

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL



1 maria das graças da silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4090263 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/01/1989

NOME MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA

FILIAÇÃO Cícero José da Silva e Josefa Maria da Silva

NATURALIDADE Lagoa dos Gatos-PE DATA DE NASCIMENTO 08/05/1969

ORIGEM C.Nasc.nº 11196, Fls.106V, Liv. A-28, Cart. Lagoa dos Gatos-PE.



CNPJ 765321354/53 *Paulo P. Costa*

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Scanned by CamScanner



  **SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL**
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

NUMERO DE INSCRIÇÃO NO CPF
765321354-53

Nº DE INSCRIÇÃO
765 , 321 , 354 , 53

NOME COMPLETO
Maria das Graças da Silva.

NASCIMENTO
08.05.69

SIGNATURA
Maria das Graças da Silva

TERÁ VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

Scanned by CamScanner



CELPE

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

DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS GRACAS DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TOME BISPO 196

CPF: 765.321.354-53 NIS: 16382181375

COMPESALAGOA DOS GATOS
LAGOA DOS GATOS PE
55450-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
083150849	ÚNICA	29/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
29/10/2019	2000557444	1847706

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
1046499022	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
05/11/2019	28/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
115,96	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,27049070	8,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,46366634	32,45
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	61,0000000	0,69554752	58,33
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,42
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12,94
ICMS Subvenção-CDE-NF 075438380-28/08/19			0,87

Scanned by CamScanner



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Maria dos Graças da Silva, brasileira, casada, agricultora, RG: 4.090.263 SSP/PE e CPF: 765.321.354-83, residente na Rua Tome' Bispo, N: 196, Compara, Ilagoea dos Gatos / 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 judicium 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, 07.02.2020

Maria dos Graças da Silva
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 prejuízos próprios e de minha família.

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

Recife (PE), 07 de fevereiro de 2020 .

Maria das Graças da Silva





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001278

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/11/2019 às 21:56

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 7/7/2019 no período da Manhã

Natureza Jurídica: **ACIDENTE COM VÍTIMA NÃO FATAL**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 1, SÍTIO RAPOSO - LAGOA DOS GATOS - PE - Bairro: ZONA RURAL - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VILA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
IVO GOMES DE SOUZA (OUTRO)
PAULO HENRIQUE GOMES (TESTEMUNHA)
MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA

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

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

MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Pm
CÍCERO JOSÉ DA SILVA Data de Nascimento: 8/8/1969 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 4098263/SSP/PE (RG) 78532135463 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU
INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 196, RUA TOMÉ BISPO - 196 - COMPESA - CEP: 55466
- Bairro: LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL

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

IVO GOMES DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

PAULO HENRIQUE GOMES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) PAULO HENRIQUE GOMES, que estava em posse do(a)
Sr(a) MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NCR 150 BROS ESD Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE)



Placa: **PGM7933** (FERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2K00540ER010088**
 Ano/Fabricação/Modelo: **2013/NÃO INFORMADO** Combustível: **ALCO-GASOL**
 Descrição: **MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS ESP DE PÇCA PGM 7933**

VEICULO CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO** que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Descrição: **VEICULO CARRO NÃO IDENTIFICADO CAUSADOR DO ACIDENTE**

Complemento / Observação

AFIRMA A VITIMA, QUE ESTAVA NA GARUPA DA REFERIDA MOTOCICLETA CONDUZIDA PELO SEU ESPOSO, QUE PASSAVA NA SITUAÇÃO LOCALIDADE, QUANDO UM VEICULO EM VELOCIDADE ENTRAVA DE MANEIRA BRUSCA NA ESTRADA, QUE O FECHOU, OCASIONANDO O ACIDENTE. O MOTORISTA NÃO PAROU E TAMBEM NÃO PRESTOU SOCORRO. TENDO A VITIMA SIDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL LOCAL DE LAGOA DOS GATOS E TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - NR - EM RECIFE. DIANTE DO FATO, REGISTRA O PRESENTE BO.

