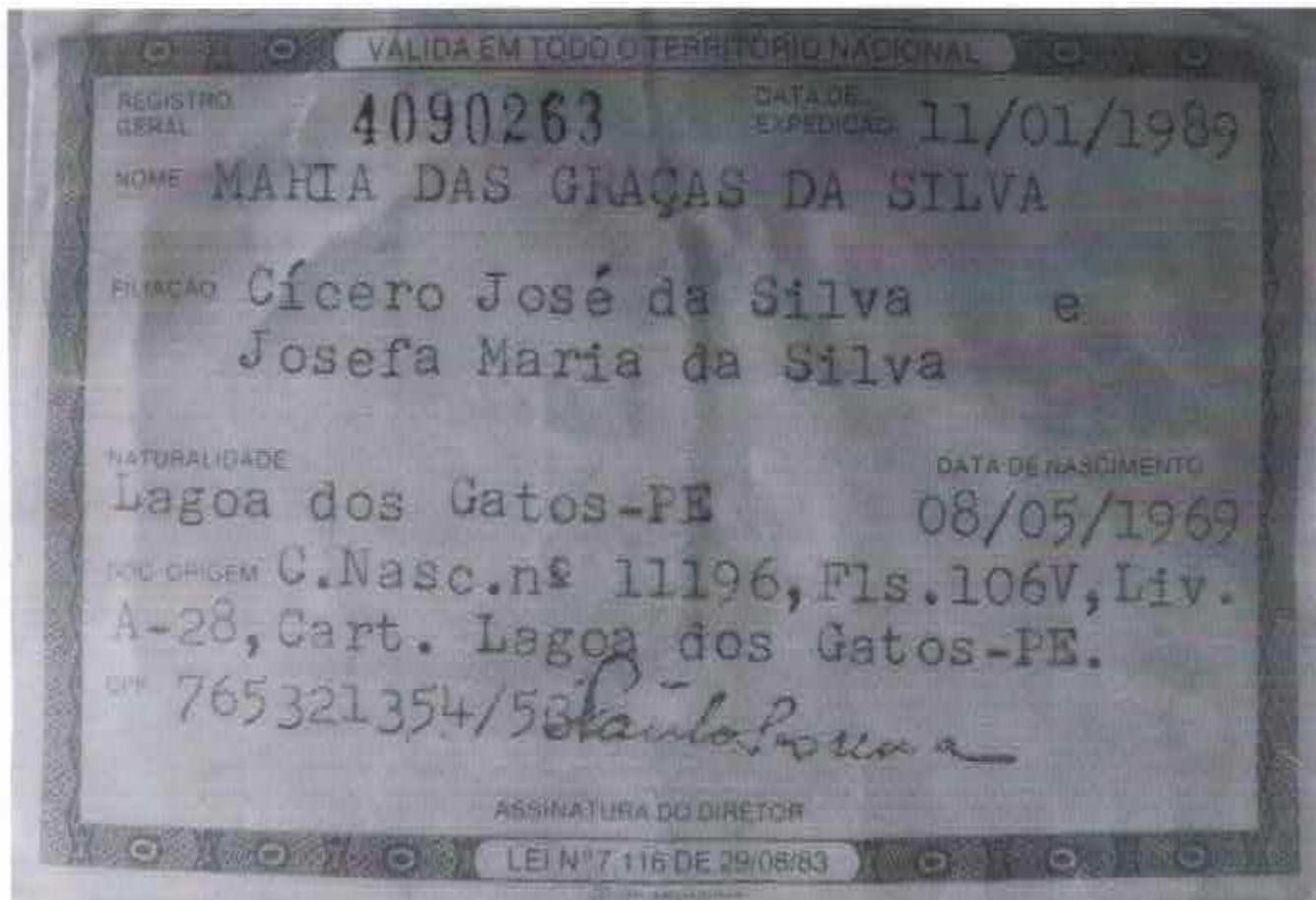




Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 27/02/2020 09:51:50
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022709515060200000057445549>
Número do documento: 20022709515060200000057445549

