vítima de atropelamento por carro na Rua Armando Paulo Leite, próximo aos correios, centro, cidade de Escada.

Sem mais para o momento, renovamos votos de estima e elevada consideração.

Tácito Humberto de A. Rocha
COREN-PE 676.066/ENF

Tácito Humberto de Araújo Rocha
Coordenador SAMU - Primavera





Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Secretaria da Saúde
FICHA DE ATENDIMENTO

Nº de Ocorrência

648971

1. Hora do chamado	18:35	2. Chegada ao local	19:20	3. Saída do local	19:40	4. Hora de conclusão	00:05	5. Saída do hospital	00:07			
6. Motivo/Solicitação	trauma								7. Data	02/07/19		
8. Tipo de recurso	☐ 1. USA ☒ 2. USB ☐ 3. VIR ☐ 4. Helicóptero ☐ 5. Moto											
9. Origem do acionamento	☐ 1. Domicílio ☒ 2. Via Pública ☐ 3. Unidade de Saúde ☐ 4. SAD											
10. Médico regulador	Rafael											
12. Paciente	Francisco Silva											
14. Data de nascimento	01/11/1986		15. Idade	33 anos		16. Sexo	☒ 1. Masculino ☐ 2. Feminino					
17. Logradouro	Avenida de Paulo								18. Nº	280		
19. Bairro	Centro								20. Município	Escada		
21. Zona	☒ 1. Urbana ☐ 2. Rural		22. Referência	Próximo ao Correo								
23. Local de ocorrência	☐ 1. Via Pública ☒ 2. Domicílio		24. Ocorrência relacionada ao trabalho	☐ 1. Sim ☒ 2. Não		25. Tipo de atendimento	☐ 1. Urgência ☐ 2. Causa externa ☐ 3. Obstétrico ☐ 4. SAD ☒ 5. Remoção/Saída ☐ 6. Político ☐ 7. Político					
26. Tipo de vítima	☒ 1. Pedestre ☐ 2. Condutor ☐ 3. Passageiro ☐ 4. Passageiro conduzido em local inadequado			27. Meio de locomoção da vítima	☐ 1. Automóvel ☐ 2. Moto ☒ 3. A pé ☐ 4. Bicicleta ☐ 5. Outro		28. Mecanismo do trauma	☐ 1. Capotamento ☐ 2. Queda ☐ 3. Impacto frontal ☒ 4. Impacto lateral ☐ 5. Impacto traseiro				
29. Natureza do acidente	☒ 1. Colisão/Abaloamento ☐ 2. Tombamento ou Capotamento ☐ 3. Choque com objeto fixo ☐ 4. Atropelamento ☐ 5. Queda em/ou veículo ☐ 6. Outro			30. Uso de capacete pela vítima	☐ 1. Sim ☒ 2. Não ☐ 3. Não se aplica		31. Uso de cinto pela vítima	☐ 1. Sim ☒ 2. Não ☐ 3. Não se aplica				
32. Uso de bebida alcoólica pela vítima	☐ 1. Sim ☒ 2. Não ☐ 3. Não se aplica			33. Intoxicação Exógena	☐ 1. Alcool ☐ 2. Drogas ilícitas ☐ 3. Medicamentos ☐ 4. Outros			34. Queda	☐ 1. Própria altura ☐ 2. Outra altura/Aproximadamente: _____ m			
35. Agressão	☐ 1. Arma de fogo ☐ 2. Arma branca ☐ 3. Agressão física ☐ 4. Abuso sexual ☐ 5. Outros			36. Outros acidentes	☐ 1. Alogamento ☐ 2. Enforcamento ☐ 3. Não sei ☐ 4. Outros			37. Tentativa de suicídio	☐ 1. Sim ☒ 2. Não			
38. Vias aéreas	☒ 1. Livre ☐ 2. Obstruída			39. Respiração	☒ 1. Normal ☐ 2. Traqueal ☐ 3. Bradipneia ☐ 4. Apnéia ☐ 5. Tórax com deformidades ou lesões			40. Circulação/pulso	☐ 1. Ausente ☐ 2. Presente ☒ 3. Cifoso ☐ 4. Fino			
41. Neurologia	☒ 1. Normal ☐ 2. Sonolência ☐ 3. Agitação ☐ 4. Coma ☐ 5. Convulsão			42. Perfunção peritórax	☐ 1. > 2 Segundos ☒ 2. < 2 Segundos			43. Escala de GCS/MAT	☐ 1. Defeito motor ☐ 2. Defeito da consciência verbal ☒ 3. Dificuldade de fala			
44. Coloração da pele	☒ 1. Normal ☐ 2. Palido ☐ 3. Cianose ☐ 4. Hiperêmico ☐ 5. Ictérico			45. Pupilas	☐ 1. Anisocoria ☐ 2. Mídriase ☐ 3. Miocose ☐ 4. Não reage ☐ 5. Isocoria ☐ 6. Anisocólicas			46. Alguns patologias	☒ 1. Sim ☐ 2. Não			
47. Alergia	☐ 1. Sim ☒ 2. Não			48. Uso medicamento	☒ 1. Sim ☐ 2. Não			49. Qual?	MAS			
50. Abertura ocular (AO)	☒ 1. Espontânea (4) ☐ 2. À voz (3) ☐ 3. À dor (2) ☐ 4. Nenhuma (1)		51. Resposta verbal	☒ 1. Orientada (5) ☐ 2. Confusa (4) ☐ 3. Palavras inapropriadas (3) ☐ 4. Palavras incompletas (2) ☐ 5. Nenhuma (1)		52. Resposta motora	☐ 1. Obedece a comandos (6) ☒ 2. Localiza dor (5) ☐ 3. Movimento de retirada (4) ☐ 4. Flexão anormal (3) ☐ 5. Extensão anormal (2) ☐ 6. Nenhuma (1)		53. Sinais vitais - SGV	HORA 19:25 PA 140 x 110 FC 88 PR 17 TEMP 36,8°C HGT 126 SpO2% 98		
54. Principais lesões	Crânio	Faco	Pescoço	Dorso	Costas	Abdomen	Pelve	Membro Superior Esquerdo	Membro Superior Direito	Membro Inferior Esquerdo	Membro Inferior Direito	
Amputação												
Contusão												
Escoriação												
Esmagamento												
Perfurante												
Contusão												
Fratura fechada												
Fratura aberta												
Laceração												
Luxação												
Queimadura												
Presença de sangramento												

55. Continua

☒ 1. Imob. Coluna cervical ☒ 2. Utilização de prancha

☒ 3. Imob. Membros ☐ 4. KED

☒ 5. Oxigenoterapia

56. Unidade de destino

57. Médico que recebeu

58. Equipe

Médico assistente:

Enfermeiro:

Técnico de enfermagem:

Condução/Piloto:

Responsável pelo preenchimento:

Solicitou apoio da UTI

☐ 1. Sim

☒ 2. Não

Observações:

Redirecionamento

☒ 1. Sim

☐ 2. Não

Causa:

Destino:

Obs: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações.