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

MARIA DAS GRACAS DA SILVA
(VITIMA)

maria das gracas da Silva



B.O. registrado por: **LEISON DOS SANTOS SILVA** - Matrícula: **381.171-9**

Leison dos Santos Silva





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Número do Atendimento

ETIQUETA

NCR/020603237
TC/020603237
020603237

1451014		Data e Hora de Atendimento: 07/07/2019 17:06	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Atendimento Manual:			
Nr. Prontuário: 1684932	Paciente: MARIA DAS GRACAS DA SILVA	Nm. Social:	
Data de nascimento: 08/05/1969	Idade: 50a 1m 29d	Sexo: FEMININO	
Estado Civil: CASADO	Profissão:	Acompanhante: PAULO RICARDO GOMES DO!	
DOC ID / Data expedição 4090263 / 11-Jan-89	Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Pai: CICERO JOSE DA SILVA	Cartão SUS: 703405826464300	
Endereço: RUA JOSE TOME BISPO	Numero: 196	Complemento:	
Bairro: COMPESA	UF: PE	Telefone: 982141651	
Cidade: LAGOA DOS GATOS			
Ocorrências:			
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO) / ENCM. POR TCE (TRAUMA CRANIO ENCEFALICO)			
Procedência: OUTRO HOSPITAL			
Informações do Serviço Social:			
Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social	
Confirmação de endereço:			
Providências: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>			
Encaminhamentos: <input type="checkbox"/> 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><i>Paciente vítima de acidente motociclístico há 1sh, evoluindo com lesão de crânio e torção.</i></p> <p>SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO TOMADA DE EMERGÊNCIA DATA: 07.07.19 HORA: _____</p> <p>SERVIÇO EXECUTADO CONTAS MEDICASSINATAMENTO</p>			
Atendimento Médico			
Perda de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Exatidão Exatício: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Acidente de Trabalho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Acidente de Trânsito: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo:	Transporte realizado Por:	
Imobilização Cervical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sofreu Queda: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Altura:	
Condições de imobilização adequadas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Por Que?:		
Exame Físico:			
A. Geral: Via aérea está pervia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	O paciente fala: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Temp:	
66B, LOMBOS, QUADRANTES, EXTREMIDADES, ORIFÍCIOS			
B. Respiratório: MVB - MHT, SIRA			
C. Circulatório: PA: X mm	Pulso: bpm		
PCR - 2T, BNF 4 batidas FC - 80 bpm			

APCJO BAIXADO
FUNCIONÁRIO





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Número do Atendimento

D. 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						
Escore	Escore	Escore						
Hora	Hora	Hora						

ECG-15

E. Exposição/Abdômen:

ABD: Bócio - glândula aumentada, indolente, SI VLM
Sem dor à palpação

Diagnóstico Inicial: ① Paratuberculose

Cod. Procedimento

Conduta: 1) Sol. TI 1000, 200, 4000
2) AN. MCR

SES - HOSPITAL DA RESTAURACAO
TOMOGRAFIA DA EMERGENCIA

DATA: 5/7/2020 HORA: 14:25
MEDICO: _____
TECNICO: _____
EXAME: _____
CONTRASTE: _____

Evolução de Enfermagem

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

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

Internado na Clínica:

Transferido para:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: Rita M. Costa CRM: 156125 Data: 07/07/2020 Hora: 14:25

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: 07-Jul-19



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 07/07/2019 16:57

Nome Paciente: MARIA DAS GRACAS DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 08/05/1969
Sexo: Feminino
Idade: 50
Senha: U0038
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 07/07/2019 16:58 - 07/07/2019 17:00

SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: QUEDA DE MOTO, HÁ CERCA DE 8 HORAS, ERA GARUPA, COM CAPACETE, REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA, ESCORIAÇÕES

Observação: PA 130/90, LAGOA DOS GATOS COM SENHA 5722263

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 5

07/07/19
16:58

CIP: 66000

- O Paciente foi levado para realizar exame. TC e RM do crânio e da coluna cervical foram realizados. Paciente não tem mais

Doença: EGB, lesão, hemorragia, hematomas, lesões
DPI X DVI. DVI: STALTE 11:00 AM
ABD: Glândula, suprarrenal, inchaço, glândula

- CD 1 Alta da Cir. geral

Lucas Costa Ferraz
Médico
CRM-PE 27078

CP. 16 + Dra. RAISIA

Atendido(a) por: SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/07/2019 17:00

Sistema de Avaliação com Classificação de Risco

Página 1 de 1



RECEITUÁRIO

24741

DATA: 7/7 2018

NOME:

Maria de Jesus de Lencastre

Neurologia 5722263:
H. Meschini
Pete ro cue, vitame.
de carência de moto.
TCE rego Panchula.
Ante, e costel a neural
evoluindo com "tontas."
na indução de dechto,
vômitos.