Num. 58409099 - Pág. 1

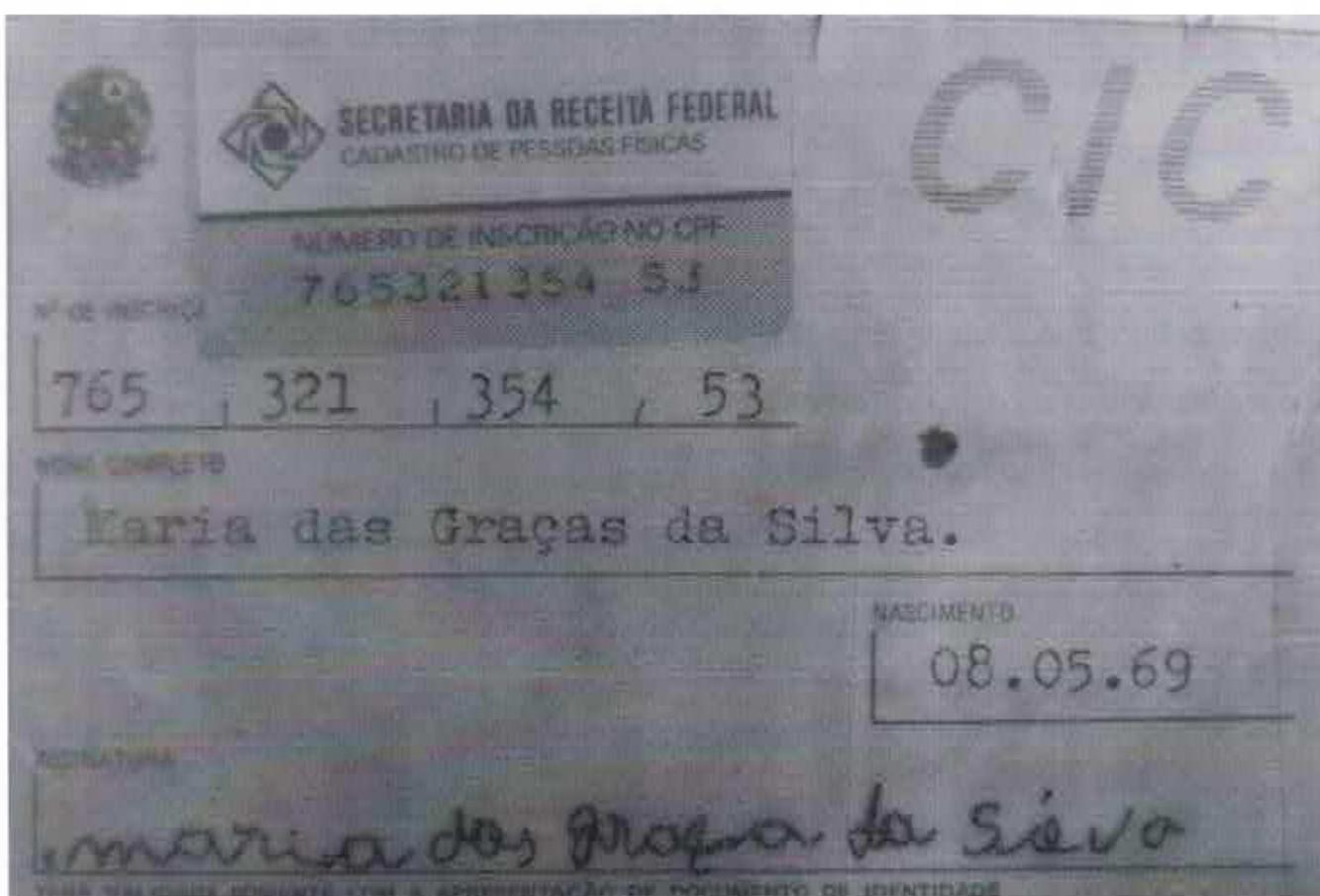


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 27/02/2020 09:51:50
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022709515060200000057445549>
Número do documento: 20022709515060200000057445549

Num. 58409099 - Pág. 2



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 27/02/2020 09:51:50
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022709515060200000057445549>
Número do documento: 20022709515060200000057445549

Num. 58409099 - Pág. 3



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

CPF: 765.321.354-53 NIS: 16382181375

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TOME BISPO 196

COMPESA/LAGOA DOS GATOS
LAGOA DOS GATOS PE
55450-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

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

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Ilum. Pública Municipal
ICMS Subvenção-CDE-NF 075438380-28/08/19

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,0000000	0,27049070	8,11
70,0000000	0,48369834	32,45
81,0000000	0,69654752	56,33
		2,42
		0,88
		12,94
		0,87

Scanned by CamScanner



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

Num. 58409099 - Pág. 4

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Maria das Graças da Silva, brasileira, casada, agricultora, RG: 4.090.263 SSP/PE e CPF: 765.391.354-53, residente na Rua Tomé Bispo, nº 196, Compessa, Ilha do Gado I/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 Juizo, 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 das 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 janeiro 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 N°. 19E0154001278

