

TEL: 9.8883-5976.

VITS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

SEVERINO GOMES da S. Filho, E-
brasileiro, profissão: APOSENTADO, portador
mail: _____ da Cédula de Identidade sob o nº 2.869.109, inscrito no CPF/MF sob o
nº 502.418.184-00, residente e domiciliado na
P-STº AMARO, 173, Cidade: Olinda - PE - CEP 53.260-040.

PERÍGINOS

OUTORGADO: RODRIGO ALVES DIAS, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 23.351, JAIME MARÇAL DANTAS FILHO, brasileiro, casado, Advogado, devidamente inscrito na OAB-PE sob o nº. 33.947 todos com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n. 330, Sala 102, Recife - PE, CEP 50750-630 e o Acadêmico RUA THIAGO FELIPE DIAS DE MELO, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF em Direito e sob o nº 088.260.164-45.

PODERES: Pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-juditia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber intimação, notificação, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, como também retirar alvará judicial de pagamento em cartório, e realizar acompanhamento também na esfera administrativa, quando necessário podendo agir em Juízo ou fora dele, perante todos entes públicos Municipais, Estaduais e/ou Federais, e ainda perante quaisquer Instituições financeiras, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, em fim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste Mandado.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos os contratantes, fica convencionado que o Outorgante, ora contratante, pagará ao Advogado ora contratado honorários advocatícios **no percentual de 30% (trinta) por cento**, sobre quaisquer valores percebidos pelo contratante, seja em complemento positivo, RPV e/ou Precatório, ou Alvará. Ficando o MM. Juiz autorizado a **reter** os honorários advocatícios na condenação nos termos estipulados neste contrato.

Recife, 17 de maio de 2018.

+ Severino Gomes da S. Filho
AUTOR(A)



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, SEVERINO GOMES da S. Filho,
E-mail: _____ brasileiro, profissão: APOSENTADO,
portador da Cédula de Identidade sob o nº 2.869.109, inscrito no
CPF/MF sob o nº 502.418.184-00, residente e domiciliado na
R-SPº AMARO, 173, Cidade: OLinda - PE - CEP
53.260-040; declaro sob as penas da lei que não tenho condições
de arcar com custas processuais, bem como quaisquer custos adicionais sem
prejuízo do meu sustento e de minha família, para tanto requeiro os benefícios
da assistência judiciária gratuita nos termos da lei 1060/50.

Recife, 06 de Dezembro de 2017.


* Severino Gomes da Silva





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

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

DADOS DO CLIENTE
ARIMACY NEPOMUCENO DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF 670 875 074-00

CPF 670 875 074-00 PEIXINHOS/OLINDA
OLINDA-FE 52000-000

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

33200-040

013845945 UNICA 18/04/2018
APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE Nº DA INSTALAÇÃO
18/04/2018 2000795055 2087485

1363467012 04/2018
DATA DE VENCIMENTO DATA PRÉVIA PAGAMENTO
26/04/2018 21/05/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)

DETALHAMENTO FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativa(kWh)			
ICMS Subvenção-CDE-NF 002283680-19/01/18	30.0000000	0,49480840	14.84
ICMS Subvenção-CDE-NF 00607771B-19/02/18			0,81
Multa por atraso-NF 009354081 - 20/03/18			0,81
Juros por atraso-NF 009354081 - 20/03/18			1,55
Aditivação ICPM-NF 009354081 - 20/03/18			0,16
PRO-criançA-(081)3412-8860 0800 031 8989			0,09
Compensação DMIC-02/18			3,00
			-0,42

TOTAL DA FATURA

209

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	REGISTRO DE CONSUMO DÍA NA TÍCAR										
		ANTERIOR	DATA	LEITURA	ATUAL	DATA	LEITURA	RP DS	DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MWh)
82984865	CAT	20-03-2018	7.338,00		19-04-2018		7.343,00	30		1.00000		7,00

