



Assinado eletronicamente por: ISABELA MARIA DA SILVA - 23/08/2019 13:03:25
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082313032583700000048978492>
Número do documento: 19082313032583700000048978492

Num. 49749909 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: ISABELA MARIA DA SILVA - 23/08/2019 13:03:25
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082313032583700000048978492>
Número do documento: 19082313032583700000048978492

Num. 49749909 - Pág. 2

Isabela Maria
Advocacia & Consultoria Jurídica
"Sabemos, porém, que a lei é boa, se alguém dela usa legitimamente." (1 Tm. 1.8)

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSEFA MARIA DE LIMA, brasileira, viúva, não alfabetizada, aposentada, portadora do RG sob o nº 6774302 SDS/PE e CPF sob o nº 067.327.944-85, cel. (81) **9.9616-1554**, residente e domiciliada na Rua Severino Vela, 65, Centro, CEP 55840-000, Lagoa de Itaenga/PE.

OUTORGADA: Dra. **ISABELA MARIA DA SILVA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE sob o nº 47.486-D e no CPF sob o nº 114.822.154-97, com endereço profissional sito na Rua Venâncio José Correia de Lima, 03, Centro, CEP 55840-000, Lagoa de Itaenga/PE, onde recebe intimações de estilo.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo minha bastante procuradora a outorgada, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, e especialmente para: requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei Nº 6.194/74) por invalidez permanente **sinistro: 3190295062**, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga a Advogada acima descrita, os poderes para, em nome do outorgante, receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação.

Neste ato, autoriza ainda, a retenção de 30% (trinta por cento) a títulos de honorários advocatícios contratuais *AD EXITUM*, a serem descontados dos valores percebidos, o descumprimento desta cláusula torna este instrumento título executivo.

Lagoa de Itaenga/PE, 18 de julho de 2019.



JOSEFA MARIA DE LIMA
CPF: 067.327.944-85
(CONTRATANTE)

Marlene Josefa de Lima
MARLENE JOSEFA DE LIMA
CPF: 100.309.284-51
(A ROGO)

TESTEMUNHAS:

Ana maria da silva
ANA MARIA DA SILVA
CPF: 050.416.644-12

Isaiane Maria da silva Oliveira
ISAIANE MARIA DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 114.821.204-37

Rua Venâncio José Correia de Lima, 03, Centro, CEP 55840-000, Lagoa de Itaenga/PE.

E-mail: dra.isabelamaria.adv@gmail.com
Cel. (81) 9.9871-4721 – 9. 9133-0209



Isabela Maria
Advocacia & Consultoria Jurídica
"Sabemos, porém, que a lei é boa, se alguém dela usa legitimamente." (1 Tm. 1.8)

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

JOSEFA MARIA DE LIMA, brasileira, viúva, não alfabetizada, aposentada, portadora do RG sob o nº 6774302 SDS/PE e CPF sob o nº 067.327.944-85, cel. (81) 9.9616-1554, residente e domiciliada na Rua Severino Vela, 65, Centro, CEP 55840-000, Lagoa de Itaenga/PE, **DECLARA**, para todos os fins de direito e sob pena de ser responsabilizada criminalmente por falsa declaração, ser pobre no sentido jurídico do termo, por não possuir condições de pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios, **sem prejuízo de seu sustento e de sua família**, necessitando, portanto, **DA GRATUIDADE DA JUSTICA**.

Lagoa de Itaenga/PE, 18 de julho de 2019.