59. Cancelamento da ocorrência

☐ 1.

Pelo médico regulador

☐ 2.

Pelo solicitante

☐ 3.

Por erro

☐ 4.

Por cenário de risco para a equipe

60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica.

Testemunha:

Assinatura:

RG:

Data:

61. Múltiplas vítimas:

☐ 1. Sim

☐ 2. Não

Nº de vítimas:

Condição:

22. Outras descrições:

PCT - Vítima de trauma por atropelamento, a mesma andava a pé quando um carro perdeu o controle ao pulir uma ladreira e atropelou a vítima onde um impacto a jogou contra um poste. Corrente, Orientado, Espirítico, Inmune, Corado, Hipertensa, glicérid, apresentava uma fratura fechada de Vmero 7 Contusões na face, com corte no púbis profundo, e corte profundo também na patela esquerda e osso rixos. Foi realizado protocolo e levado para o regional de Escada, onde foi avaliada e encaminhada com semha 5718759 para o HPM pela Dr. Kelgria a mesma nos acompanhando, Chegado no HPM foi avaliada de novamente pelo Dr. Alisson, médico do plantão onde solicitou tomografia, realizada na mesma unidade e redirecionou com semha 5718827 para o HR, lá foi avaliada pelo neurocirurgião e ortopedista, onde deu alta e mandou novamente para HPM onde ficou sobe os cuidados da enfermagem e fisioterapia





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1449501/2019.

NOME: ISLANIA MARIA FRANCA SILVA.

Foi atendido às 00h34 do dia 04.07.2019.

Diagnóstico provável: T.C.E. - CONTUSÃO FRONTAL
Fratura linear frontal.

(ATROPELAMENTO)

Tratamento realizado: TAC DE CRÂNIO - (02) - HOSPITAL
Barroquinha.
ECG - 14
Tratamento Clínico - Contusão
VAZOR.

Obs. Examinada no SAE, do Hospital
Dr. Helder Camara. Alta em 12-07-2019

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 25-07-2019

ES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SAME
CRM: 4533

4533

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572







Secretaria de Saúde do Estado de
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Paciente: JURACY FRANCA SILVA
Nome Mãe: JURACY FRANCA SILVA
End: AVENIDA PAULO LEITE
Bairro: CENTRO Cidade: ESCADA
Nascimento: 09/11/1980
Localização: SALA INT VERMELHA / GERAL
Leito: LEITO 08 INT VERM Serviço: NEUROCIRURGIA
Data e Hora Atendimento: 04/07/2019 00:35

Nº 280
PE

Número do Atendimento

1449501

Data e Hora de Ater
04/07/2019 00:34

Atendimento Manual :

Nr Prontuário: 1684319 Paciente: ISLANIA MARIA FRANCA SILVA
Data de nascimento: 09/11/1980 Idade: 38a 7m 24d

Nm. Social:

Sexo: FEMININO

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão:

Acompanhante: DANIELA MARIA FRACA SILVA

DOC ID / Data expedição
6437744 / 02-Ago-99

Mãe: JURACY FRANCA SILVA

Pai: ISRAEL DE OLIVEIRA SILVA

Cartão SUS

Endereço: AVENIDA PAULO LEITE

Bairro: CENTRO

Cidade: ESCADA

Numero 280

Complemento:

Telefone: 93490031

Ocorrências:

04/07/19

UF: PE

Vigilância Epidemiológica Hospitalar
VEH-HR/NEPI

(Dona, mãe)

Motivo do atendimento: ACIDENTE ATROPELAMENTO

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social: 04/07 - Paciente com vínculo prévio. Atendimentos

Confirmação de nome: a mãe Daniela Maria, Fones:

Confirmação de endereço: em 03/07

Providências:

Alta ☐

Caso Social ☐

Encaminhamentos:

Rede de Apoio ☐

GPCA ☐

Cons. Tutelar ☐

Delegacias ☐

Minist. Público ☐

Outros ☐

Observação: 04/07 - Exames fornecidos a Daniela Maria, mãe.

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social
CRESS-PE 4019

História Clínica:

Paciente vítima de acidente de trânsito e
queda no sentido contrário, desorientado
durante 14, sem dor no tor

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 Que?

Exame Físico:

A. Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐

O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Tempo:

B. Respiratório

C. Circulatório

PA:

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
TOMOGRAFIA DA EMERGÊNCIA

DATA: 04/07/19 HORA: 11:37

MÉDICO: [Assinatura]

TÉCNICO: [Assinatura]

EXAME: [Assinatura]

CONTRASTE: [Assinatura]

Pulso

DATA: 04/07/19

MÉDICO: [Assinatura]

TÉCNICO: [Assinatura]

EXAME: [Assinatura]

CONTRASTE: [Assinatura]

RECIBO BAIXADO
[Assinatura]
FUNCIONÁRIO



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

Glasgow : 14

Exposição/Abdômen:

TC crânio : Contusão Frontal Bilateral

agnóstico Inicial:

TCE LEVE

Conduta:

→ Internar Hospital
→ Suporte Clínico
→ Vigilar Neuro

Plone Yanson Oliveira Eugenio
NEUROCIRURGIA
CRM-PE 24332

Evolução de Enfermagem:

Definição do Caso:	Condição de Alta:
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta	☐ Curado ☐ Melhorado
Internado na Clínica:	☐ Inalterado ☐ Piorado
Transferido para:	☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

CRM-PE 24332 Data: Hora:

Médico: Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: Nome completo legível: Assinatura:

No. da identidade: Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: Nome completo legível: Assinatura:

No. da identidade: Data e Hora Impressão: 04-Jul-19





RECEITUÁRIO

ISLANIA M: FRANÇA SILVA, 38a
P: 117978

AO HR (NEUROCIRURGIA)

SENHA: 5719455

ENCAMINHO PACIENTE SUPRACITADA
COM HISTÓRIA DE ATROPELAMENTO NA
~ 18 HORAS, EVOLUINDO COM EDEMA
PERIORBITAL E CEFALÉIA REFRACTÁRIA
A MEDICAÇÃO. FOI AVALIADA PELO NEURO
CIRURGIÃO NO HR ONTEM E DEVOLVIDA.
APRESENTOU PIORA DA CEFALÉIA. A NOVA
TOMOGRAFIA DE CRÂNIO, DESTA VEZ, APRESEN
TOU ALTERAÇÃO: (+) DE ÁREA DE CONTU
SÃO EM REGIÃO DE LOBO FRONTAL, INFERIORMEN
TE.