Glauber - 15 487-186

Set - 96 AA

PA - 130/90 - medida

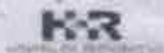
Fe: 72:

Soluto - oculum pele,
neurologia

Margarita Sigler Reyes
CRM-PE: 25024

ASSINATURA DO MÉDICO





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Número do Atendimento

1451014

Data e Hora de Atendimento:
07/07/2019 17:06

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL

Atendimento Manual:

Nr. Prontuário: 1684932 Paciente: MARIA DAS GRACAS DA SILVA Nrn. Social:
Data de nascimento: 08/05/1969 Idade: 50a 1m 29d Sexo: FEMININO
Estado Civil: CASADO Profissão: Acompanhante: PAULO RICARDO GOMES DO
DOC ID / Data expedição: 4090263 / 11-Jan-89 Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA
Pai: CICERO JOSE DA SILVA Cartão SUS: 703405826484300

Endereço: RUA JOSE TOME BISPO
Bairro: COMPESA
Cidade: LAGOA DOS GATOS

UF: PE Telefone: 982141651

Ocorrências:

Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO) / ENCM. POR TCE (TRAUMA CRANIO ENCEFALICO)

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome: Fones: Assistente Social
Confirmação de endereço:
Providências: Alta ☐ Casa Social ☐
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐
Outros ☐
Observação: Assistente Social

História Clínica

Paciente retorna de acidente automobilístico por 1ª vez, com lesão
aberta de cabeça e de abdômen.

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
TOMAR VASO DA EMERGENCIA
DATA 07/07/19 HORA:

SERVIÇO EXECUTADO
CONTAS MEDICAMENTOS

Atendimento Médico:
Perda de consciência: Sim ☒ Não ☐ Estado Emático: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☒ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒ Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒ Por Que?

Exame Físico:

A. Geral: Via aérea está permeável: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp:

B. Respiratório

C. Circulatório

RA

X

mm

Pulso

bpm

PCR - 2.1, BNF 9, 100% FC - 70 bpm

APROVADO
FUNDADOR





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Número do Atendimento

D. Exame Neurológico	Deficiência motora	MSD <input type="checkbox"/>	MSE <input type="checkbox"/>	MID <input type="checkbox"/>	ME <input type="checkbox"/>	Pupilas	Isocônicas <input type="checkbox"/>	Anisocônicas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora						
Escore	Escore	Escore						

ECG 15

E. Exposição/Abdômen

ABD: Blm - glabro, difuso, indolente, SI RCM
Lm dor à distensão

Diagnóstico Inicial: ① Polipneumonia

Cod. Procedimento

Conduta

1) Sol. 1 r. fona, 200, 6000
2) Sol. 1 r. fona

SES - HOSPITAL DA RESTAURACAO
TOMOGRAFIA DA ENFERMAGEM

Ass. Médico

DATA: 1/1/2020

MÉDICO

TÉCNICO

EXAME

CONTRASTE

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

☐ Obito

☐ Piorado

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 e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transportes 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 nesta 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: 07-Jul-19



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 27/02/2020 09:51:50

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022709515060200000057445549>

Número do documento: 20022709515060200000057445549

PREFEITURA MUNICIPAL DA
LAGOA DOS GATOS - PE
SECRETARIA DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

24741

DATA: 7/7 2018

NOME:

Maria de Fátima de Sá

Nº 5722263

U. Mesquita

Pode ser que, vítima

de acidente de moto

TCE rego Panetula.

Inte, e costel a nuca

evoluindo com "tontas"

na nuca e de deito,

vômitos.

Glauber - 15

487-186

Set - 96 AA

PA - 130/90 - medida

Fe: 72:

Soluto - ocular pele.

neurologia

Margarete Sigler Reyes
CRM-PE: 25324

ASSINATURA DO MÉDICO



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 07/07/2019 16:57

Nome Paciente: MARIA DAS GRACAS DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 08/05/1969
Sexo: Feminino
Idade: 50
Senha: U0038
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 07/07/2019 16:58 - 07/07/2019 17:00

SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Previdência: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: QUEDA DE MOTO, HÁ CERCA DE 8 HORAS, ERA GARUPA, COM CAPACETE, REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA, ESCORIAÇÕES

Observação: PA 130/90, LAGOA DOS GATOS COM SENHA 5722283

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Divisão Vítas Lidas: - ESCLÁ COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 5

07/07/19

18:45

CIP. 60000

→ Paciente ferido por acidente de trânsito, TC 230 ml
no nível de lesão no nível de lesão. Paciente não
dá resposta

De acordo com ECG, exames, exames, etc.
PR. Y. etc. etc. etc. etc. etc.
ABD: Glândula, etc. etc. etc. etc.

...co Alta da Cir. geral

Lucas Costa
Médico
CRM-MG 27678

MP. 16 + Dra. Rosa

Assinado(a) por: SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/07/2019 17:00

Protocolo de Classificação de Risco

Página 1 de 1



07109130

NCR#

12h 15

Paciente com

história de Queda de

HLA. há 12h, com perda de
consciência, sem vômitos.