JOSEFA MARIA DE LIMA
CPF: 067.327.944-85
(CONTRATANTE)

Marlene Josefa de Lima
MARLENE JOSEFA DE LIMA
CPF: 100.309.284-51
(A ROGO)

TESTEMUNHAS:

Ana maria da silva
ANA MARIA DA SILVA
CPF: 050.416.644 - 12

Isaiane maria da silva Oliveira
ISAIANE MARIA DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 114.821.204-37

Rua Venâncio José Correia de Lima, 03, Centro, 55840-000, Lagoa de Itaenga/PE.
E-mail: dra.isabelamaria.adv@gmail.com
Cel. (81) 9. 9871-4721 – 9.9133-0209



Assinado eletronicamente por: ISABELA MARIA DA SILVA - 23/08/2019 13:03:25
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082313032590600000048978501>
Número do documento: 19082313032590600000048978501

Num. 49749918 - Pág. 2



Fonte: Agência Nacional de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Tarifa Social de Energia Elétrica. Chatá pelo 0800 7722222

Companhia Energética de Pernambuco
Av. Joá de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SUELI SEVERINA FELIPE DA COSTA

CPF 030 904 294-11 NIS 19017039216

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL BANARÉNDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
068427902	UNICA	18/06/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
18/06/2019	2001815574	1824872

1824672

DESCRIÇÃO DA RUTA FISICA	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo ate 30 kWh	30.0000000	0,18506106	5,55
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh	45.0000000	0,31724757	14,27
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,13
Controle Ilum. Publica Municipal			2,82
Multa por atraso-NF 056845023 - 18/04/19			0,95
Juros por atraso-NF 056845023 - 18/04/19			0,63
Atualizacão IGF-M-NF 056845023 - 18/04/19			0,28

TOTAL DE FEATURES

ESTRATÍFICO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO							AJUSTE	CONSUMO (kWh)
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS		
40055851	CAT	20-05-2019	12.019,00	18-06-2019	12.094,00	29	1.000,00	75,00

1000000000

HISTÓRICO DE CONSUMO	
MES/AÑO	VALOR
JUN'19	75
MAY'19	154
ABR'19	139
MAR'19	147
FEV'19	131
JAN'19	151
DEZ'18	158
NOV'18	181
OCT'18	99
SET'18	121
AGO'19	158
JUL'18	114
JUN'18	154

ASSESSMENT OF TRIBUTOS

CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		
		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS				
PIS		19,95	0,17	0,03
COFINS		19,95	0,78	0,15
				Total R\$ 19,85
				TARIFAS APLICADAS 0,1832845

148 of 150

RESERVADO AL FISCO

— 10 —

As diretrizes gerais de
furamento (Resolução ANEEL
41/2010) faltam produzir
seus ecos prestados tributários se
era criada uma disposição para
comitê em missas unidades de
abastecimento no site

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					TE NOM
CONJUNTO	VALOR APURADO AG/2013	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	
DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	
DMIC	0,00	0,00	0,00	0,00	

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

ACORDO PARA RECEBIMENTO DE PAGAMENTO DE FOLHA DE PAGAMENTO

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
4001658021	06/2019	27/06/2019	24,63

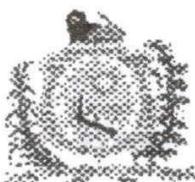


Assinado eletronicamente por: ISABELA MARIA DA SILVA - 23/08/2019 13:03:25

Assinado eletronicamente por: ISABELA MARIA DA SILVEIRA - 25/06/2019 15:35:20
<https://pie.tipe.ius.br:443/1/a/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082313032590600000048978501>

Número do documento: 19082313032590600000048978501

Núm. 49749918 - Pág. 3



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 054ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DE
ITAENGA - DP54ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19 E0144000249

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/04/2019 às 10:26

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 10/2/2019 às 17:23

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 1, RUA: SEVERINO VELA** - Bairro: **CENTRO - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO /BRASIL** - Ponto de Referência: **BAR DE TOIO**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTOTAXISTA NONOCA (AUTOR \ AGENTE)
MARLENE JOSEFA DE LIMA (NOTICIANTE)
JOSEFA MARIA DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
MOTOTAXISTA NONOCA

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

JOSEFA MARIA DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **JOSEFA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOSE EUFRASINO DIAS** Data de Nascimento: **23/6/1950** Naturalidade: **VICENÇIA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6774302/SDS/PE (RG), 06732794486 (CPF)** Estado Civil: **VIUVO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: - **882723128**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 65, RUA:SEVERINO VELA - JACARE - 2 CENTRO DE LAGOA DE ITAENGA - CEP: 56888-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO/BRASIL, BAR DO TOIO**

