

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 27/02/2020 13:09:07  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022713090756500000057465931>  
Número do documento: 20022713090756500000057465931

Num. 58429948 - Pág. 1

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JÓAO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvíndio: 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
CICERO PADILHA SOARES
CPF: 845.386.434-91

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA BARBOSA LIMA 83 - A
CENTRO/BOM CONSELHO
55330-000 BOM CONSELHO PE

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

DATA DE VENCIMENTO <b>17/09/2019</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL <b>10/09/2019</b>	CONTA CONTRATO <b>007024003153</b>
TOTAL A PAGAR (R\$) <b>0,00</b>	DATA DA APRESENTAÇÃO <b>10/09/2019</b>	Nº DO CLIENTE <b>2000048954</b>
CLASSIFICAÇÃO <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b>	Número da Nota Fiscal <b>076742324</b>	
RESERVADO AO FISCO <b>33A1.E750.9D45.AF9D.8C92.B384.9940.B1D3</b>		Nº DA INSTALAÇÃO <b>0006347049</b>

#### DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Alívo(kWh)	64,00	0,77952320	49,88
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,63
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,20
ICMS Subvenção-CDE-NF 0590064970-10/07/19			0,56
Multa por atraso-NF 072878016 - 09/08/19			1,30
Juros por atraso-NF 072878016 - 09/08/19			0,21
Atualização IGPM-NF 072878016 - 09/08/19			0,06
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>59,84</b>

#### INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS			
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPPOSTO
53,51	25,00	13,37	53,51	0,81	0,43
				53,51	3,72
					1,99

Consumo Alívo(kWh)	0,54933009	Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
			kWh
SET	19	64	
AGO	19	81	
JUL	19	81	
JUN	19	92	
MAI	19	91	
ABR	19	82	
MAR	19	84	
FEV	19	87	
JAN	19	86	
DEZ	18	84	
NOV	18	82	
OUT	18	75	
SET	18	76	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
00000003150485131	CAT	09/08/2019	2.750,00	10/09/2019	2.814,00	32	1,00000
0,00 59,84							
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/10/2019							

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES								
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APENAS	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL			
DIC-No de horas sem Energia	BOM CONSELHO	0,00	5,91	11,82	23,54			
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20			
DMIC-Duração máxima de Interrupções contínuas		0,00	3,48	0,09	0,00			
DCRI-Duração de Interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22					
EUZO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 19,00								
Todo Consumidor pode solicitar a aprovação das indicadoras DIC, FIC, DMIC e DCRI a qualquer tempo								

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 27/02/2020 13:09:07  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022713090756500000057465931>

Num. 58429948 - Pág. 2

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** José Ivanildo de Barros Soares, brasileiro solteiro, treintista, RG: 8.834.503 SDS/PE e CPF: 101.004.884-80, residente na Rua Barbosa Lima, 83A, Centro, Bom Conselho/PE.

**OUTORGADO:** PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista, CEP 50070-075, Recife/PE.

**PODERES:** Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 10.09.2020

José IVANILDO de BARROS SOARES  
Outorgante



## **DECLARAÇÃO**

**D E C L A R O**, para os devidos fins, de fato e de direito,  
nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que,  
portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem  
prejuizos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a  
presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 10 de fevereiro de 2020 .

