



Scanned by CamScanner



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



**CELPE**

www.celpe.com.br

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  
Ouvidoria 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	DATA DE VENCIMENTO <b>17/09/2019</b> TOTAL A PAGAR (R\$) <b>0,00</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 10/09/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 10/09/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 076742324	CONTA CONTRATO 007024003153 Nº DO CLIENTE 2000048954 Nº DA INSTALAÇÃO 0006347049
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA BARBOSA LIMA 83 --A CENTRO/BOM CONSELHO 55330-000 BOM CONSELHO PE		
CLASSIFICAÇÃO <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> Monofásico			
RESERVADO AO FISCO <b>33A1.E750.9D45.AF9D.8C92.B384.9940.B1D3</b>			

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

### DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	64,00	0,77952320	49,88
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,63
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,20
ICMS Subvenção-CDE-NF 069064970-10/07/19			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
TOTAL DA FATURA			59,84

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

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54933000		
		SET 19	84
		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

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	18,46 34,41
Transmissão	1,85 3,46
Distribuição (Celpe)	11,23 20,99
Encargos Setoriais	2,64 4,83
Tributos	15,79 29,81
Perdas de Exemplo	2,54 4,62
TOTAL	53,51 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003160485131	CAT	09/08/2019	2.750,00	10/09/2019	2.814,00	32	1,00000	0,00	64,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AJUSTADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
MAI/2019					
DIC-No de horas sem Energia	BOM CONSELHO	0,00	5,91	11,82	23,64
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,48	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					
Limite DICRI: 12,22					
EUSS-Valor do Encargo de Uso = R\$ 19,89					
Todo Consumidor pode solicitar a aprovação das indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

Scanned by CamScanner



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** José Ivanildo de Barros Soares, brasileiro solteiro, frontista, RG: 8.834.503 SD/PE e CPF: 101.004.884-80, residente na Rua Barboza 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

DECLARO, 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 prejuízos 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.

JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES





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

4. 1073.0444

Serie-A  
1<sup>o</sup> Parte

Impresso no Parque Gráfico da PMPE/AL



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

60 M

M. 1073.0444

Série A

2ª Parte

Fato	Unidade Operacional	136- BOM CONSELHO	Sigla do Registro	141031219	Nº da Folha / Total de Folhas	02 / 02
	Forma de Aproximação		Forma de Entrada			
Modos Operandi	Local de Entrada		Forma de Entrada			
	Afetação no Local		Forma de Entrada			
	Crimina Suspeita		Forma de Entrada			
Objeto Envolvido	Envolvido	Tipos de Objeto	Marcas / Modelos	Número de Série		
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?					
Dados do Veículo	Envolvido	Marcas / Modelo	Cor	Alm	Renovar	
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido ?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
	Qual o motivo do registro do veículo?					
Dados Complementares	Envolvido	Marcas / Modelo	Cor	Alm	Renovar	
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Qual o motivo do registro do veículo?					
<p>O EFETIVO DA GT FOI INFORMADO VIA LIGACÃO DE POPULARES INFORMANDO DE UM ACIDENTE NO LOCAL JÁ MENCIONADO ONDE A VITIMA TERIA COLIDIDO COM UM ANIMAL (JUMENTO) QUE ESTARIA NO MEIO DA PISTA. AO CHEGAR NO LOCAL A VITIMA ENCONTRAVASSE CAÍDO COM ALGUNS FERIMENTOS NA PAREÇA. O SAMU LOCAL FOI ACIONADO PARA EFETUAR O SOCORRO, SENDO CONDUZIDO PARA O HOSPITAL LOCAL. E EM SEGUÍDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NO RECIFE DEVIDO TER SOFRIDO UMA GRANDE PANCA-DA NA CABEÇA E PRECISAR PASSAR POR EXAMES MAS DETALHADOS.</p>						
Exames Periciais: E. Solicitado R. Realizado						
Tipo de Exame Envidado: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R Tipo de Exame Envidado: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R Tipo de Exame Envidado: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R						
<input checked="" type="checkbox"/> Cadastre <input type="checkbox"/> Recebedor Matrícula 102958-4 Valor 340163 Litro 9- BPM						
Responsáveis	Responsável pelo preenchimento		Responsável pelo veículo			
	Matrícula Nº 2º Sgt PM J. Monteiro Ass: 2º Sgt PM J. Monteiro Nome: Matricula 102.958-4		Matrícula Nº Ass: Nome:			