MARLENE JOSEFA DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **JOSEFA MARIA DE LIMA** Pai: **LUIZ MARIANO DE LIMA** Data de Nascimento: **12/11/1988** Naturalidade: **NAZARÉ DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8116840/SDS/PE (RG), 10036928451 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:



- 882723128

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 68, RUA: SEVERINO VELA - JACARE - 2 CENTRO DE LAGOA DE ITAENGA - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO BAR DO TOIO**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): MOTOTAXISTA NONOCA, que estava em posse do(a) Sr(a): MOTOTAXISTA NONOCA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **OUTRA COR** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMUNICA A INFORMANTE QUE: SUA GENITORA, A PESSOA DE JOSEFA MARIA DE LIMA, QUE NO DIA 10/02/2019 POR VOLTA DAS 17:20 ELA A VITIMA QUE ESTAVA COM A NETA, PRÓXIMO DE SUA RESIDENCIA NO CALÇAMENTO, PRÓXIMO A CALÇADA QUANDO DE REPENTE UMA MOTOCICLETA FEZ UMA MANOBRA BRUSCA PRA NÃO COLIDIR COM UM CACHORRO E ATINGIU, A VITIMA, QUE CONFORME ACOMUNICANTE, E FILHA DA VITIMA, O MOTOCICLISTA E CONHECIDO COMO NONOCA, E QUE O MESMO APÓS O OCORRIDO FOI CORRENDO AO SAMU, E DEPOIS SUMIU, NÃO DANDO MAS ASSISTENCIA A VITIMA E FAMILIARES. LOGO APÓS A VITIMA FOI SOCORRIDA POR VIZINHOS PRA IDADE DE SAÚDE LOCAL DA PREFEITURA CONFORME REGISTRO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA N:5587828 DA SEC.MUNICIPAL DE SAÚDE,QUE FEZ A TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE PARA A RESTAURAÇÃO SOBRE O ATENDIMENTO N:1384681 AS 18:30HS. DEVIDO AS GRAVIDADES DO MESMO PROVOCADO PELO ACIDENTE DA TRANSITO SOFRIDO.(ATROPELAMENTO) DIANTE DA SITUAÇÃO, VEIO A ESTA DELEGACIA REGISTRAR O FATO OCORRIDO AGORA DIAS DEPOIS, DEVIDO AO PACIENTE TER FICADO LA NA RESTAURAÇÃO UM MES, E DEZOITO DIAS, TENDO RECEBIDO ALTA NO ULTIMO DIA 29/03/2019. INFORMA QUE VAI DAR ENTRADA NO SEGURO DO DPVAT,POIS O AUTOR DO ACIDENTE NÃO DEU NENHUMA ASSISTENCIA A VITIMA ATÉ O PRASADO MOMENTO .SEM MAS ENCERRO ESTE BOE.

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

JOSEFA MARIA DE LIMA
(VITIMA)

MARLENE JOSEFA DE LIMA *Marlene Josefa de Lima*
(NOTICIANTE)

Condutor da ocorrência:

Nome: **RINALDO CLEMENTE DE SANTANA**
Cargo: **COMISSÁRIO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **380998-0** - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: **DELEGACIA DE POLÍCIA DA 854^ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DE ITAENGA - DP854^ªCIRC DINTER 1/1^ª DESEC**

B.O. registrado por: **RINALDO CLEMENTE DE SANTANA** - Matrícula: **380998-0**

Rinaldo Clemente de Santana



2 de 2

03/04/2019 10:16





**PRÉ-EDITAL MUNICIPAL DE
LAGOA DE ITAENGA**
Avançando no rumo certo.

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA JOSEFA CAVALCANTI
DE PETRIBÚ**

R6: 6714 302

FICHA DE OBSERVAÇÃO/OU EMERGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