José Ivanildo de Barros Soárez



 <b>ESTADO DE PERNAMBUCO</b> <b>SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL</b> <b>POLÍCIA MILITAR</b> <b>BOLETIM DE OCORRÊNCIA</b>		<b>BO N°</b> <b>M. 1073.0494</b> <b>Série A</b> <b>1ª Parte</b>	
<b>1.º Via</b>			
<b>Último Oficializado:</b> <b>9º BPM</b> <b>Localização:</b> <b>836 - BOM CONSELHO</b> <b>Datilogo de Informações:</b> <b>Data (dd / mês / ano):</b> <b>13 / 03 / 2013</b> <b>Hora (horas):</b> <b>23:00</b> <b>Atividade:</b> <b>Acidente de trânsito com vítima</b> <b>Concorrência do Fato:</b> <b>J36-</b> <b>Lugar Protocolo da Ocorrência:</b> <b>PC 238</b> <b>Lugradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.):</b> <b>RUA BARBOSA LIMA</b> <b>Comunicação (Apelido, Sobrenome, Anúncio):</b> <b>PC 238</b> <b>Município:</b> <b>BOM CONSELHO</b> <b>CEP:</b> <b>55.330-000</b> <b>Nome / Razão Social:</b> <b>JOSÉ IVANILDO DE BARROS SOARES</b> <b>Mês:</b> <b>RICARDO PABIZNA SOARES</b> <b>Apelido / Nome Fantasia:</b> <b>SIMONE MARIA VICIRA DE BARROS SOARES</b> <b>Data de Nascimento:</b> <b>21/07/1991</b> <b>Sexo:</b> <b>M</b> <b>Estado Civil:</b> <b>2. Solteiro(a)</b> <b>3. Vizinho(a)</b> <b>5. Amigo(a)</b> <b>7. Irmão Informado</b> <b>Endereço:</b> <b>1. Residência / Trabalho</b> <b>4. Adulto - Juvenil (14-20 anos)</b> <b>6. Criança (01-10 anos)</b> <b>8. Idoso (mais de 60 anos)</b> <b>RG:</b> <b>9.334.503</b> <b>CNH:</b> <b>S05</b> <b>PC:</b> <b>305-004-B31-80</b> <b>R.F:</b> <b>BOM CONSELHO</b> <b>Lugradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.):</b> <b>RUA BARBOSA LIMA</b> <b>CEP:</b> <b>55.330.000</b> <b>Município:</b> <b>BOM CONSELHO</b> <b>UF:</b> <b>PE</b> <b>Tel/Fax / Celular (DDD-Número):</b> <b>81-98130-2451</b> <b>Dados do Envolvedo:</b> <b>Nome / Razão Social:</b> <b>ANAILTON HONORIO DANTAS</b> <b>Mês:</b> <b>NÃO DECLARADO</b> <b>Apelido / Nome Fantasia:</b> <b>MARIA AUXILIADORA DANTAS</b> <b>Data de Nascimento:</b> <b>15/01/1983</b> <b>Sexo:</b> <b>F</b> <b>Estado Civil:</b> <b>1. Solteiro(a)</b> <b>3. Vizinho(a)</b> <b>5. Amigo(a)</b> <b>7. Irmão Informado</b> <b>Endereço:</b> <b>1. Residência / Trabalho</b> <b>4. Adulto - Juvenil (14-20 anos)</b> <b>6. Criança (01-10 anos)</b> <b>8. Idoso (mais de 60 anos)</b> <b>RG:</b> <b>3383648</b> <b>CNH:</b> <b>S05</b> <b>PC:</b> <b>013-760-524-06</b> <b>R.F:</b> <b>BOM CONSELHO</b> <b>Lugradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.):</b> <b>RUA 06 DE ABRIL</b> <b>CEP:</b> <b>55.330.000</b> <b>Município:</b> <b>BOM CONSELHO</b> <b>UF:</b> <b>PE</b> <b>Tel/Fax / Celular (DDD-Número):</b> <b>81-99912-2393</b> <b>Dados do Envolvedo:</b> <b>Nome / Razão Social:</b> <b>FRONTISTA</b> <b>Mês:</b> <b>NÃO DECLARADO</b> <b>Assinatura do Interessado(s):</b>			



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 27/02/2020 13:09:07

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022713090756500000057465931>