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



*Bom Conselho*  
SERVIÇO DE SAÚDE PARA A COMUNIDADE



## 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 a 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 COLUMNA 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

*[Assinatura]*  
Kleitson Albuquerque de Araújo  
Coordenador  
C.R.C. 14.53795

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



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

HR



13/09/19

Hora de reserva: \_\_\_\_\_

**LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA**

Endereço: \_\_\_\_\_

Dados do paciente

Nome: <u>Jose T. V. da Silva de Barros Soares</u>	Idade: <u>25 anos</u>
CPF: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Masc.
Identidade: _____	Data de nascimento: _____

História clínica

Paciente Wilton de Acidente de moto  
com TCE atômico, fraturas, apresenta  
laceração na face. Em 08/09  
apresenta fraturas ancladas. Com Sinais  
orientados para lesão no  
crânio. Encaminhado para  
Solício Matiax de NCR e BME

SENHA: 5770739



Médico assistente  
Carimbo

Código de Verificação: 27022019





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

Nome:	Paulo Antônio Coelho Castor			Hora:	23:15
Idade:	23 anos	Peso:		Temperatura:	
Endereço:	Rua Bandeira, 146 - Jd. Santa Helena				
Filiação:	Zelador da Prefeitura de Bom Conselho				
Acid. Trans: ( )	Acid. Trab: ( )	Agressão: ( )	Outros: ( )		
HDA:					
Ex. Clín:	paciente vítima de queda de muro, com 100 cm de altura, sustentado por 15 cm de base, apresentando lesão na base da coluna cervical.				
Diagnóstico:	D10 N91.00				
Conduta:	57 70 739 AR				
Cons. Simples ( )	Cons. Terapia ( )	Cons. Observação ( )	Procedimento ( )		
12 / 07 / 18			Médico		
Data					

© 2000 Saúde / Fone: 0800 303 303



SENHA DA REGULAÇÃO:

APOIO / D. CASTOR  
F. CASTORSecretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

## Ficha de Atendimento

Data: 14/09/19

Médico: J. J. J.

Técnico: J. J. J.

ETIQUETA

TE: 02060.10146

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>	Nm. 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-Ser-05</b>	Mãe: <b>SIMONE MARIA VIEIRA DE BARROS SOARES</b>	Cartão SUS: <b>705001620549056</b>
Endereço: <b>RUA BARBOSA LIMA</b>	Numero: <b>83</b>	Complemento:
Bairro: <b>CENTRO</b>	UF: <b>PE</b>	Telefone: <b>981209982</b>
Cidade: <b>BOM CONSELHO</b>		
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: <b>ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO) / CEFALIA</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. Público <input type="checkbox"/>		
Outros <input type="checkbox"/>		
Observação:		Assistente Social
História Clínica:		
<p># Tabete de colisão moto: cavale, com perda de consciência Encontrado - se deslocado e com uso intenso de capacete Furgon B. P. C. R. mov. 4. metros ECO: T. de C. e. + Jan 10. L. anal. GMR B. R. S. Rosário R. R. S. Rosário CREMEPE 21K73</p>		
Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: 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:	Transporte realizado Por:
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 pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tamp
B: Respiratório		
C: Circulatório	PA: <b>X</b> mm	Pulso: <b>bpm</b>



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

SENHA DA REGULAÇÃO:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Exame Neurológico		Deficiência motora		MSD	MSE	MID	MIE	Pupilas	Isocôricas	Anisocôricas
Glasgow Abertura Ocular	Score	Glasgow Resposta Verbal	Score	Glasgow Resposta Motora	Score					
Hora		Hora		Hora						

