

tel: 9.8883-5976.

VHS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Severino Gomes da S. Filho, 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 E-STº AMARO, 173, Cidade: OLINDA - PE - CEP 53.260-040.
PERXINHOS

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 em Direito e THIAGO FELIPE DIAS DE MELO, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 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-STº 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.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ARIMACY NEPOMUCENO DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA STO AMARO 173

CPF 670.875.074-00

PELINHOS/VOLINDA
OLINDA FZ
53280-040

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO 1363467012
MÊS/ANO 04/2018
DATA DE VENCIMENTO 26/04/2018
DATA DE INÍCIO DA FATURA 21/05/2018
TOTAL A PAGAR (R\$) 20,92

APRESENTAÇÃO 013645945
ÚNICA 19/04/2018
Nº DO CLIENTE 2000785055
Nº DA INSTALAÇÃO 2087485

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	30,0000000	0,49480840	14,84
ICMS Subvenção-CDE-NF 002283680-19/01/18			0,81
ICMS Subvenção-CDE-NF 006077718-19/02/18			0,87
Multa por atraso-NF 009954081 - 20/03/18			1,55
Juros por atraso-NF 009954081 - 20/03/18			0,18
Atualização IGPM-NF 009954081 - 20/03/18			0,09
PRO-CRIANÇA-(0813412-8860 0800 031 8999			3,00
Compensação DMIC 02/18			-0,42

TOTAL DA FATURA

20,92

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LETURA	ATUAL DATA	ATUAL LETURA	TP DE DIA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
0284885	CAT	20-03-2018	7.338,00	19-04-2018	7.343,00	30	1,00000		7,00

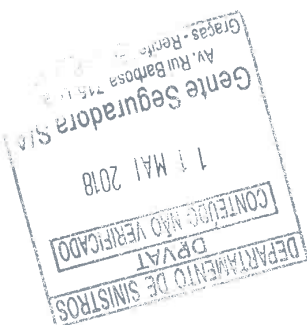
MÊS/ANO kWh	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ABR 18 30	ICMS		
MAI 18 114	PIS	14,84	0,52
FEV 18 136	COFINS	14,84	2,40
JAN 18 125			0,35
DEZ 17 136			
NOV 17 136			
OUT 17 127			
SET 17 110			
AGO 17 108			
JUL 17 102			
JUN 17 114			
MAI 17 127			
ABR 17 126			

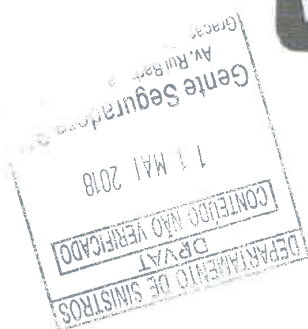
INFORMAÇÕES IMPORTANTES
A fatura de energia elétrica é emitida em nome do titular da conta. O cliente é responsável por garantir a validade da fatura e a correta utilização dos dados fornecidos. O cliente deve manter a fatura em seu arquivo pessoal e não deve descartá-la. O cliente deve manter a fatura em seu arquivo pessoal e não deve descartá-la.

ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO					
Comunicamos o não pagamento das contas de energia elétrica.					
Vencido	Diáximo	Valor	Vencido	Diáximo	Valor
06/08/12	26/08/12	3,63			
Em caso de não pagamento do débito, a fatura será encaminhada para cobrança e o cliente poderá sofrer a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve manter a fatura em seu arquivo pessoal e não deve descartá-la.					
TABELA DE PREÇOS					
CONSUMO	SAO BENEDITO	VALOR	SAO BENEDITO	VALOR	SAO BENEDITO
0,00	3,30	4,00	9,81	10,62	12,70
0,01	1,30	9,17	6,35		
TABELA DE PREÇOS					
TEMPERATURA	VALOR	TEMPERATURA	VALOR	TEMPERATURA	VALOR
220	202	231			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
ORVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 MAI 2018
Gente Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa 74
Graciosa - Recife









GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

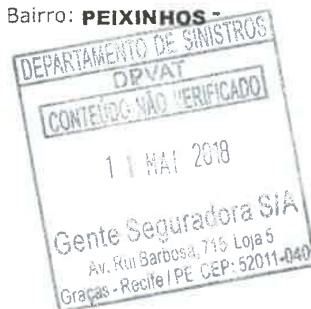
442498
0170244/18

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 PUBLICA**



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

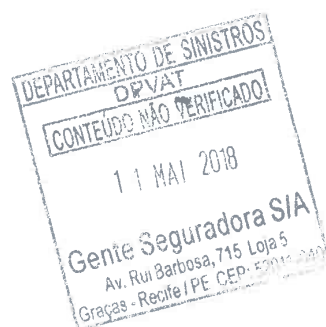
Severino Gomes da Silva Filho
SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO
(VITIMA)

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



Receber Janela

Registrar





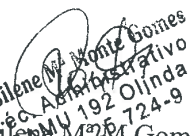
PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGÊNCIA/SAMU

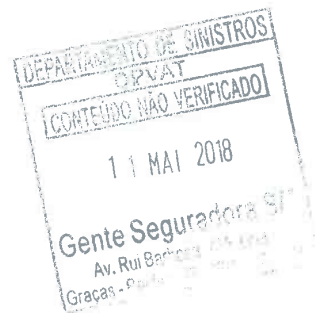


DECLARAÇÃO

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. Gomes
Téc. Adm. SAMU 192 Olinda
Mat. 1.257.724-9
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





Secretaria de Saúde do
Hospital da

Ficha de A:

Numero do Registro

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 - 6A
Leito: 600-L02 Serviço: CLINICA GERAL
Data e Hora Atendimento: 23/09/2017 19:03