Número do documento: 20022713090756500000057465931

Num. 58429948 - Pág. 5



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

80 M°  
M. 5073.0444  
Série A  
2<sup>a</sup> Parte





Bom Conselho  
A NOSSA CIDADE PARA O SEU FUTURO



## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido, o Sr JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES, Nº DO RG: 8.834.503 SDS/PE, que consta nos registros de ocorrências do SAMU REGIONAL AGreste, atendimento realizado por este serviço ao MESMO com ID - 0504, no dia 13 de SETEMBRO de 2019, às 22H e 00min, no endereço: PE 2018 com queixa de COLISÃO MOTO COM ANIMAL, tendo sido enviada a UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO DO SAMU BOM CONSELHO, que prestou atendimento pré-hospitalar à vítima, transportado para o HOSPITAL MONSENHOR DAMASSO e em seguida realizado à transferência inter-hospitalar para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO com senha 5770739

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente os seguintes procedimentos: IMOBILIZAÇÃO DA COLUNA CERVICAL, PRANCHAMENTO DA VÍTIMA, COLOCAÇÃO DO KED, AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS, CURATIVOS COMPRESSIVOS E A ACESSO VENOSO PERIFÉRICO COM A INFUSÃO DE SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9 %.

BOM CONSELHO – PE, 25 SETEMBRO DE 2019

KLEITSON ALBUQUERQUE DE ARAÚJO  
COORDENADOR

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE BOM CONSELHO  
em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



**Secretaria Municipal de Saúde**  
HOSPITAL MONSENHOR ALFREDO DÁMASO

HR

*[Signature]*  
Médico assinante  
Carmela

13/09/19 Hora da reserva:

**LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA**

Lado a lado:

Dados do paciente

José Ivanaldo de Britto Souza, 20 anos.  
CPF

Identidade

Data de nascimento

Sexo

Fem. ( ) Masc. ( )

História clínica

Paciente M. de acidente de moto  
com TFE atônico. Paroxismo, apresenta  
lacrimejia na face. Em 06/06  
encontro hemostatico anormal. Consulta  
on-tado no dia das reuniões em  
Monteiro. Diagnóstico IS.

Solicito avaliação de NCR e BMF

SENHA: 5770739

Lado a lado:

Principais:

gênesicos:

Transferência:

Transferência:

2019-02-27 13:09:07

2019-02-27 13:09:07

2019-02-27 13:09:07

Médico assinante  
Carmela

Cód. 00000000000000000000000000000000





**Prefeitura Municipal de Bom Conselho**  
Secretaria Municipal de Saúde  
**PRONTUÁRIO DE EMERGÊNCIA**

Nome:	Idade:	Peso:	Temperatura:	Hora:
	125			13:15
Endereço:				PA:
Filiação:				
Acid. Trans: <input checked="" type="checkbox"/>	Acid. Trab: ( )	Agressão: ( )	Outros: ( )	
HDA:				
Ex. Clin:	Face de 21 cm, de 6 cm de altura. Cicatriz de ferida (15), indolor, com sangramento.			
Diagnóstico:	Nº 110			
Conduta:	57-70739 HR.			
Cons. Simples ( )	Cons. Terapia ( )	Cons. Observação ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	Procedimento ( )
13/09/19			<input checked="" type="checkbox"/>	CONSULTA APENAS EXAMENES
Data	Médico			CONSULTA APENAS EXAMENES



SENHA DA REGULAGÃO:

*APDIO/D  
SUSPENSÃO*



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Data: 14/09/19

Pronto-Sala: 22694 Medico:

07010710230 Técnico: *Tamires*

0414020393

ETIQUETA

*TE/02000079  
0206010144*

Nº PRONTUÁRIO: <b>1693293</b>	Data e Hora de Atendimento 14/09/2019 03:52	Local de Entrada: <b>EMERGENCIA GERAL</b>
Nº. ATEND.: 1482106 Paciente: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES		Atendimento Manual:
Data de nascimento: 21/07/1991 Idade: 28a 1m 25d		Nm. Social:
Estado Civil: CASADO Profissão:		Sexo: <b>MASCULINO</b>
DOC ID / Data expedição 8834503 / 09-Set-05	Mãe: SIMONE MARIA VIEIRA DE BARROS SOARES	Acompanhante: TAMIRE FEITOSA DA SILVA
Endereço: RUA BARBOSA LIMA Bairro: CENTRO Cidade: BOM CONSELHO		Cartão SUS: 705001620549056 Número: 83 Complemento: UF: PE Telefone: 981209982
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO) / CEFALÉIA		
Procedência: OUTRO HOSPITAL		
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. Públco <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>		
Observação:		
Assistente Social		
História Clínica:		
<p># Faltei de cérebro muito, levou, tem perda de consciência. Encontrava-se alucinando e com um incerto de espírito. Frequência 13 PFCR. mvt. 4 mvtos.</p> <p>Existe de crise + dia 30. L. anal. S.M.P. <i>Bruno R.S. Rosado</i> <i>Neurologista</i> <i>CRMESP 17073</i></p>		
Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Íntimo: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Transporte realizado Por:	
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo:		
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura:		
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Que?		
Exame Físico		
A: Geral	Via aérea está pésia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:
<i>C. C. ressaca</i>		
B: Respiratório		
C: Circulatório		
PA	X mm	P脉搏: bpm
<i>60 mmHg</i>		



SENHA DA REGULAÇÃO:



ETIQUETA

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

## Ficha de Atendimento

O Exame Neurológico	Deficiência motora	MSD	MSE	MIO	MIE	Pupilas	Isoconícas	Anisocônicas
Glasgow Abertura Ocular Escore	Hora	Glasgow Resposta Verbal Escore	Hora	Glasgow Resposta Motora Escore	Hora			
C = C + 15								

E. Exposição/Abdômen:

SEM LESOES

Diagnóstico Inicial:	Platynia VC Cefaloxin Amoxicilina	Cod. Procedimento
----------------------	-----------------------------------	-------------------

Conduta:	<p>① RETIRAR UT BANDA DE FAIXA E BANHO,</p> <p>② ALTA BMF.</p> <p style="text-align: right;">Adon Martins Cirurgia e Traumatologia Residente HU/UFPE CRM/PE 13441</p>	Ass. Médico
----------	---	-------------

Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermagem
-------------------------	-----------------

Definição do Caso:	Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input checked="" type="checkbox"/> Alta Internado na Clínica. Transferido para: Adon Martins	<input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:  
 Médico: Adon Martins CRM: 13441 Data: 14/05/19 Hora: 10:00

## Termo de responsabilidade para internamento:

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

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_

No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## Termo de responsabilidade de alta a pedido:

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

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_

No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data e Hora impressão: 14-Set-19



# OSPITAL DA RESTAURACAO

umo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 14/09/2019 03:33

Nome Paciente:	JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	21/07/1991
Sexo:	Masculino
Idade:	28
Senha:	U0009
Convênio:	-
Atendimento:	SAME

Período: 14/09/2019 03:35 - 14/09/2019 03:37

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

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: COLISÃO MOTO X ANIMAL HA CERCA DE 05 HORAS COM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NEGA VÔMITOS, PRESENÇA DE OTORRAGIA A DIREITA, RINORRAGIA, LESÃO EM LABIOS, NEGA DEFORMIDADE EM MEMBROS, QUEIXA DE CEFALÉIA, HIPERTENSO, FEZ USO DE BEBIDA ALCOOLICA

Observação: SENHA 5770739

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

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



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 27/02/2020 13:09:07

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022713090756500000057465931>

Número do documento: 20022713090756500000057465931

Num. 58429948 - Pág. 12

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



**FICHA DE ESCLARECIMENTO**

Nº Atendimento: \_\_\_\_\_

Nome: José Ivanir Barros Carlos

Foi atendido às 10:30 hs. do dia 11 / 07 / 2019

Diagnóstico Próvel:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE RADIODENTAL, CHAVADA COM MULHER NO DENTE 21, INFILTRADO DENTES 11 E 22 E FRATURA DO CÂMERA MAMELULAR. (D)

Tratamento Realizado: BARRA DE ERICH + BARRA DE  
LIGÁSTICO

NECESSITA DE APASTRAMENTO DE SUAS PRIVADAS  
LIGÁSTICO POR UM PERÍODO DE 15 (quinze) DIAS.