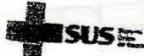
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO MÉDICA
RELATÓRIO D
1) Furosemide 1amp - ABG /
2) Tramadol 100mg + com 0 500,00 /
3) ADHHR - 50,17300⁰⁰ ING /
4) Samp 1/6 + K 1/6 / sem
18/3/2018

Sheep Management

Assessoria de Médicos - CREMEPE





PREFEITURA MUNICIPAL DE LAURO DE ITAENGA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE REGISTRO DE ATENDIMENTO						
MÉDICO REGULADOR:	DATA: 10-02-19		OPERADOR DE FROTA:			
	HORA: 17:23	ID: 5587810	OCORRÊNCIA: SAMU	UNIDADE MÓVEL	BASE: Lauro de Itaenga	
ENDERECO DA OCORRÊNCIA:	Rua Sereino Vila 6,5 Centro		MUNICÍPIO: Lauro de Itaenga			
BAIRRO:						
PONTO DE REFERÊNCIA:	Tijuca de Jeneus					
NOME DA VÍTIMA:	Isabela Maria de Souza		IDADE: 68	SEXO: F () M ()		
SOLICITANTE/FONE			CARTÃO DE SAÚDE-SUS			
QUEIXA:						
COMUNICAÇÃO: 1723	SAÍDA DA BASE: 17:30	CHEGADA LOCAL: 17:35	CHEGADA DESTINO	SAÍDA DESTINO	CHEGADA BASE: 23:00	
<input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA (SENHA): 5617309						
TIPO DE AGRADO	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> CONDUTOR DE VÉHICULO <input type="checkbox"/> AGRESSÃO <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SEIERRAMENTO		<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAP <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO <input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> TÉRMICA <input type="checkbox"/> QUÍMICA <input type="checkbox"/> ELÉTRICA <input type="checkbox"/> FRIGOCATÉTICO <input type="checkbox"/> OUTROS	MEIOS	
ANTECEDENTE	<input type="checkbox"/> DIABES <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO <input type="checkbox"/> ALÉRGIA <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS		<input type="checkbox"/> CONVULSÕES <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIÁCA <input type="checkbox"/> DOENÇA INFETICO CONTAGIOSA <input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL <input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL	<input type="checkbox"/> DROGADIAÇÃO <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL <input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES <input type="checkbox"/> MEDICAMENTO <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS <input type="checkbox"/> OUTROS		
EXAME CLÍNICO: QUEIXAS/SINTOMAS	<input type="checkbox"/> AGITAÇÃO/AGRESSIVIDADE <input type="checkbox"/> ALÉRGIA <input type="checkbox"/> AUSÊNCIA DE PULSO		<input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> DIFÍCULDADE RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> DOR LOCAL	<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE/DESPAIXO <input type="checkbox"/> PALIDEZ <input type="checkbox"/> SANGRAMENTO <input type="checkbox"/> VÓMITO		
INÍCIO DOS SINTOMAS:	MENOS DE 1 HORA ()	1 A 3 HORAS ()	MAS DE 4 HORAS ()	MAIS DE 24 HORAS ()	NÃO SABE ()	
HORA	14:00:50	PULSO	FR	TEMPERATURA	GLICEMIA, SATURAÇÃO	
ENCIO	14:00:50					ESCALA GLASGOW
FIM						
RESPIRAÇÃO: VIA AÉREA	OBS:		AUSCULTA:	EXPANSIBILIDADE:		
<input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> ESTRONCO ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> EDEMA DE GLOTE	<input type="checkbox"/> RESTRIÇÃO/VENTILAÇÃO <input type="checkbox"/> ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> PARADA RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> ASSISTIDA <input type="checkbox"/> RITMO REGULAR		<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> RONCOS/SIBILOS <input type="checkbox"/> ESTERTORES <input type="checkbox"/> DIMINUIÇÃO MV <input type="checkbox"/> AUSÊNCIA MV	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR		
TERMO DE RECUSA:						
Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico-disponibilizado pelo SAMU, nessa oportunidade: RG ou CPF: ASSINATURA: *						