TAC de Crânio: Φ lesões

extensas + Isóptico + Φ D. F. r. r.

Sem Craniotomia.

HR: TLE + Politermos

HR: Alta com Orientações

Paula Mota
CRM 10121-PE
Neurocirurgia





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

1422523		Data e Hora de Atendimento: 06/05/2019 00:45	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Paciente: 1677216 Paciente: JUSSIARIA MARIA BATISTA DA SILVA		Atendimento Manual:	
Data de nascimento: 02/12/1995 Idade: 23a 5m 3d		Sexo: FEMININO	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante:	LUCIANA MARIA DA SILVA
DOC ID / Data expedição: 9854610 / 16-Jul-15	Mãe: ELIANA DA SILVA Pai: JOAO BATISTA DA SILVA	Cartão SUS: 898003435964709	
Endereço: TRAVESSA JERNIMO DE ALBUQUERQUE		Número 8	
Bairro: SALGADO		Complemento:	
Cidade: CARUARU		UF: PE Telefone: 992194881	
Ocorrências			
Motivo do atendimento: COLISAO VEICULO COM MOTO			
Procedência: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE			
Informações do Serviço Social: <i>colisao com veículo particular</i>			
Confirmação de nome: <i>Juliana Maria Batista da Silva</i>		Assistente Social	
Confirmação de endereço: <i>Travessa Jernimo de Albuquerque</i>		Assistente Social	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>		Assistente Social	
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist Publico <input type="checkbox"/>		Assistente Social	
Outros: <i>para entrega de atestado de óbito</i>		Assistente Social	
Observação: <i>a enfermeira compareceu de acompanhamento de um exame clínico na visita, por isso encaminhada para enfermagem no ambulatório 17/05/19</i>		Assistente Social	
História Clínica:		Assistente Social	

FATURADO

Atendimento Médico			
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emocional: 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"/>	Sobrev 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 aéreas 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	PA: X	mm	Pulso
-----------------	-------	----	-------

MÉDICO			
--------	--	--	--

EXAME: <i>Cranio + Cervical</i>			
---------------------------------	--	--	--

CONTRASTE: <i>ML</i>			
----------------------	--	--	--

SES - HOSPITAL DA RESTAURACAO
TOMOGRAFIA DA EMERGENCIA

DATA: 06/05/19 HORA:

MÉDICO: *Daniela*

TECNICO: *Daniela*

EXAME: *Cranio + Cervical*

CONTRASTE: *ML*

Scanned with
CamScanner



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

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

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: Maria da Graça da Silva

Endereço: _____

Prescrição:

Depotone (500mg) — 1 G
3cp Vo 12/12h

Gordond (100mg) — 1 G
3cp Vo 12/12h

Victor [Assinatura]
Otorrinolaringologista
CRM 123456789

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	
Data	





**PREFEITURA MUNICIPAL DA
LAGOA DOS GATOS - PE**
SECRETARIA DE SAÚDE
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA - PACIENTE

NOME COMPLETO: Prefeitura Municipal de Lagoa dos Gatos
Secretaria de Saúde - Programa de Saúde Mental

End.: Rua São Sebastião, S/N - Centro - Lagoa dos Gatos
CNPJ: 11.425.769/0001-78

PACIENTE: Moraes da Silva, L. N. H.

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO: _____

celecoxibe 100mg

7 dias - 1 comprimido 3 vezes ao dia

Margarita Sigler Reyes
CRM-PE: 25924

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

RG: _____ ÓRG. EMIS.: _____

END: _____

CIDADE: _____

ESTADO: _____

FONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: 1 / 1 / _____

Scanned by CamScanner



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	7/7/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	Mora dos Unidos da Silva		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	TCE		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):	Tratamento conservador, TCE Alto 9/7/19		
ALTA MÉDICA:	Sim Não		
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?	Sim Não	Não	
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
1º	Transtorno Tor Traumático, com Ponto
2º	de menor gravidade, Ponto de Contusão
3º	sem perda funcional visual e auditiva
4º	em um Continente de Pericoma e Cardenal
5º	100% incapacidade

ASSINADO E/OU AVALIADO A VÍTIMA NO PERÍODO DE 30 DIAS ANTES DA DATA DA AVALIAÇÃO: Correção

ASSINADO E/OU AVALIADO O MÉDICO RESPONSÁVEL: Correção DATA: 28/11/19

ASSINATURA E CARIMBO: Dr. Rosane C. Sobral
Médica
CREMEPE 20342





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-5595 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 027 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do:

Seguro DPVAT: 3190664548

Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Paulo Antonio Coelho Castor - 27/02/2020 09:51:50



Carta nº 15302020