AO EXAME: BG Reg. Descolada 7+/4+,
ACIANÓTICA, ANICTÉPICA, CONSCIENTE, ORIENTADA,
SOLÉNTA

ACU/AR/ABD → N/DN

GLASGOW: 15, PUPILAS ISO CÓRICAS,
FOTORREFLEXANTES

⊕ EDEMA PERIORBITÁRIO BILATERAL

TAC DE CRÂNIO (03/07/19): ⊕ FRATURA
DE SEIO FRONTAL + ÁREA DE CONTUSÃO
EM LOBO FRONTAL (~ 2,5 x 2,8 cm)

HTD: TCE GRAVE.

CD: 11 AOS CUIDADOS DA NEUROCIRURGIA
DO HR.

03/07/19 - 18h

Dr. Diogo Taboga
CRM-PF 19.430



HOSPITAL DA REAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 04/07/2019 00:12

Nome Paciente: SLANIA MARIA FRANCA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 09/11/1980
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: U0002
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 04/07/2019 00:12 - 04/07/2019 00:16

ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

LARANJA - MUITO URGENTE

LARANJA

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HA 24 HORAS RETORNA COM PIORA DA CEFALÉIA TRAS TAC SUGESTIVA FRATURA DE SEIO FRONTAL E AREA DE CONTUSÃO EM LOBO FRONTAL

Observação:

SENHA 5719455

Fluxograma sintoma:

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es):

- DOR INTENSA?

Especialidade:

NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos:

- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 8

04/07/19

ANCA

12:35

DO: TAC (Fratura e

fratura

Per - sem controle

glsgon 14, e difito

manter-se em casa
com o tratamento

Neurocirurgia
04/07/2019

Acolhido(a) por: ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/07/2019 00:16

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



14/07/2018

#NCR - V. 1.1.1.1

- H.D.: Contusões fr

Paciente mantida - s/ stool
p/ s/ stools

- ECG 13
- cat. N. 1, 2, 3

Dr. Benjamin S. Kahozi
Médico
CRM-PE 23.283

05.07.19

NCR - HR

H.D.: Contusões Fraturas

Doença crônica
sua deterioração

Glossário 13

CD: Vigilância Nutricional

Pierre Versant Oliveira Eugênio
CRM-PE 24332



Isabela

09:15

7/07/19

08/07/19

AD: JTE

continua estavel
p intercorrências
ERG=15

Waxixas
- Não Achei TAC de crânio
CD: Novo TAC de crânio

Dr. Jesuino Albino
Neurocirurgia
CRM-PE 22.290

OP-07-2019- Rel. de do curativo MIE +
exame de Adenilson
Adenilson França
Téc. de Enf.
COREN-PE 787.102

20:00

7/07/19

09/07/19

AD: continua

continua estavel,
p intercorrências
ERG=15

Waxixas

CD: Exame lab
A Baranga

Dr. Jesuino Albino
Neurocirurgia
CRM-PE 22.290





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Isabela Maria

EVOLUÇÃO CLÍNICA

11/07/2019 - Serviço social

Fornecemos declarações com acompanhamentos
para Isabela Maria Franco Silva
cousin. Suzana Franco Silva de Paiva

Luciana Rodrigues
Assistente Social
CRESS 4648 4ª Região
Hospital da Restauração

11/7

MS

Spa útil

Gfêta @ Wmfor @

gr @

ca = 15

cl = Af CT Antale.

Dr. José Carlos Junior
Neurologista
CRM-PE 17015

12-07-2019 - Realização de Curativo e An-
tiseptização M.E. Adenilza

Adenilza França
Téc. de Enf.
COREN-PE 787.102



Glasgow		
Abertura Ocular ☒ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	Resposta Verbal ☒ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras Inadequadas (3 pts.) ☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☒ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (decort. X3 pts.) ☐ Extensão (descorb.) (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
Total: <u>15</u> pontos.		
IRM ☐ Sim ☒ Não A - Perda motora e sensitiva completa D - Motricidade funcional presente B - Apenas sensibilidade preservada E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos) C - Motricidade não funcional presente		
Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: _____ Venoclise: ☒ AVP ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso.		
Dieta ☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavagem ☒ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta		
Eliminações Intestinais: ☐ Normais ☒ Constipação a <u>02</u> dias ☐ Diarréia Diurese: ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____ Pele: ☐ Íntegra ☐ Lesionada ☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito Localização: _____ Estágio: _____ Queixas: _____ Exames: _____ Pareceres: _____ Observações (Diurnas / Noturnas): <u>Estado CC6-15, em observação</u> <u>paciente estável, obs. NCR.</u>		

Data: 07/07/19

Glasgow		
Abertura Ocular ☒ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	Resposta Verbal ☒ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras Inadequadas (3 pts.) ☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☒ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (decort. X3 pts.) ☐ Extensão (descorb.) (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
Total: <u>15</u> pontos.		
IRM ☐ Sim ☒ Não A - Perda motora e sensitiva completa D - Motricidade funcional presente B - Apenas sensibilidade preservada E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos) C - Motricidade não funcional presente		
Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: <u>em ambiente</u> Venoclise: ☒ AVP ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso.		
Dieta ☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavagem ☒ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta		
Eliminações Intestinais: ☒ Normais ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarréia Diurese: ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____ Pele: ☐ Íntegra ☒ Lesionada <u>pele sutura</u> ☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito Localização: _____ Estágio: _____ Queixas: <u>pac com queixa de epalica, obs. NCR</u> Exames: _____ Pareceres: _____ Observações (Diurnas / Noturnas): <u>paciente em estado NCR, p/ não farmacológico de alta</u> <u>Nadja 20/14/23</u>		

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

COD. 0013



Glasgow

Abertura Ocular ☒ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	Resposta Verbal ☒ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras inadequadas (3 pts.) ☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☒ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (decort. X3 pts.) ☐ Extensão (descorb.) (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
---	---	--

Total: 15 pontos.