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO						As condições de uso do fornecimento de serviços da ANEEL nº 14/2010, termos, encargos, serviços prestados e tributos de que trata a legislação, devem ser observados para consulta, em seu site, ou através de endereços de atendimentos e no site www.celpe.com.br	
Comuniquem-nos o não pagamento da(s) fatura(s) de energia elétrica(s)							
Vendo	Dt. vencimento	Valor	Vendo	Dt. vencimento	Valor		
06/08/12	26/08/12	3,63					
Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia elétrica será suspenso, bem como poderá ser instaurado processo de restrição de fornecimento de energia da CELPE-SEASUL, com as consequências legais. Este comunicado não substitui o aviso de falta de pagamento que deve ser feito através de cartas judiciais que possam ser calendarizadas após o final do processo.							
DOCUMENTO		VALOR APROVADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
SAO BENEDITO		10/9/2016					
FAT		3,36	6,00	9,61	19,82	220	202 231
		1,00	3,17	6,35	12,70		

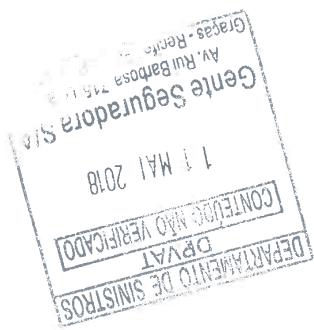


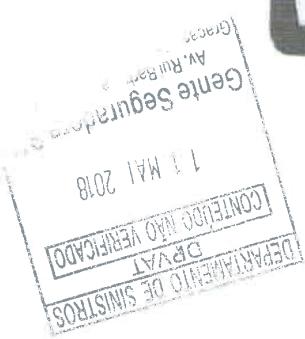
Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 18/10/2018 15:38:12

Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 18/10/2018 15:38:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/123/Procedimento/ConsultaDocumento/list?view=seam:xx:18102518281270800000036280478>

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/11>

Num. 36806432 Pág. 3





Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 18/10/2018 15:38:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101815381370800000036290478>
Número do documento: 18101815381370800000036290478

Num. 36806432 - Pág. 5



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLICIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

442498
0170244/18

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E2093000388

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/12/2017** às **08:56**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **28/9/2017** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 1** - Bairro: **PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
CARLOS HENRIQUE PEREIRA GUEDES ALCOFORADO (OUTRO)
SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ARIMACY APULUCENA DOS SANTOS** Pai: **SEVERINO GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **24/7/1966** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2869109/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTORISTA**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE PEIXINHOS (BAIRRO), 305, RUA JULIO CRISTOLFAL - CEP: 55000-000 - Bairro: PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CARLOS HENRIQUE PEREIRA GUEDES ALCOFORADO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CARLOS HENRIQUE PEREIRA GUEDES ALCOFORADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH9729** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE, QUANDO TENTOU ATRAVESSAR A AVENIDA CITADA FOI ATROPELADO PELO VEICULO MENCIONADO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HR, CONFORME PRONTUARIO DE NUMERO 872046, SO ESTE AFETO A DELEGACIA DE PEXINHOS.



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

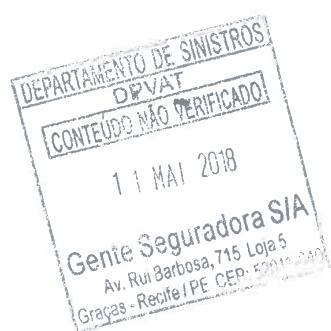

SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ADEILTON GOMES DA SILVA** - Matrícula: **159741-8**



Fechar Janela

Imprimir



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 18/10/2018 15:38:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101815381370800000036290478>
Número do documento: 18101815381370800000036290478

Num. 36806432 - Pág. 7



PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGÊNCIA/SAMU

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o Sr. **SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO**, R.G. 2.869.109-SDS-PE, foi socorrido pelo Serviço Móvel de Urgência/ SAMU 192 Olinda, Nº ocorrência 386646, no dia 28/09/2017, aproximadamente a 12:05h, na Av. Presidente Kennedy - Peixinhos - Olinda-PE, em frente a Rádio Tamandaré e próximo a central da Celpe, via pública causas externas (atropelamento).

Olinda, 21 de novembro de 2017.