C = C = 15

E. Exposição/Abdômen:

SEM LESÕES

Diagnóstico Inicial:

FRATURA DE CÍNDULO MANDIBULAR

Cod. Procedimento

Conduta:

1. INSTALAÇÃO DE TALA DE FAIXA E BANDA
2. ALTA BNF.

Ass. Médico

Aden Martins  
Cirurgia e Traumatologia  
Residência EMBO/ODONTOL  
CRM 13841

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta  
internado na Clínica:  
Transferido para:

Condição de Alta:

☐ Curado ☒ Melhorado  
☐ Inalterado ☐ Piorado  
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: Aden Martins CRM: 13841 Data: 14/09/19 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 nosocômio, 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

Sumo 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 LÁBIOS, 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)



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: \_\_\_\_\_

Nome: JOSÉ IVANILSON BARROS SOARES

Foi atendido às 10:30 hs. do dia 14 / 09 / 2019

Diagnóstico Provável: \_\_\_\_\_

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MUDANCISTAS,  
CHATADO COM LESÃO DO DENTE 21, LESÃO  
DO DENTE 11 E 22 E FRATURA DE CÂNDIDA  
MANDIBULAR (D)

Tratamento Realizado: BARRA DE ELICH + BMM COM  
ELÁSTICOS

NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES  
LABORAIS POR UM PERÍODO DE 15 (QUINZE) DIAS.

Observação: RETORNO AO AMBULATÓRIO GERAL DO  
HUSC, SÓLA DIA 14/15, NO DIA 26/09/2019,  
AS 7h30

Cópia de: \_\_\_\_\_

Atlan Martins

Odontólogo

Atlan Martins  
Médico - CRM Nº

**ATENÇÃO** Este 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. 0157





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo:	
CRM:	Nº:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone: ( )	

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

Paciente: *Geni Inês da Silva Barros*

Endereço:

Prescrição:

*Condom (10mg) - 1x  
3 cp de 12/12h*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
Ident:	Org. Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone: ( )	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	
Data	



PRC 00060339

TOMOGRAFIA HR

Data: 14.09.19

Médico: [assinatura]

Técnico: Tamiere

SENHA DA REGULAÇÃO

APÓIO / D. [assinatura]



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

TE [assinatura]

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>		Nm. 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>		Mãe: <b>SIMONE MARIA VIEIRA DE BARROS SOARES</b>		Cartão SUS: <b>705001620549056</b>	
Pai: <b>CICERO PADILHA SOARES</b>					
Endereço: <b>RUA BARBOSA LIMA</b>		Número: <b>83</b>			
Bairro: <b>CENTRO</b>		Complemento:			
Cidade: <b>BOM CONSELHO</b>		UF: <b>PE</b> Telefone: <b>981209982</b>			
Ocorrências:					
Motivo do atendimento: <b>ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO) / CEFALÉIA</b>					
Procedência: <b>OUTRO HOSPITAL</b>					
Informações do Serviço Social:					
Confirmação de nome:				Fones:	
Confirmação de endereço:				Assistente Social	
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"/> Delegacia <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/>					
Outros <input type="checkbox"/>					
Observação:				Assistente Social	
História Clínica:					
<p>* Relato de colisão moto-cavale, com perda de consciência Encontrava-se alcoolizado e com uso recente de crack Permanece na PRCA por 4 dias Recito de liberar - Jan 30 L. anal. S.M.F. [assinatura]</p>					
Atendimento Médico					
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Eméico: 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: Transporte realizado Por:					
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 pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:					
B Respiratório					
C Circulatório					

SERVIÇO EXECUTIVO  
CONTAS RECURSOS



SENHA DA REGULAÇÃO:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

ETIQUETA

### Ficha de Atendimento

Di Exame Neurológico	Deficiência motora	MSD <input type="checkbox"/>	MSE <input type="checkbox"/>	MID <input type="checkbox"/>	MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas	Isocóricas <input type="checkbox"/>	Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora						
Score	Score	Score						