TRM ☐ Sim ☒ Não Franquel: _____

A - Perda motora e sensitiva completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente
 D - Motricidade funcional presente E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).

Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: _____

Venoclise: ☒ AVP 150 ☐ AVC _____ ☐ JH _____ ☐ Sem Acesso.

Dieta
☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavagem
☒ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta

Eliminações Intestinais: ☐ Normais ☒ Constipação a 02 dias ☐ Diarréia

Diurese ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____

Pele: ☐ Íntegra ☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____

Queixas: _____

Exames: _____

Pareceres: _____

Observações (Dúvidas / Noturnas): Paciente estável, obs. NCR.

Ass: _____
Carimbo: PE 299.169 - ENF

Data: 07/07/19

Glasgow

Abertura Ocular ☒ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	Resposta Verbal ☒ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras inadequadas (3 pts.) ☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☒ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (decort. X3 pts.) ☐ Extensão (descorb.) (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
---	---	--

Total: 15 pontos.

TRM ☐ Sim ☒ Não Franquel: _____

A - Perda motora e sensitiva completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente
 D - Motricidade funcional presente E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).

Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: em ambiente

Venoclise: ☒ AVP _____ ☐ AVC _____ ☐ JH _____ ☐ Sem Acesso.

Dieta
☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavagem
☒ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta

Eliminações Intestinais: ☒ Normais ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarréia

Diurese ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____

Pele: ☐ Íntegra ☒ Lesionada pele sutura

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____

Queixas: pac com queixas de espasmo, obs. NCR

Exames: _____

Pareceres: _____

Observações (Dúvidas / Noturnas): Paciente em estado NCR, p/ não permanência de alta

Diário: _____

Ass: _____
Carimbo: COD. 0013

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível



Paciente: Isabela Maria Louco

Data: 09/07/19

Enfermaria: _____ Leito: _____

Hipótese Diagnóstica: Vitória de atropelamento

Glasgow		
Abertura Ocular ☒ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	Resposta Verbal ☒ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras inadequadas (3 pts.) ☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (decort. X3 pts.) ☐ Extensão (descorb.) (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
Total: _____ pontos.		
TRM ☐ Sim ☐ Não A - Perda motora e sensível completa D - Motricidade funcional presente Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Venoclise: ☐ AVP ☐ AVC ☐ JH Dietas: ☐ Zero ☐ SNG ☐ Via Oral ☐ SOG Eliminações Intestinais: ☐ Normais ☐ Constipação a Diurese: ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA Pele: ☐ Íntegra ☐ Lesionada ☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ Localização: _____ Queixas: _____ Exames: _____ Parcerias: _____ Observações (Diurnas / Noturnas): <u>usuário de medicação</u>		

Data: 05/07/19

Rodrigo Patriota
Coordenador SSIPE mat. 255.888-8
Coordenador 113.615 ENF

José Cristiane Bezerra
Coordenadora do Trabalho
142476-PE

Glasgow		
Abertura Ocular ☐ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	Resposta Verbal ☐ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras inadequadas (3 pts.) ☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (decort. X3 pts.) ☐ Extensão (descorb.) (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
Total: <u>13</u> pontos.		
TRM ☐ Sim ☒ Não A - Perda motora e sensível completa D - Motricidade funcional presente Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Venoclise: ☒ AVP ☐ AVC ☐ JH Dietas: ☐ Zero ☐ SNG ☒ Via Oral ☐ SOG Eliminações Intestinais: ☐ Normais ☐ Constipação a Diurese: ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA Pele: ☐ Íntegra ☐ Lesionada ☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ Localização: _____ Queixas: _____ Exames: _____ Parcerias: _____ Observações (Diurnas / Noturnas): <u>Seguindo a evolução</u> Diurno: _____		





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Hospital da Restauração / Neurocirurgia

Evolução de Enfermagem

PERNAMBUCO

Paciente: Islamio Maria Franco

Data: 05/07/19

Enfermaria: _____ Leito: _____

Hipótese Diagnóstica: Vitima de atropelamento

Glasgow

Abertura Ocular

- ☒ Espontânea (4 pts.)
- ☐ Ao comando verbal (3 pts.)
- ☐ A dor (2 pts.)
- ☐ Sem resposta (1 pts.)

Resposta Verbal

- ☒ Orientado / Conversando (5 pts.)
- ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.)
- ☐ Palavras inadequadas (3 pts.)
- ☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.)
- ☐ Sem resposta (1 pts.)

- ☐ Obedece (6 pts.)
- ☐ Localiza dor (5 pts.)
- ☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.)
- ☐ Flexão anormal (decoret. X3 pts.)
- ☐ Extensão (descorb.) (2 pts.)
- ☐ Sem resposta (1 pts.)

Total: _____ pontos.

IRM ☐ Sim ☐ Não

A - Perda motora e sensível completa
D - Motricidade funcional presente

Franquel: _____

B - Apenas sensibilidade preservada

E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).

C - Motricidade não funcional presente

Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros

Venoclise: ☐ AVP ☐ AVC ☐ JH

Dieta

- ☐ Zero
- ☐ Via Oral

- ☐ SNG
- ☐ SOG

- ☐ SNE
- ☐ Gastrostomia

- ☐ Gavagem
- ☐ Aberta

Eliminações Intestinais: ☐ Normais ☐ Constipação a

Diurese ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário

Pele: ☐ Íntegra ☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____

☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____

Queixas: _____

Localização: _____

Exames: _____

Estágio: _____

Pareceres: _____

Observações (Diurnas / Noturnas):

muco de msc e atropelamento medicado com

Rodrigo Patriota

Ceafex SES/PE mat. 255.868-6

CPF 113.615 ENF

Jouze Cristiane Bezerra
Data do Trabalho
142476-PE

Data: 05/07/19

continua

Glasgow

Abertura Ocular

- ☐ Espontânea (4 pts.)
- ☐ Ao comando verbal (3 pts.)
- ☐ A dor (2 pts.)
- ☐ Sem resposta (1 pts.)