Rosilene M. Monte Gomes
Téc. Administrativo
Rosilene M. Monte Gomes
Téc. Adm./SAMU 192 Olinda
Téc. Adm./SAMU 192 – Olinda



Avenida Santos Dumont, N.º 177 – Varadouro Olinda - PE CEP: 53.010-230.
E-mail: samu.olinda@hotmail.com
Fone: 81 – 3439-6523



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 18/10/2018 15:38:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101815381370800000036290478>
Número do documento: 18101815381370800000036290478

Num. 36806432 - Pág. 8

600-16
H.R.
00000000000000000000000000000000

Secretaria de Saúde do
Hospital da

Ficha de A:

Numero do Registro

Prontuário 995266
Atendimento 872526
Paciente: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO
Nome MÃe: ARIMACY APOLUCENA DOS SANTOS
End: RUA JULIO DE CRISTO LEAL
Bairro: PEIXINHOS Cidade: OLINDA
Nascimento: 24/07/1966 Localização: TRAUMATOLOGIA ADULTO SUL - BA
Leito: 600-L02 Serviço: CLINICA GERAL
Data e Hora Atendimento: 23/09/2017 19:03

Nº 305
PE

600-

872046		Data e H 28/09/2017	INTEROGENCIA GERAL	
Atendimento Manual :				
Cod. Paciente: 995266 Paciente: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO		Data de nascimento: 24/07/1966 Idade: 51a 2m 5d Sexo: MASCULINO		
Estado Civil: CASADO Profissão:		Acompanhante: DJANICER PURCIANA		
DOC ID / Data expedição 2869109 / 10-Aug-10		Mãe: ARIMACY APOLUCENA DOS SANTOS Pai: SEVERINO GOMES DA SILVA Cartão SUS: 705405453189497		
Endereço: RUA JULIO DE CRISTO LEAL Bairro: PEIXINHOS Cidade: OLINDA		Número 305 Complemento: D UF: PE Telefone: 84200584		
Ocorrências:				Notificado 29/09/17
Motivo do atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO Procedência: VIA PUBLICA				Vigilância Epidemiológica Hospitalar VEH-HR/SES - NEPI
Informações do Serviço Social:				
Confirmação de nome:		Fones:		Assistente Social
Confirmação de endereço:				
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>				
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons.Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Pùblico <input type="checkbox"/>				
Outros <input type="checkbox"/>				
Observação: <i>ATURADO</i>				
Assistente Social				
História Clínica: <i>Paciente vítima de atropelamento de moto há 2 horas aproximadamente, com perda de consciência / Nômadas ou outras sinalizadoras de alerta. Encontra-se de olhos fechados.</i>				
<i>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DE ID</i> <i>OPVAT</i> <i>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</i> 11 MAI 2018				
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Transporte realizado P.D. Ru <input type="checkbox"/> Bem <input type="checkbox"/> Altura: <i>Bem Segura</i> Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: Atropelamento <i>Bem Segura</i> Imobilização Cervical: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: <i>Bem Segura</i> Condições de imobilização adequadas: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê? <i>Por AMU</i> Gracias - P.D. AMU				
Exame Físico:				
A: Geral Via aérea está pélvia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp: <i>EG Regular, consciente, orientado, eufônico.</i>				
B: Respiratório MV ⁺ em AHT SIRA				
C: Circulatório PA: X mm P脉: 84 bpm				





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Hospital da Restauração / Neorocirurgia
Evolução de Enfermagem