Prontuário: 985268

Nº 305
PE

872046

Data e H
28/09/2017

EMERGENCIA 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 Número 305
Bairro: PEIXINHOS Complemento: D
Cidade: OLINDA UF: PE Telefone: 84200584
Ocorrências:

Motivo do atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO
Procedência: VIA PUBLICA

Notificado 29/09/17
Vigilância Epidemiológica Hospitalar
VEH-HR/SES - NEPI

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Fones:

Assistente Social

Confirmação de endereço:

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

Observação:

Assistente Social

História Clínica:

Paciente vítima de atropelamento de moto há 3
horas aproximadamente, mega perda de consciência / vômitos
ou outras sinais de alerta. Queixa-se de dor

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 MAI 2018

Atendimento Médico
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Atropelamento Transporte realizado: Sim ☐ Não ☒
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 ☐ Temp: ☐

EG Regular, consciente, orientado, eufórico.

B: Respiratório

MV ⊕ em AHT, SIRA

C: Circulatório

PA: X mm

Pulso: 84 bpm



Paciente: SEBASTIÃO BOMES

Data: 28/09/12

Enfermaria: _____ Leito: _____ Hipótese Diagnóstica: _____

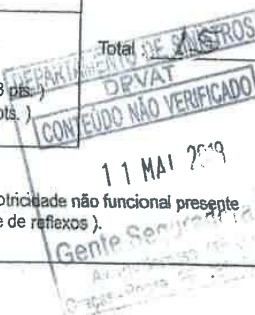
Glasgow		
Abertura Ocular <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> A dor (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	Resposta Verbal <input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input 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 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: <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros Quais: _____ Venoclise: <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"/> Gavagem <input checked="" type="checkbox"/> Via Oral <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Gastrostomia <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"/> Íntegra <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 em boas condições gerais, sem alterações.</u> <u>Ass: _____</u>		

Data: 29/09/12

Tratamento de Tétano D

Zacarias Neto
Enfermeiro
COREN: 502107

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 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 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: <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros Quais: _____ Venoclise: <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"/> Gavagem <input checked="" type="checkbox"/> Via Oral <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Gastrostomia <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"/> Íntegra <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 (+) / Tala gessada em MTD</u> <u>Ass: _____</u>		



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 EVOMITO .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: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 9



17:20

paciente segue estável
de internação
- engasgo, etc, 1/1/10

na história + exames de rotina

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

DIA: 25/09 DIA: 25/09 DIA: 25/09 DIA: 25/09



Paciente: 11111111
Gente Sênioradora SIA
Av. Rui Barbosa 715 Loja 5
CEP: 52011-000

Registro: 8790426

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

(X) Aferição de sinais vitais (3 vezes ao dia)
(X) Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)
(X) 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

Enfermeira: Jaime Marcal Dantas Filho
COPEN 30212

SINAIS VITAIS

Frequência Cardíaca
Frequência Respiratória
Temperatura
Pressão Arterial

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10		82			
16					
22	80				
10		39			
16					
22	20				
10		36.66			
16					
22		30.40			

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Enfermeira: Jaime Marcal Dantas Filho
COPEN 30212





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 - Nº DO PRONTUÁRIO

842046

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

24-04-66

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Amracy Apolucena 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 de 12
DVS

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

naume em face

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 MAI 2018
Gente Seguradora S/A

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/09/17

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

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



ANEXO I



Ministério
da Saúde
Secretaria
de Saúde
Pernambuco

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação de 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

Saverino Gomes da Silva Filho

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

995266

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

08 - DATA DO NASCIMENTO

29/07/66

09 - SEXO

Masculino ☒ 1Feminino ☐ 2

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Arimacy Apolucena dos Santos

11 TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (Rua, Nº, BAIRRO)

Rua João de Cristo, 121

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Olinda

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fx fechada de ossos da perna D

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tto cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Amnorré + Ex gts + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fx tibia

21 - CID. 10 PRINCIPAL

22 - CID. 10 SECUNDÁRIO

23 - CID. 10 TERCÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Transfêrência

25 - CLÍNICA

Ortop

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29/09/12

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

Dr. Pedro Walter Falcão
Especialista em Ortopedia
CRM: 2582

Dr. Pedro Walter Falcão
Especialista em Ortopedia
CRM: 2582

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ DA EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

SECRETARIA DE SAÚDE
Dra. Cecília M. P. P. P.
Médica Assistente SUS - CRM: 2582

Cod. 0047



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

Número do documento: 18101815381370800000036290478

Num. 36806432 - Pág. 14

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:	CÓDIGO	REVISÃO
GESTÃO DE PESSOAS	F.AT.SAM.01	00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: Severino Gomes da Silva Filho

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

RG: 2869109 ORGÃO EMISSOR: SDS - PE

ENDEREÇO: Rua Julio Gesto Leal n° 305-D
Peixinhos - Olinda

NOME DA MÃE: Animacy Apolucena dos Santos

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

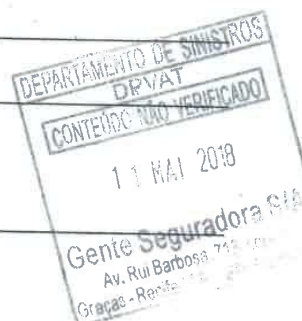
DATA DO PROCEDIMENTO: 11, 10, 17 CID: S82.2

DIAGNÓSTICO: Fratura da tibia Direita

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Fratura da Diapise da tibia
Direita

MÉDICO: Carlos Candido

CREMEPE: 18336



JABOATÃO DOS GURARAPES, 13 DE Dezembro DE 2017.

Dr João Paulo Romão
MÉDICO