Resposta Verbal

- ☐ Orientado / Conversando (5 pts.)
- ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.)
- ☐ Palavras inadequadas (3 pts.)
- ☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.)
- ☐ Sem resposta (1 pts.)

- ☐ Obedece (6 pts.)
- ☐ Localiza dor (5 pts.)
- ☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.)
- ☐ Flexão anormal (decoret. X3 pts.)
- ☐ Extensão (descorb.) (2 pts.)
- ☐ Sem resposta (1 pts.)

Total: 13 pontos.

IRM ☐ Sim ☒ Não

A - Perda motora e sensível completa
D - Motricidade funcional presente

Franquel: _____

B - Apenas sensibilidade preservada

E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).

C - Motricidade não funcional presente

Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros

Venoclise: ☒ AVP ☐ AVC ☐ JH

Dieta

- ☐ Zero
- ☒ Via Oral

- ☐ SNG
- ☐ SOG

- ☐ SNE
- ☐ Gastrostomia

- ☐ Gavagem
- ☐ Aberta

Eliminações Intestinais: ☒ Normais ☐ Constipação a

Diurese ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário

Pele: ☐ Íntegra ☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____

☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____

Queixas: _____

Localização: _____

Exames: _____

Estágio: _____

Pareceres: _____

Observações (Diurnas / Noturnas):

Seguindo a evolução da lesão e atropelamento

Diurno: _____

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

Ass: _____

CON 0013



Assinado eletronicamente por: HUGO SALES DA SILVA - 20/11/2019 13:32:24

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112013322441700000053376871

Número do documento: 19112013322441700000053376871



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Hospital da Restauração / Neurocirurgia

Evolução de Enfermagem



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente: Isabela

Data: 08.10.17

Enfermaria: Vermeilheiro Hipótese Diagnóstica: TCE

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
☒ Espontânea (4 pts.)	☒ Orientado / Conversando (5 pts.)	☒ Obedece (6 pts.)
☐ Ao comando verbal (3 pts.)	☐ Desorientado / Conversando (4 pts.)	☐ Localiza dor (5 pts.)
☐ A dor (2 pts.)	☐ Palavras inadequadas (3 pts.)	☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.)
☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.)	☐ Flexão anormal (decort. X3 pts.)
	☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Extensão (descorb.) (2 pts.)
		☐ Sem resposta (1 pts.)

Total: 75 pontos.

IRM ☐ Sim ☒ Não

Franquel: _____

A - Perda motora e sensível completa
D - Motricidade funcional presente

B - Apenas sensibilidade preservada

C - Motricidade não funcional presente

Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: _____

Venoclise: ☐ AVP ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso.

Dieta

☐ Zero

☐ SNG

☐ SNE

☐ Gavagem

☒ Via Oral

☐ SOG

☐ Gastrostomia

☐ Aberta

Eliminações Intestinais: ☐ Normais ☒ Constipação a 2 dias ☐ Diarréia

Diurese ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____

Pele: ☐ Inteira ☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____

Localização: _____

Estágio: _____

Queixas: Paciente evolui em TCE B. Acompanhada pela

Exames: De quando em quando, realização de nova TAC

Pareceres: De quando em quando, realização de nova TAC

Observações (Diurnas / Noturnas): Estável sem alterações clínicas

Mantendo cuidados

Vermeilheiro

428766

Data: 08.10.17

ISABELA MARIA

TCE

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
☐ Espontânea (4 pts.)	☐ Orientado / Conversando (5 pts.)	☐ Obedece (6 pts.)
☐ Ao comando verbal (3 pts.)	☐ Desorientado / Conversando (4 pts.)	☐ Localiza dor (5 pts.)
☐ A dor (2 pts.)	☐ Palavras inadequadas (3 pts.)	☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.)
☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.)	☐ Flexão anormal (decort. X3 pts.)
	☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Extensão (descorb.) (2 pts.)
		☐ Sem resposta (1 pts.)

Total: 15 pontos.

IRM ☐ Sim ☐ Não

Franquel: _____

A - Perda motora e sensível completa
D - Motricidade funcional presente

B - Apenas sensibilidade preservada

C - Motricidade não funcional presente

Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: _____

Venoclise: ☐ AVP ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso.

Dieta

☐ Zero

☐ SNG

☐ SNE

☐ Gavagem

☒ Via Oral

☐ SOG

☐ Gastrostomia

☐ Aberta

Eliminações Intestinais: ☐ Normais ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarréia

Diurese ☐ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____

Pele: ☒ Inteira ☒ Lesionada

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____

Localização: _____

Estágio: _____

Queixas: _____

Exames: _____

Pareceres: _____

Observações (Diurnas / Noturnas): Paciente sem alterações

Diurno: sem alterações

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

Assinado eletronicamente por: HUGO SALES DA SILVA
ASSINADO EM: 20/11/2019 13:32:24

COD. 0013



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Hospital da Restauração / Neurocirurgia

Evolução de Enfermagem



Paciente: Isblania Maria Data: 10/07/19

Enfermaria: U5 Leito: Hipótese Diagnóstica: contusão cerebral

Glasgow		Resposta Verbal		Resposta Motora	
Abertura Ocular ☒ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)		☒ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras inadequadas (3 pts.) ☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)		☒ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (decort. X3 pts.) ☐ Extensão (descorb.) (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	
Total: <u>15</u> pontos.					

TRM ☐ Sim ☒ Não
 A - Perda motora e sensitiva completa
 D - Motricidade funcional presente
 B - Apenas sensibilidade preservada
 E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).
 C - Motricidade não funcional presente

Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros
 Quais:
 Ventríclise: ☒ AVP ☒ MSD ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso

Dieta: ☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavagem
☒ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta

Eliminações Intestinais: ☐ Normais ☐ Constipação a dias ☐ Diarréia
 Diurese ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto:
 Pele: ☐ Íntegra ☒ Lesionada

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: / / ☐ Úlcera de decúbito
 Localização: Localização: Estágio:
 Queixas:
 Exames:
 Pareceres:
 Observações (Diurnas / Noturnas):
 Ass:

Data: 11/07/2019

Glasgow		Resposta Verbal		Resposta Motora	
Abertura Ocular ☒ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)		☒ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras inadequadas (3 pts.) ☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)		☒ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (decort. X3 pts.) ☐ Extensão (descorb.) (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	
Total: <u>15</u> pontos.					