Observação: KITOFF AMBULATÓRIO GERAL DO  
HOSPITAL SAMPAIO PINTO NA DATA 20/07/2019  
AS 7h30

Cópia de: Kellen Martins

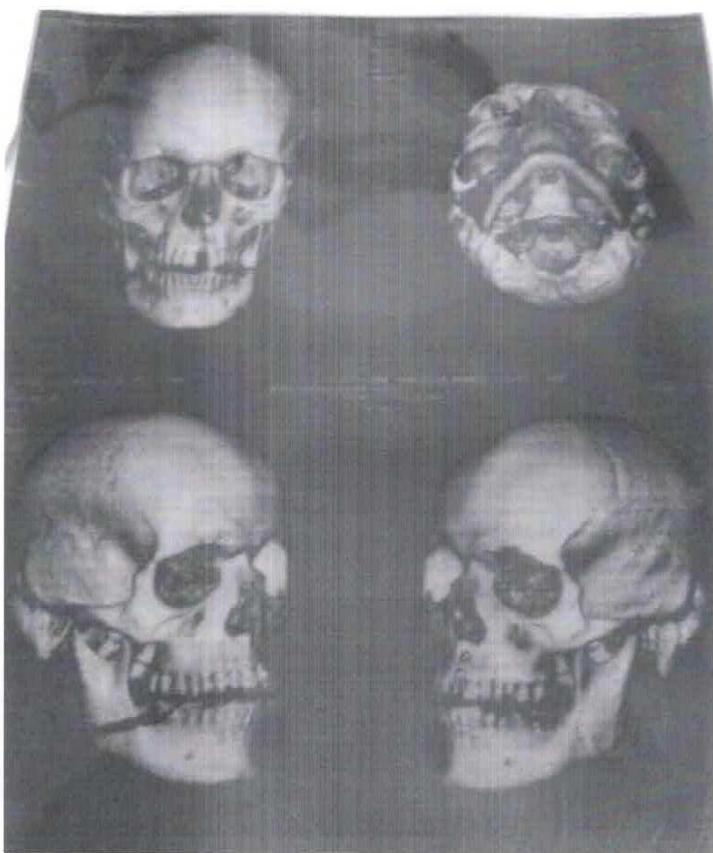
Attestado por  
Paulo Antônio Coelho Castor

Médico - CRM Nº

**ATENÇÃO:** Este documento declara-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo:	
CRM: _____ UF: _____ N°: _____	
Endereço:	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: ( ) _____	
Paciente: <i>Joni Inávaldo Boner.</i>	
Endereço:	
Prescrição: <i>Gandenil (100mg) — 1Cx 30/03/2018</i>	
Assinatura do Farmacêutico: _____ Data: _____	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
Ident.: _____	Órg. Emissor: _____
Endereço:	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: ( ) _____	
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico: _____ Data: _____	



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 27/02/2020 13:09:07  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022713090756500000057465931>  
Número do documento: 20022713090756500000057465931