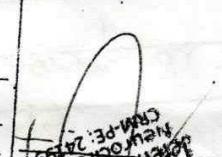
ACHADOS: CREPITAÇÃO ENFISEMA SUBCUTÂNEO EXPECTORAÇÃO MUCOSA/PURULENTA HEMOPTISE HÁLITO ETÍLICO OUTROS

CIRCULAÇÃO								
PELE	<input type="checkbox"/> CIANOSE	<input type="checkbox"/> FRIA	<input type="checkbox"/> ÚMIDA	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> PALIDEZ	<input type="checkbox"/> QUENTE	<input type="checkbox"/> SECA	<input type="checkbox"/> OUTROS
EDEMA	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> PALPITAL	<input type="checkbox"/> M. INFERIORES	<input type="checkbox"/> ANASARCA				
PERFUSÃO	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> RETARDADA	<input type="checkbox"/> AUSENTE					
PULSO	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> IRREGULAR	<input type="checkbox"/> FINO	<input type="checkbox"/> CEITO	<input type="checkbox"/> AUSENTE			
AUSCULTA	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> HIPOPONÉSE	<input type="checkbox"/> PERICÁRDIO	<input type="checkbox"/> ATRITO	<input type="checkbox"/> ARRITMIA	<input type="checkbox"/> SOPRO		
ECG	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ALTERADO	<input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO					

PRINCIPAIS LESÕES	CRÂNIO	FACE	PESCOÇO	DORSO	TÓRAX	ABDÔMEN	PELVE	MS		MD	
								E	D	E	D
AMPUTAÇÃO											
CONTUSÃO											
ESCORIACÃO											
ESMAGAMENTO											
PERFURANTE											
CONTUSO											
FRAT. FECHADA											
FRAT. ABERTA											
LACERACAO											
LUXAÇÃO											
QUEIMADURA											

EXAME NEUROLÓGICO:	<input type="checkbox"/> SINAL BATILE DIREITO	<input type="checkbox"/> MIDRIASE DIREITA	<input type="checkbox"/> PUPILA NÃO REAGENTE		
	<input type="checkbox"/> SINAL BATILE ESQUERDO	<input type="checkbox"/> MIDRIASE ESQUERDA	QUIROS:		
	<input type="checkbox"/> SINAL DE GUAINIM DIREITO	<input type="checkbox"/> PARESIA			
	<input type="checkbox"/> SINAL DE GUAINIM ESQUERDO	<input type="checkbox"/> ANESTESIA			
	<input type="checkbox"/> RIGIDEZ DE NUCA	<input type="checkbox"/> PARESTESIA			
	<input type="checkbox"/> AFASIA	<input type="checkbox"/> ARREFLEXIA			
	<input type="checkbox"/> MIOSE DIREITA	<input type="checkbox"/> PUPILA REAGENTE			
	<input type="checkbox"/> MIOSE ESQUERDA				
FLISCOCO	ABDÔMEN				
<input type="checkbox"/> DESVIO TRAQUEIA	<input type="checkbox"/> DISTENSÃO	<input type="checkbox"/> ASCITE	<input type="checkbox"/> UROGENITAL		
<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> DOLOROSO/DEFESA	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANURIA		
<input type="checkbox"/> HEGEMÔNIA JUGULAR	<input type="checkbox"/> ESPLINOMEGALIA	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> GIORDANO DIREITO		
<input type="checkbox"/> ENFISEMA SUBCUTÂNEO	<input type="checkbox"/> HEPATOMEGALIA		<input type="checkbox"/> GIORDANO ESQUERDO		
<input type="checkbox"/> OUTROS:	<input type="checkbox"/> IRRITAÇÃO PERITONEAL		<input type="checkbox"/> HEMATURIA		
PROCEDIMENTOS:					
<input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS	<input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA	DESTINO:			
<input type="checkbox"/> INTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL	<input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA CENTRAL	UNIDADE HOSPITALAR:			
<input type="checkbox"/> CANNULA Otoraringeia	<input type="checkbox"/> SONDA GÁSTRICA	MUNICÍPIO:			
<input type="checkbox"/> CRICOTIROIDOSTOMIA	<input type="checkbox"/> SONDA VESICAL	INTERCORRÊNCIA:			
<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA AMBI	<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO				
<input type="checkbox"/> RESPIRADOR	<input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO MEMBROS				
<input type="checkbox"/> INALAÇÃO	<input type="checkbox"/> COAR CERVICAL				
<input type="checkbox"/> TORACOCENTESE C/ AGULHA	<input type="checkbox"/> TALAS/TRAÇÃO				
<input type="checkbox"/> DRENAGEM TORÁCICA DIREITA	<input type="checkbox"/> ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL				
<input type="checkbox"/> DRENAGEM TORÁCICA ESQUERDA	<input type="checkbox"/> TRAQUEOSTOMIA				
<input type="checkbox"/> MASSAGEM CARDIÁCA EXTERNA	<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO				
<input type="checkbox"/> DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSAO	<input type="checkbox"/> CARDIACAO/XILOMETRIA				
<input type="checkbox"/> CONTROLE HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/> OUTROS				
<input type="checkbox"/> CURATIVO	EQUIPE SAMU:				
TERMO DE RECUSA:	MÉDICO REGULADOR:				
Deciso para todos os fins que estou recusando a atendimento médico disponibilizado pelo SAMU, nesta oportunidade:	ENFERMEIRO:				
ASSINATURA:	MÉDICO VIATURA:				
	TÉCNICO ENFERMAGEM:				
	ENFERMEIRO:				
	CONDUTOR:				