TRM ☐ Sim ☒ Não
 A - Perda motora e sensitiva completa
 D - Motricidade funcional presente
 B - Apenas sensibilidade preservada
 E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).
 C - Motricidade não funcional presente

Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros
 Quais:
 Ventríclise: ☒ AVP ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso

Dieta: ☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavagem
☒ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta

Eliminações Intestinais: ☐ Normais ☐ Constipação a dias ☐ Diarréia
 Diurese ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto:
 Pele: ☐ Íntegra ☒ Lesionada FACE - MIE
☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: / / ☐ Úlcera de decúbito
 Localização: Localização: Estágio:
 Queixas: Médico retornou no 11:00h do notur
 Exames:
 Pareceres:
 Observações (Diurnas / Noturnas):
 Ass:

izido na Gráfica Hospitalar Alto Nivel



Assinado eletronicamente por: HUGO SALES DA SILVA - 20/11/2019 13:32:24

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112013322441700000053376871>

Número do documento: 19112013322441700000053376871

Paciente: ISLÂNIA MORAES

Data: 12/07/19

Enfermaria: _____ Leito: _____ Hipótese Diagnóstica: Contusões

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	
☒ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☒ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras Inadequadas (3 pts.) ☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☒ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (decort. X3 pts.) ☐ Extensão (descob. X2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)

Total: 15 pontos.

TRM ☐ Sim ☐ Não

Franquel: _____

A - Perda motora e sensível completa
D - Motricidade funcional presente

B - Apenas sensibilidade preservada

E - Retorno sensível e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).

C - Motricidade não funcional presente

Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: _____

Venoclise: ☒ AVP ☐ AVC ☐ JH

☐ Sem Acesso.

Dieta

☐ Zero

☒ Via Oral

☐ SNG

☐ SOG

☐ SNE

☐ Gastrostomia

☐ Gavagem

☐ Aberta

Eliminações Intestinais: ☐ Normais ☐ Constipação a _____ dias

Diurese ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA

☐ SVD

Aspecto: _____

Pele: ☐ Inteira ☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____

Localização: _____

Estágio: _____

Queixas: _____

Exames: _____

Pareceres: _____

Observações (Diurnas / Noturnas): Sol bom, OK

Ass: [Assinatura]

Ass: [Assinatura]
COREN 44911

Data: ____/____/____

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	
☐ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras Inadequadas (3 pts.) ☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (decort. X3 pts.) ☐ Extensão (descob. X2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)

Total: _____ pontos.

TRM ☐ Sim ☐ Não

Franquel: _____

A - Perda motora e sensível completa
D - Motricidade funcional presente

B - Apenas sensibilidade preservada

E - Retorno sensível e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).

C - Motricidade não funcional presente

Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: _____

Venoclise: ☐ AVP ☐ AVC ☐ JH

☐ Sem Acesso.

Dieta

☐ Zero

☐ Via Oral

☐ SNG

☐ SOG

☐ SNE

☐ Gastrostomia

☐ Gavagem

☐ Aberta

Eliminações Intestinais: ☐ Normais ☐ Constipação a _____ dias

Diurese ☐ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA

☐ SVD

Aspecto: _____

Pele: ☐ Inteira ☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____

Localização: _____

Estágio: _____

Queixas: _____

Exames: _____

Pareceres: _____

Observações (Diurnas / Noturnas): _____

Diurno: _____

Ass: _____



Paciente: _____ Data: ____/____/____

Enfermagem: _____ Leito: _____ Hipótese Diagnóstica: _____

Glasgow		
Abertura Ocular ☐ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	Resposta Verbal ☐ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras Inadequadas (3 pts.) ☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (decort. X3 pts.) ☐ Extensão (descorb.) (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
Total: _____ pontos.		

TRM ☐ Sim ☐ Não Franquel: _____
 A - Perda motora e sensitiva completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente
 D - Motricidade funcional presente E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).

Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TET ☐ Outros Quais: _____
 Ventilação: ☐ AVP _____ ☐ AVC _____ ☐ JH _____ ☐ Sem Acesso.

Dieta
☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavagem
☐ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta

Eliminações Intestinais: ☐ Normais ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarréia _____
 Diurese ☐ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____
 Pele: ☐ Íntegra ☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito Estágio: _____
 Localização: _____ Localização: _____
 Queixas: _____
 Exames: _____
 Pareceres: _____
 Observações (Diurnas / Noturnas): _____
 Ass: _____

Data: ____/____/____

Glasgow		
Abertura Ocular ☐ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	Resposta Verbal ☐ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras Inadequadas (3 pts.) ☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (decort. X3 pts.) ☐ Extensão (descorb.) (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
Total: _____ pontos.		

TRM ☐ Sim ☐ Não Franquel: _____
 A - Perda motora e sensitiva completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente
 D - Motricidade funcional presente E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).

Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: _____
 Ventilação: ☐ AVP _____ ☐ AVC _____ ☐ JH _____ ☐ Sem Acesso.

Dieta
☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavagem
☐ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta

Eliminações Intestinais: ☐ Normais ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarréia _____
 Diurese ☐ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____
 Pele: ☐ Íntegra ☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito Estágio: _____
 Localização: _____ Localização: _____
 Queixas: _____
 Exames: _____
 Pareceres: _____
 Observações (Diurnas / Noturnas): _____
 Ass: _____
 Diurno: _____

COD. 0013

uzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

NOME DO PACIENTE

blanca n.º chango

ENF./LEITO

REGISTRO N.º

PRESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE
DE APLICAÇÃO

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERV.
1- SPAG 2000ml	W 24h		
2- Dipirona 2g	W 6/6h	1 (1x1)	
3- Bromoprida 12mg	TAB W 8/8h		
4- Omeprazol 40mg	TAB W	medic. iguor	
5- Cuidados Gerais			
6. Nutrição	ONS 1000	em 12h	
Pharmal 100mg	100mg	em	
8 (min)			