Num. 58429948 - Pág. 14

**SENHA DA REGULAÇÃO**

DA REGULAÇÃO:  
APOIO / DIFERENÇA  
E UNIDADE Secre



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

## **Ficha de Atendimento**

## **Ficha de Atendimento**

Nº PRONTUÁRIO: <b>1693293</b>	Data e Hora de Atendimento: 14/09/2019 03:52	Local de Entrada: <b>EMERGENCIA GERAL</b>
Nº. ATEND.: <b>1482106</b>	Paciente: <b>JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES</b>	Nº. Social:
Data de nascimento: <b>21/07/1991</b>	Idade: <b>28a 1m 25d</b>	Sexo: <b>MASCULINO</b>
Estado Civil: <b>CASADO</b>	Profissão:	Acompanhante: <b>TAMIRES FEITOSA DA SILVA</b>
DOC ID / Data expedição <b>8834503 / 09-set-09</b>	Mile: <b>SIMONE MARIA VIEIRA DE BARROS SOARES</b>	Cartão SUS: <b>705001620549056</b>
Pal. <b>CICERO PADILHA SOARES</b>		Número: <b>83</b> Complemento:
Endereço: <b>RUA BARBOSA LIMA</b>		UF: <b>PE</b> Telefone: <b>981209982</b>
Bairro: <b>CENTRO</b>		
Cidade: <b>BOM CONSELHO</b>		
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: <b>ACIDENTE MOTO (QUEDA-COLISAO) / CEFALÉIA</b>		
Procedência: <b>OUTRO HOSPITAL</b>		
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:	Assistente Social	
História Clínica:	<p>• Relato da vítima: mto. suave, com perda de consciéncia.      Encontrava-se alcoolizado e com um revólver na cintura.      Relação: 13 PEER mor. 4 mês/ben.</p> <p>Relato da lesão - jan 30      L aral. SMT BANCO R. S. ROBERTO      Rod. Manoelzinho      CHEMINS 2017/2</p>	
Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	Episódio-Erótico: Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	Tipo: <input type="checkbox"/>	Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	Sobre: Queda: Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	Altura: <input type="checkbox"/>
Condições de imobilização adequadas: Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	Por Quê? _____	
Exame Físico:		
A Geral: Via aérea está pélvia: Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	Temp: _____
C. Sanguínea		
C. Respiratório		
C. Circulatório	PA: _____ mmHg	P脉搏: _____ bpm



SENHA DA REGULAÇÃO:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

<input type="checkbox"/> Exame Neurológico	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE	Popiles: <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas
Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

C = C = 13



E. Exposição/Abdômen:

SEM DOLORS

Diagnóstico Inicial	Plano: PC TÁXICA ALCOÓLICA	Cod. Procedimento
---------------------	----------------------------	-------------------

Conduta	<input checked="" type="radio"/> IASTROGÁSTRICO DE TURMA DE RAIEN E ZUMA <input checked="" type="radio"/> FOLIOZ DENT	Ass. Médico
---------	--	-------------

*Allan Martins  
Cirurgião e Traumatologista  
Médico Especialista  
CRM-PE 10011*

Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermagem
-------------------------	-----------------

Definição do Caso:	Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadu-se <input checked="" type="checkbox"/> Alta internado na Clínica Transferido para _____	<input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência: \_\_\_\_\_  
 Médico \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_  
 No. da identidade \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Termo de responsabilidade de alta a pedido:  
 Responsabilizo-me pela medida retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_  
 No. da identidade \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Data e Hora Impressão: 14 Set 19



**HOSPITAL DA RESTAURACAO**Sistema da Classificação de Risco - Protocolo  
Data e hora retirada da senha: 14/09/2019 03:33

MANCHESTER V2

	Nome Paciente:	JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES
	Cod. Paciente:	
	Data de Nascimento:	21/07/1991
	Sexo:	Masculino
	Idade:	28
	Senha:	U3005
	Convênio:	
	Atendimento:	SAME

Período: 14/09/2019 03:35 - 14/09/2019 03:37

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

Prioridade:	LARANJA - MUITO URGENTE
Cor:	LARANJA
Queixa Principal:	COLISÃO MOTO X ANIMAL, HA CERCA DE 05 HORAS COM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NEGA VÔMITOS, PRESENÇA DE OTORRAGIA A DIREITA, RINORRAGIA, LESÃO EM LÁBIOS, NEGA DEFORMIDADE EM MEMBROS, QUEXA DE CEFALÉIA, HIPERTENSO, FEZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA
Observação:	SENHA 5770739
Fluxograma sintoma:	TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
Discriminador(es)	- MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?
Especialidade:	NEUROCIRURGIA ADULTO

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

Data impressão: 14/09/2019 03:37

**Secretaria Municipal de Saúde**  
**HOSPITAL MONSENHOR ALFREUO DÁMASO**

*HR*

*[Signature]*

13/02/16 Hora da reserva:

**LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA**

Dados do paciente

*José Ivan Ldo de Reis Soares 20 Anos*

Identidade

Data de nascimento

Sexo

Fem. ( ) Masc. ( )

História clínica

Paciente vítima de acidente de moto.  
Causa: Igreja, atropelado, encosta.  
Lesões: Fratura na face em degelo  
impermeável acústico anterior. Considera-  
m-se fratura suspeita. Ossos nas  
gengivas. Glareoplastia.