CC = 13

E. Exposição/Abdomen:

SEM LESÕES

Diagnóstico Inicial:

FRATURA DE CÔNGUA MANDIBULAR (2)

Cod. Procedimento

Conduta:

- ① KISTACAP - DE TRILHA DE CILIN E BOM
- ② ALTA DNF

Ass. Médico

Adan Martins  
Cirurgião e Traumatologista  
Médico Especialista  
Unidade 1301

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

Condição de Alta:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta

☐ Curado ☒ Melhorado  
☐ Inalterado ☐ Piorado  
☐ Óbito

Internado na Clínica:

Transferido para

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: Adan Martins CRM: 20011 Data: 14/07/19 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, clínicos 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 nosocômio, 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-Sep-19



# HOSPITAL DA RESTAURACAO

MANCHESTER V2

Sumo da Classificação de Risco - Protocolo

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: U0005  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

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

ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 76232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: COLISÃO MGTO 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 CRANIOENCEFALICO

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: NEUROCIURGIA ADULTO

Acolhido(a) por: ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 76232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 14/09/2019 03:37

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



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

HR

*[Assinatura]*  
Médico Assistente  
Carimbo

13/09/19

Hora da reserva:

**LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA**

Dados do paciente		
Nome: <u>Jose T. Van Lda de Bem Soares</u>	Idade: <u>25 anos</u>	Sexo: <u>Masc.</u>
CPF: <u></u>	Data de nascimento: <u></u>	Fem. ( ) Masc. ( )
História clínica		
<p>Paciente vítima de acidente de moto, TCE e atropelamento, apresentando laceração na face com sangramento intenso, com fratura da mandíbula e maxila inferior. Solicito avaliação de NER e PMS.</p> <p align="center"><b>SENHA: 5770737</b></p>		
Assinatura do médico		
<p><i>[Assinatura]</i></p> <p align="center">Médico Assistente Carimbo</p>		



Paciente

Enfermaria/Leito

## Registro

João Triunfante de Sousa Soares

1482106

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

HEBME + M 09.19 5h

Resente com história de colúria noturna e cansaço  
durante caminhada, incontinência urinária, 220mmHg, 85kg.  
Ao exame PAC apresenta edema e dor nas pernas  
inferiores, dor no peito e dificuldade de 21.  
Uma em região pré-cordão D. TC de tórax  
apresenta fratura de costela D.

CO. ① *Neoliza sutur*

② Acrop. BMF / NCR

ACB = 1000 - 1000

14/03/19 TC de matemática com prova simulada

هـ CD  $\frac{1}{2}$  الى 1.5

Group BAF

4 Sept 4

19/07/2019

PARCATE: ultima de proiecte realizate

59 140

VIZIO CANNONLINE ORIENTED JUPITER, 20000

Comments: C-6 removed. No other PNF, Attention

Phenol C. The  $\text{pK}_a$  of  $\text{H}_2\text{O}$  is 14 and  $\text{H}_2\text{O}$  is a weak acid.

ANALISA DO MEIO 21 e 22 - 23/08/2018

14. 22. lim. the  $\vec{r}$  or assigned value.

FD 36 Case 100-447894 Sub 105 Cont'd (9)

Ques 55: (2) INTRINSIC BRANCH OF RACH, Gen. Brach

3) 40A 5MF





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 José Orlando de Sousa Soares	
LESIONES RESULTANTES DO ACIDENTE TCE Grave + fratura de maxilar	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento Neurológico Tratamento Cirúrgico de maxilar	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Alta Médica - 20/09/19	
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL 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
1ª Lesão cerebral e comprometimentos
2ª Diminuição do olfato e da paladar
3ª Impossibilidade de trabalhar em função do Trauma
4ª Perda total da capacidade laborar
5ª

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 5 (cinco) dias anteriores à data das respostas acima, e AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Assinatura: Carman 10/10/19

Assinatura e Carimbo: Dr. Rosângela Cabral Médica CREMEPE 20342



**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