CUIDADOS

7- Diete líquida com auxílio

ASSINATURA DO MÉDICO

roduzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

DIA 03/04

DIA 04/07

DIA 05/07

DIA

DIA 07/07

HORÁRIO
10:30-14
08:14
5:14

HORÁRIO
10:30-14
08:14
5:14

HORÁRIO
10:30-14
08:14
5:14

HORÁRIO
10:30-14
08:14
5:14

HORÁRIO
10:30-14
08:14
5:14

HORÁRIO
10:30-14
08:14
5:14

HORÁRIO
10:30-14
08:14
5:14

HORÁRIO
10:30-14
08:14
5:14

HORÁRIO
10:30-14
08:14
5:14

HORÁRIO
10:30-14
08:14
5:14

HORÁRIO
10:30-14
08:14
5:14

HORÁRIO
10:30-14
08:14
5:14

HORÁRIO
10:30-14
08:14
5:14

HORÁRIO
10:30-14
08:14
5:14

HORÁRIO
10:30-14
08:14
5:14

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO MÉDICO

Neurocirurgia
CRM-PE 26.503

Neurocirurgia
CRM-PE 26.503

Neurocirurgia
CRM-PE 26.503

Neurocirurgia
CRM-PE 26.503

Neurocirurgia
CRM-PE 26.503





P. DIURNO	P. DIURNO	P. DIURNO	P. DIURNO	P. DIURNO
P. DIURNO				
P. NOTURNO	P. NOTURNO	P. NOTURNO	P. NOTURNO	P. NOTURNO

09/11/2019
Hugo Sales da Silva
Causante Arrependido
da Autarquia
produzido sobre
os autos do
processo nº 19112013322455200000053376878

COD. 031



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

PRESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE
DE APLICAÇÃO

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERV.
Metoprolol - 50mg			
Metoprolol - 50mg - 1x/dia			
Difensor - 50mg - 1x/dia			
Profenidol - 50mg - 1x/dia			
Acetaminofeno - 500mg - 1x/dia			
Aspirina - 100mg - 1x/dia			

CUIDADOS

Dieta Livre
Sua + água - 6/6h
curativo

ASSINATURA DO MÉDICO

rodizado na Gráfica Hospitalar Alto Nível

NOME DO PACIENTE

João

ENF/LEITO

REGISTRO N.º

DIA 08/07

HORÁRIO 12:20-13:00

DIA 08/07

HORÁRIO 13:30-14:00

DIA 30/07

HORÁRIO 14:30-15:00

DIA 10/07

HORÁRIO 15:30-16:00

DIA 12/07

HORÁRIO 16:30-17:00

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

Dr. José Afonso Almeida
Neurocirurgia
CRM-PE 22.209

Dr. José Afonso Almeida
Neurocirurgia
CRM-PE 22.209

Dr. Decidido Junior
Neurologia
CRM-PE 17015

Dr. Decidido Junior
Neurologia
CRM-PE 17015



P. DIURNO	P. DIURNO	P. DIURNO	P. DIURNO	P. DIURNO
P. DIURNO	P. DIURNO	P. DIURNO	P. DIURNO	P. DIURNO
P. NOTURNO	P. NOTURNO	P. NOTURNO	P. NOTURNO	P. NOTURNO

08/07/19-66R
exame de unidade
referencia do n
no corpo e (branco)
no m 31 m E
curso periferias
esquerda facial
esquerda facial
el subvinte
me de corte
conform
personagem

COD. 0313

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Salvino Mano Franco

Enf / Leito: _____ Registro: _____

DIA: 04/04/19	DIA: 05/07	DIA: 06/07	DIA: 07/07	DIA: 08/07
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 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

SINAIS VITAIS

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10 - 16	81	94	80	80
22 - 16	20	20	20	17
22 - 10 - 16	36.0	36.7C	35.7C	36.2C
22 - 10 - 16	140x90	130x85	130x85	140x90
22	128x86	128x86	120x80	120x80

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Assinado eletronicamente por: HUGO SALES DA SILVA - 20/11/2019 13:32:24
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112013322455200000053376878
Número do documento: 19112013322455200000053376878

Registro de Enfermagem

Leito: _____

Paciente:	Plantão Diurno	Plantão Diurno	Plantão Diurno	Plantão Diurno
	Data: 08/07/19	Data: 08/07/19	Data: 08/07/19	Data: 08/07/19
Paciente acordou E.G.R. consciente orientada afetiva, rubor a dor (esquerda) na medula SSR manipulada redução de dores	Paciente acordou nosta unificada, na ritual, em EGR, com fe orientada, após dispositivo, nome fidelidade, OADR Bom. segue aos enclavados do EGR em	Paciente acordou consciente, Eupneica, aflição na C. Permeio realizados de seguros enclavados Tatyane Farias Ass. Tec. AUX: 1241564-1	Paciente acordou consciente, orientada qual, consciente orientada, que bul, eupneica, exarica por normais normais discreto em da, regulada dados da enferma Ass. Tec. AUX: 1241564-1	Paciente acordou consciente, orientada qual, consciente orientada, que bul, eupneica, exarica por normais normais discreto em da, regulada dados da enferma Ass. Tec. AUX: 1241564-1
	Ass. Tec. AUX: 1241564-1	Ass. Tec. AUX: 1241564-1	Ass. Tec. AUX: 1241564-1	Ass. Tec. AUX: 1241564-1
	Plantão Noturno	Plantão Noturno	Plantão Noturno	Plantão Noturno
	Data: 05/07/2019	Data: 07/07/2019	Data: 07/07/2019	Data: 08/07/2019
Paciente evoluiu em EGR, consciente, orientada, tada, AUP em MSDI afetiva, queixa-se de cefaleia, UUP cada 5m MCPM segue aos cuidados de enfermagem	Paciente evoluiu em EGR, consciente, orientada, tada, AUP em MSDI afetiva, queixa-se de cefaleia, UUP cada 5m MCPM segue aos cuidados de enfermagem	Paciente evoluiu em EGR, consciente, orientada, tada, AUP em MSDI afetiva, queixa-se de cefaleia, UUP cada 5m MCPM segue aos cuidados de enfermagem	Paciente evoluiu em EGR, consciente, orientada, tada, AUP em MSDI afetiva, queixa-se de cefaleia, UUP cada 5m MCPM segue aos cuidados de enfermagem	Paciente evoluiu em EGR, consciente, orientada, tada, AUP em MSDI afetiva, queixa-se de cefaleia, UUP cada 5m MCPM segue aos cuidados de enfermagem
Ass. Tec. AUX: 1241564-1	Ass. Tec. AUX: 1241564-1	Ass. Tec. AUX: 1241564-1	Ass. Tec. AUX: 1241564-1	Ass. Tec. AUX: 1241564-1