Solicito altação de NCR e BME

*SENHA: 5770739*

principais:

medicamentos:

comorbidades:

transfériencia:

Médico assistente  
*[Signature]*

Emissor: Nathan Lima - 2020-02-27



Paciente

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO  
SISTEMA DE SAÚDE

Enfermaria/Leito

Registro

José Inocente de Bonfim Soar

P182106

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

ADMISÃO 11/09/13 5h

Paciente com história de coluna molt - crural  
dor constante, recente, exacerbativo, intensidade 8/10.  
No exame pnt apresenta edema e hescoria em  
lábios inferiores, frangüe em dente 11 e raiz de 21.  
Duração na região glúteo-ombarho D. Tc de fuso  
segundo protocolo de conduta D.

ex. ① Radiografia Sutura

② Scansop BMF / NCK

Dr. *[Signature]*  
Médico de Plantão  
Residência em Ortopedia

NCE: 18/09/13 18h

ADMISÃO TC de sacro um pouco rincoculogênio

ex. CO adesiva NCK.

Scansop BMF

*[Signature]*  
DR. BRUNETTE ROSA  
RODRIGUES  
CIRURGIA ORTOPEDICA  
CINEPEF, 2007

11/09/13 11h

ADMISÃO 11/09/2013 PACIENTE VITIMA DE ATENTADO MUNICIPAL, PRESENTE

CO 100

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, JURÁVEL, NORMA-

LACIONADO, C/ LACUNAS NO DORSAL PONT, MASTODON-

COTIA C/ LACUNAS - UNA FRACTURA INFERIOR.

AVULSAO DO DENTE 21 E DENTES 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28.

RE 30 FUSO SECUNDARIO FRACTURA DE CINTURA ①.

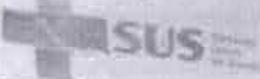
Exames: ② Radiografia braço de Tisch, com Densit.

③ Auto BMF

*[Signature]*  
Dr. *[Signature]*

CORRIDA





## 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

José Inácio da Brumal Soárez

6 - N° DO PRONTUÁRIO  
169 3193

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  
TCDU CABANA

14 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  
TE TAU 30

16 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

16/02/2020

24 - NÚMERO DO DOCUMENTO (RG/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

25 - ADESÃO LIGADA AO CONSELHO

Bruno R. S. ROMAN  
TODOS OS CONSELHOS  
CONCEPÇÃO D'ORCA  
ROD CONSELHO

26 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

DATA DA AUTORIZAÇÃO

27 - NÚMERO DO DOCUMENTO (RG/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - ADESÃO LIGADA AO CONSELHO

Cod. 0421

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE 13/09/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO 13/09/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA João Brando de Barros Soares	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: TCE grave + fratura da maxila.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):  Tratamento Neurocirúrgico Tratamento cirúrgico da maxila	
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Alta médica - 20/10/19
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? Caso positivo descrever.  <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Perda temporária e incompleta do olfato
2º Diminuição do olfato e da paladar
3º Perda de olfato em função da traumá
4º Perda de olfato devidamente tratada
5º

AFIRO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE  
13/09/19  
e que as respostas acima, são completas e verdadeiras.

Caruaru 10/10/19  
DATA

Dr. ROSSINI C. SOARES  
ME/CRA  
SEMEPE 20192  
Assinatura é certificada



**SINISTRO 3190701428 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES**

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

**BENEFICIÁRIO** JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

**CPF/CNPJ:** 10100488480

**Posição em 30-01-2020 14:10:10**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenização</b>	<b>Juros e Correção</b>	<b>Valor Total</b>
17/01/2020	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