**PERNAMBUCO**Paciente : J. R. V. R. NO. 60483Data : 28/10/2018

Enfermaria: _____ Leito : _____ Hipótese Diagnóstica : _____

Glasgow			
Abertura Ocular <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> A dor (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	Resposta Verbal <input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras Inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descorb.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	Total : _____ pontos.
TRM <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Franquel :	
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 : <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros Quais :			
Venóclise : <input checked="" type="checkbox"/> AVP _____ <input type="checkbox"/> AVC _____ <input type="checkbox"/> JH _____ <input type="checkbox"/> Sem Acesso.			
Dieta <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Via Oral <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Gavagem <input type="checkbox"/> Aberta			
Eliminações Intestinais : <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a _____ dias <input type="checkbox"/> Diarréia _____			
Diurese <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD Aspecto :			
Pele : <input type="checkbox"/> Integra <input checked="" type="checkbox"/> Lesionada			
<input type="checkbox"/> Ferida Operatória : Data da Cirurgia : _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Úlcera de decúbito			
Localização : _____ Localização : _____ Estágio : _____			
Queixas : _____			
Exames : _____			
Pareceres : _____			
Observações (Diurnas / Noturnas) : <u>PACIENTE NO 60483 NO 28/10/2018.</u> <u>AS COPIAS DO TRAUMATO SÃO ESTUPRAS</u> Ass: <u>ZACARIA</u>			

Data : 29/10/2018

Tratamento de Tela

 ZACARIA
 Enfermeiro
 COREN: 502187

Glasgow			
Abertura Ocular <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> A dor (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	Resposta Verbal <input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras Inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descorb.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	Total : _____ pontos.
TRM <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Franquel :	
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 : <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros Quais :			
Venóclise : <input checked="" type="checkbox"/> AVP _____ <input type="checkbox"/> AVC _____ <input type="checkbox"/> JH _____ <input type="checkbox"/> Sem Acesso.			
Dieta <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Via Oral <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Gavagem <input type="checkbox"/> Aberta			
Eliminações Intestinais : <input checked="" type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a _____ dias <input type="checkbox"/> Diarréia _____			
Diurese <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD Aspecto :			
Pele : <input type="checkbox"/> Integra <input checked="" type="checkbox"/> Lesionada			
<input type="checkbox"/> Ferida Operatória : Data da Cirurgia : _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Úlcera de decúbito			
Localização : _____ Localização : _____ Estágio : _____			
Queixas : _____			
Exames : _____			
Pareceres : _____			
Observações (Diurnas / Noturnas) : <u>DM(-) / XAS (+) / Tela grande na MGD. Santos</u> <u>Ac. vermelha no TGD</u> Ass: <u>DR. J. L. L. Santos</u> <u>Enfermeira: Liane da Piedade HR</u> <u>Coren: 40794 - Mat: 225000-2</u>			

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

COD. 0013


 Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 18/10/2018 15:38:13
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101815381370800000036290478>

Num. 36806432 - Pág. 10

Número do documento: 18101815381370800000036290478

ITAL DA RESTAURACAO

Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

12:54

	Nome Paciente:	SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	24/07/1966
	Sexo:	Masculino
	Idade:	51
	Senha:	U0023
	Convênio:	-
	Atendimento:	

28/09/2017 12:54 - CLAUDECI ALVES DIAS - COREN: 44911 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HA 1H NEGA DESMAIO EVOMITC
APRESENTA TCE GRAVE E FRATURA FECHADA EM MID.COM QUEIXAS DE DOR
INTENSA EM MID

Observação: SEM SENHA TRAZIDO PELO SAMU

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 9



17:20 : = nell = 28/09/17
paciente atinge estavam
- intracranian - enjamb. ate 1H-0
- 100% -

Acolhido(a) por: CLAUDECI ALVES DIAS
Data: 28/09/2017 12:54



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Hospital da Restauração

PREScrições de enfermagem e controle de aplicação

1 MAI 2018
Seguradora SIA
Rui Barbosa 715 Loja 5
Acre/16/CEP: 52011-004

Registro : 879049

PIREScrição 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 Intermítente (6 em 6 horas e se necessário)

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

SINAIS VITais
Freqüência Cardíaca
Freqüência Respiratória
Temperatura
Pressão Arterial

SINAIS VITAISS

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10	82			
16				
22				
10				
16				
22				
10	36.6°C			
16				
22				
10	39.0°C			
16				
22				

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

112

Eugenio Battista 03 L. 1937

111

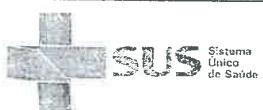
111

111

1

Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 18/10/2018 15:38:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1810181538137080000036290478>
Número do documento: 1810181538137080000036290478