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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, SITIO 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 Nasc. **JOSEFA MARIA DA SILVA** /
CICERO JOSÉ DA SILVA Data de Nascimento: **2/5/1969** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **4098263/SSP/PE (RG)**, **70532135463** (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escaladade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 196, RUA TOMÉ BISPO - 196 - COMPESA. - CEP: 55456 - 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 IROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**



Declaração de Vítima

Ilustração: Atenção à segurança da vítima e do agressor

Placa: PGM7833 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 9C2MK00540ER010068
Ano Fabricação/Modelo: 2013/NÃO INFORMADO Combustível: ALCO/GASOL
Descrição: MOTOCICLETA HONDA NXR 150 Bros ESB DE PÇACA PGM 7833

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

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

Descrição: VEICULO CARRO NAO IDENTIFICADO CAUSADOR DO ACIDENTE

Complemento / Observação:

AFIRMA A VÍTIMA, 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 TAMBÉM NÃO PRESTOU SOCORRO. TENDO A VÍTIMA SIDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL LOCAL DE LAGOA DOS GATOS E TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - HR - EM RECIFE. DIANTE DO FATO, REGISTRA O PRESENTE BO.

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

MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA
(VITIMA)

maria das graça da Silva

N.C. registrado por: GESON DOS SANTOS SILVA - Matrícula: 944.171-9





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:

NCR / 02060320377
ETIQUETA / 02060320379
02060320380
02060320381

TC

Nº Prontuário: 1584932	Paciente: MARIA DAS GRACAS DA SILVA	Nº. 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	Cartão SUS: 703405826464300
Endereço: RUA JOSE TOME BISPO		Numero: 196
Bairro: COMPESA		Complemento:
Cidade: LAGOA DOS GATOS		UF: PE Telefone: 982141651

Ocorrências:

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

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. Puplico <input type="checkbox"/>		
Outros <input type="checkbox"/>		
Observação:	Assistente Social	

História Clínica:

Paciente vítima de acidente motociclista há 1hr, andando com lesão da membra e rebatida.

SERVIÇO EXECUTADO
CONTAS MEDICAS/PATRIMÔNIO
SERVICO EXECUTADO
CONTAS MEDICAS/PATRIMÔNIO
SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
TOMOGRAMA DE EMERGÊNCIA
DATA 07/07/19 HORA _____

MEDICO	Assistente Médico
Perda de consciência: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Medicamento Emetico: 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 checked="" type="checkbox"/> Tipo:	Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sofreu Ossuda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura:	
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" 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:
----------	--	--

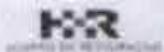
660, tornoze, macrura, periorbiticas, abrasao

B. Respiratório	MVR = RHR, SIRA
C. Circulatório	PA: X mm Pulso: bpm

PECO = 21, BNP = 10000, FC = 80 bpm

APGIO BAIXAVEL
FUNCIONARIO





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Número do Atendimento

D. Exame Neurológico	Deficiência motora	MSD	MSE	MID	MIE	Pupilas	Isoconicas	Anisocônicas
Glasgow: Abertura Ocular Escore	Glasgow: Resposta Verbal Escore	Glasgow: Resposta Motoria Escore						

EC 6.15

E: Exposição/Abdômen:

ABD: Bloco-fálico,膨胀, dolor, SI + CN
sem dor e descompressão

Diagnóstico Inicial: (1) <i>Peritonite</i>	Cod. Procedimento
--	-------------------

Conduta:	1) Sol. Tt. tócos, dco, gárgalo	SES - HOSPITAL DA RESTAURACIÓN
	2) Rx n/a	TOMOGRAFIA DA EMERGÊNCIA
	<i>Rita Mota CRM-PE</i>	Ass. Médico _____
		DATA: _____ / _____ / _____
		MÉDICO _____
		TECNICO _____
		EXAME _____
		CONTRASTE _____

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	<input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado
Internado na Clínica:	<input type="checkbox"/> Inalterado <input checked="" type="checkbox"/> Piorado
Transferido para:	<input type="checkbox"/> Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:	CRM: _____	Nome completo legível: _____
Médico _____	CRM: _____	Assinatura: _____

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 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: 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

Prontidão

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:

- ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 5

07/07/19

16:55

CIP: 66206

→ Reação faceira da malha sensor. Tc 33,5 m
Anos de idade: 50 Anos de idade: 50
doença: nenhuma

Pa: 110, ECG: normal, Hb: 10.000, Hct: 30.000
PPI: 100 mmHg, Pco₂: 30 mmHg, Pco₂: 30 mmHg

ABD: doloroso, difuso, intensa, gásico.