OBSERVAÇÃO					
GINECO-OBSITÉTRICO					
<input type="checkbox"/> ABORTAMENTO <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA VAGINAL <input type="checkbox"/> NORMAL _____ SEMANAS <input type="checkbox"/> OUTROS					
TRABALHO DE PARTO					
<input type="checkbox"/> 01 CONT/10M <input type="checkbox"/> BOLSA ROTA <input type="checkbox"/> 1-3 CONT/10M <input type="checkbox"/> SANGRAMENTO <input type="checkbox"/> 3-5 CONT/10M <input type="checkbox"/> NASCIMENTO					
<input type="checkbox"/> PARTO ÚNICO <input type="checkbox"/> GEMELAR <input type="checkbox"/> LÍQUIDO MECONIAL <input type="checkbox"/> APGAR: _____					
ERJ E/TC: 4 Repartição Voluntária					
Ringer	Vol.	Med.	Dese.	Via	hora
lactato					
Soro fisiológico					
Soro Glicosado					
Outros					


 CRM PE 2499
 ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO (UNIDADE DE DESTINO)
 PERTENÇES DO PACIENTE:
 ASSINATURA DO RECEPTOR

TERMOS DE RECUSA:
 Deciso para todos os fins que estou recusando a atendimento médico disponibilizado pelo SAMU, nesta oportunidade:
 ASSINATURA: _____



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1384081

Nome: Isabela Maria da Silva

Foi atendido as 10:30s. do dia 10/02/2019

Diagnóstico Provável: Paroxismo de dor
anofelamento, cianose, pectus
excavatum.
Necessita de ressabas especiais
Impermeabilizar as roupas de banho.

Tratamento Realizado:
Atto Brw
Atto EG
Atto en
Atto ecin

Observação: Acamp. Ao Beto Al. Sá. Al.

Cópia da:
Atto Hospital. N. 29/03/15
Dr. Demóstenes Diniz
Cirurgia e Traumatologia
Bucal - Maxilo-Facial
Residente HR/UPE

Médico CRM N°

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

Cód. P



Assinado eletronicamente por: ISABELA MARIA DA SILVA - 23/08/2019 13:03:26

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082313032607100000048978504>

Número do documento: 19082313032607100000048978504

Num. 49749921 - Pág. 4