Cod. 0172

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Isolanir Maia

Enf / Leito: _____

Registro: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
☒	Aferição de sinais vitais (3 vezes ao dia)
☒	Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)
☐	Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)
☐	Mudança de decúbito (3 em 3 horas)
☐	Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)
☐	Cateterismo Intermitente (6 em 6 horas e se necessário)

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

SINAIS VITAIS

Frequência Cardíaca

Frequência Respiratória

Temperatura

Pressão Arterial

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

DIA: 09/07 DIA: 10/07 DIA: 11/07 DIA: 12/07

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 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06

M. Carolina S. Silva

Enf. 109

Elizabeth Aquino

Enf. 109

M. Carolina S. Silva

Enf. 109

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10	75	72	70	
16				
22	34			
10		93		
16	20	16	18	
22	22	10		
10				
16	36.0	36	36.1	
22				
10	40x80	30x90	220x70	
16				
22	120x80	140x70	140x90	

Laryane Farias Bello

COREN-PE 124156

Enf. 109

Registro de Enfermagem

Leito: _____

Paciente: _____

Plantão Diurno Data: / /	Plantão Diurno Data: / /	Plantão Diurno Data: / /	Plantão Noturno Data: / /	Plantão Noturno Data: / /
POT, EOR, consó ente, mientado hidralingido M.C. p media Reol pido SSU Espal, segue aos cuidados	Pot cl EOR, concomente quantidade SSN esteiras dado 10 POT (7) SIC Dup, segue aos cuidados Ass. Tec./Aux: _____	Pot cl EOR, concomente dado 10 POT (7) SIC Dup, segue aos cuidados Ass. Tec./Aux: _____	Pot cl EOR, concomente dado 10 POT (7) SIC Dup, segue aos cuidados Ass. Tec./Aux: _____	Pot cl EOR, concomente dado 10 POT (7) SIC Dup, segue aos cuidados Ass. Tec./Aux: _____
Ass. Tec./Aux: _____ Plantão Noturno Data: / /	Ass. Tec./Aux: _____ Plantão Noturno Data: / /	Ass. Tec./Aux: _____ Plantão Noturno Data: / /	Ass. Tec./Aux: _____ Plantão Noturno Data: / /	Ass. Tec./Aux: _____ Plantão Noturno Data: / /

Cod. 0172



Amostra No.: 10
ID DOENTE: 1449501
Nome: ISLANIA MARIA J

SILVA

Rack: 1
Serviço: VERMELHA UT

Tubo: 2

09/07/2019 22:56:33

Data Nasc.:

Sexo:

ID Analisador: XT-4000i-1

HEMOGRAMA

WBC	13.48	[10 ³ /uL]	
RBC	3.73	[10 ⁶ /uL]	
HGB	10.2	[g/dL]	
HCT	29.5	[%]	
MCV	79.1	[fL]	
MCH	27.3	[pg]	
MCHC	34.6	[g/dL]	
PLT	286	[10 ³ /uL]	
RDW-SD	38.2	[fL]	
RDW-CV	13.7	[%]	
MPV	11.6	[fL]	
NEUT	8.04 *	[10 ³ /uL]	59.7 * [%]
LYMPH	4.03 *	[10 ³ /uL]	29.9 * [%]
MONO	1.05 *	[10 ³ /uL]	7.8 * [%]
EO	0.33	[10 ³ /uL]	2.4 [%]
BASO	0.03	[10 ³ /uL]	0.2 [%]
IG	0.16	[10 ³ /uL]	1.2 [%]

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO.....%
SEGMENT.....%
EOSIN.....%
LINF.....%
LINF ATIP.....%
MONO.....%
BASO.....%

META.....%
MIELO.....%
PROMIELO.....%
LASTO.....%

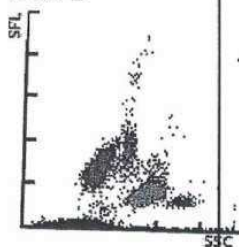
GRAN TOXICAS.....

SERIE VERMELHA

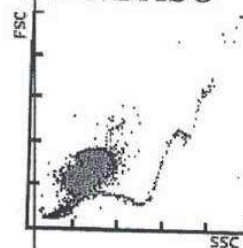
NORMOCITICA.....
NORMOCROMICA.....
MICROCITOS.....
MACROCITOS.....
ANISOCITOSE.....
ERITROBLASTO.....

OBSERVACOES:

DIFF



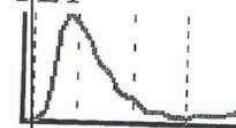
WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

WBC-BF	[10 ³ /uL]	
RBC-BF	[10 ⁶ /uL]	
MN	[10 ³ /uL]	[%]
PMN	[10 ³ /uL]	[%]
TC-BF#	[10 ³ /uL]	

RBC/RET Mensagem IP

SP PLT Mensagem IP

Silvia Veloso da Silveira
Biomédica
CRM 821 - CPF 000.232.784-15



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

0000655

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Henio Marc Rana

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

489501

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

CT RENO

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

16 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

18 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

22 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

00832250566

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Cod. 0421





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HR

2 - CNES
0000655

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
Orlando Jolanda Maria Franca

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
TAC RX Tórax

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
**SES HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
TOMOGRAFIA DA EMERGÊNCIA**

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

DATA **08/07/19** HORA **11:37**

MÉDICO
TÉCNICO
EXAME: **TCE**
CONTRASTE: **ML**

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO
08/07/19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)
**Dr. Jequino Albino
Neurocirurgia
CRM 22.499**

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
AUTORIZAÇÃO

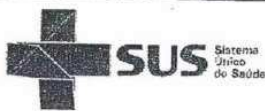
28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
1/1

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Cod. 0421





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Isadora Maria Franco Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1459501

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC DE LOMBALGIA

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC cervical

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

**SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
TOMOGRAFIA DA EMERGEN**

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

DATA 04/07/19

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

MÉDICO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TÉCNICO

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

EXAME

CONTRASTE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Bruno Lobos

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04/07/19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

02698275448

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Cod. 0421