Num. 36806432 - Pág. 12



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 HR	4 - CNES

Identificação do Paciente

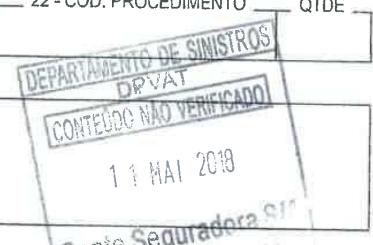
5 - NOME DO PACIENTE Severino Gomes da Silva	6 - N° DO PRONTUÁRIO 842046
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO 24-04-66
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Auracy Apolinário dos Santos	10 - TELEFONE DE CONTATO
11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA	12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TC de face + 3D	14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE
15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 28/09/17	20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL DNI	22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

trauma em face



23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 4	PROFISSIONAL SOLICITANTE	24 - DATA DA SOLICITAÇÃO 28/09/17
25 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	26 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO E CONSELHO) 9	

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	AUTORIZAÇÃO	28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /
29 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	30 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO E CONSELHO)	

Cod. 0421



ANEXO I

ANEXO I

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Ministério da Saúde **Secretaria de Saúde Pernambuco**

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE **HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**

2 - CNES **0 0 0 0 6 5 5**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES **_____**

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE **Sovetino Gomes da Silva Filho** **6 - Nº DO PRONTUÁRIO** **993266**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) **8 - DATA DO NASCIMENTO** **29/07/68**

9 - SEXO **Masc. Fem.**

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL **Arimacy Andrade dos Santos**

11 TELEFONE DE CONTATO **DDD** **Nº DO TELEFONE**

12 - ENDERECO (Rua, Nº, BAIRRO) **Rua 10 de Outubro, 1000 - Centro - Olinda**

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA **Olinda** **14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO** **15 - UF** **16 - CEP**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fx fechada de olhos de perna

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERAÇÃO **Necessidade de fjo crv**

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) **Anamnese + Ex g13 + Rx**

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL **fx tibial**

21 - CID. 10 PRINCIPAL **22 - CID. 10 SECUNDÁRIO** **23 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO **Transférência**

25 - CLÍNICA **27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO** **28 - DOCUMENTO** **29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE**

Ortop **() CNS () CPF**

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE **Dr. Pedro Nogueira Fonseca**

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO **29/09/18** **32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)** **Dr. Pedro Nogueira Fonseca / Ortop 2622**

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO **36 - CNPJ DA SEGURADORA** **37 - Nº DO BILHETE** **38 - SÉRIE**

34 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO **39 - CNPJ DA EMPRESA** **40 - CNAE DA EMPRESA** **41 - CBOR**

35 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA **() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO**

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR **44 - COD. ORGÃO AUTORIZADOR** **45 - DOCUMENTO** **46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR** **47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO** **48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)** **49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

SECRETARIA DE SAÚDE **SCS** **Celina Maria de Oliveira** **Medida Autorizada** **CNPJ**

Cod. 0047

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Guilherme Gomes da Silva Filho

REGISTRO: 744380 DATA DE NASCIMENTO: 24/07/1966

RG: 2869.109 ORGÃO EMISSOR: SOS - PG

ENDEREÇO: Rua Júlio Góis Leal nº 305-D
Péixinhos - Olinda

NOME DA MÃE: Aimacy Apolânea dos Santos

DATA ADMISSÃO: 29/09/17 DATA ALTA: 13/10/17

DATA DO PROCEDIMENTO: 11/10/17 CID: 582.2

DIAGNÓSTICO: Fratura da tibia Direita

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico de
Fratura da Diáfise da tíbia
Dirita

MÉDICO: Carlos Cândido

CREMEPE: 18336

JABOTÃO DOS GURARAPES, 13 DE Dezembro DE 2017.

MÉDICO

Av. Gen. Manoel Rabelo • 126 • Centro
laboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54160-000

Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 18/10/2018 15:38:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101815381370800000036290478>
Número do documento: 18101815381370800000036290478

Num. 36806432 - Pág. 15



PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

VALOR DA INDENIZAÇÃO

Posição em 16-05-2018 13:48:41

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção
15/03/2018	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00

Histórico das correspondências enviadas	
Data da Carta	Referência