• CO: I Alta da Cr. glau

Lucas Coelho Ferraz
Médico
CRM-PE 27578

PP.6 + Dr. Rosa

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

Data Impressão: 07/07/2019 17:00

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 27/02/2020 09:51:50
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022709515060200000057445549>
Número do documento: 20022709515060200000057445549

Num. 58409099 - Pág. 11

PREFEITURA MUNICIPAL DA
LAGOA DOS GATOS - PE
SECRETARIA DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

24761

DATA: 7/7/2016

NOME: Maria de Fátima de Britto

Viajante 5722263.
Nro CEP: 54100-000

Pete no cue, vidente.

↓ carente de moto.

TCE rego Pau bruto.

Ante, e costal arred
cuidando com "tontas."

na m. das. de debito,
vômitos.

Glauber - 15 Agt - 186

Sat - 96 A A.

PA - 130/90 - micturis

Fe: 72:

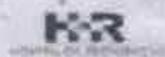
Solutio - ouviria pde.

neutrope ..

Morais Sigler Reis
CRM-PE: 25879

ASSINATURA DO MÉDICO





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

NCR / 02666229
6

ETIQUETA
02663229
02663279
02663267
02663267

Número do Atendimento

1451014

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

Local de Entrada: **EMERGENCIA GERAL**
Atendimento Manual:

Nº Prontuário **1684932** Paciente: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**
Data de nascimento: **08/05/1969** Idade: **50a 1m 29d**

Nº Social:

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**

Número: **196**

Bairro: **COMPESA**

Complemento:

Cidade: **LAGOA DOS GATOS**

UF: **PE** Telefone: **982141651**

Ocorrências:

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

Procedência: **OUTRO HOSPITAL**

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta <input checked="" 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"/>		
Observações:		Assistente Social

História Clínica

Paciente vítima de acidente envolvendo triciclo, caindo de altura de 1m, resultando em lesão na cabeça e fratura.

SES-HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
TOUCANHA DE EMERGÊNCIA
DATA: **07/07/19** HORA: _____

SERVIÇO EXECUTADO
CONTAS MENSAS FATURAMENTO

PERÍODO	Atendimento Médico:
Ponto de coleta/origem: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Ponto de Encontro: 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 checked="" type="checkbox"/> Tipo: _____	Transporte realizado Pct:
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: _____	
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Por Que? _____	

Exame Físico	
A. Geral	Via aérea está pésia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp: _____

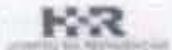
665, respira, sanguínea, coragem, óptima.

B. Respiratório	
MVR: ~ 40L SIR:	

C. Circulatório	RA: _____ mm	P脉: _____ bpm
SCR: 27, BNP: 9 mmol/L		

APOIO BAIS/PE
CONCESSIONÁRIA





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Número do Atendimento

0. Exame Neurológico	Deficiência motora	MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas
Glasgow: Abertura Ocular Escala:	Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escala: Escala: Hora
668-15		<input type="checkbox"/>

E. Exposição/Abdômen

PED: Bem-gobernado, alerta, se agita
Com dor e descompenso. 6 dias, doloroso e fulgido na HCD.

Diagnóstico Inicial: ① Paroxismo	Cod. Procedimento
Conduta: ① Sol. tr. fonoex., psic, urinário ② Rx m/CT	SES - HOSPITAL DA RESTAURACIÓN TOMOGRAFIA DA EMERGÊNCIA Ass. Médico DATA _____ MEDICO _____ TÉCNICO _____ EXAME _____ CONTRASTE _____

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	<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: CRM: Data: 07-07-15 Hora: 15:52:5
Médico _____ CRM: _____ Data: 07-07-15 Hora: 15:52:5

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:

Ressponsabilizo-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: 07-Jul-15



PREFEITURA MUNICIPAL DA
LAGOA DOS GATOS - PE
SECRETARIA DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

DATA: 7/7/2016

NOME: Maria de Fátima de Britto

Neurocirurgia 5722263.
H. Mesotum

Pote roxos vitales.

↓ camente do resto.

TCE regis Penelula.

Ante, e costel amad
côlumbos com "tontos."

na maturidade de deitado,
vomito.

Glofles - 15 487-186

Sat - 96AA.

PA - 130/90 - normais

Fei: 72:

Solutio - ouvir em jale.

neurite -

Maria de Fátima de Britto
CRM-PE: 25024

ASSINATURA DO MÉDICO



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER V2

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: 107128 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO:

AMARELO - URGENTE

AMARELO - GROSCHE

Quinto Princípio: QUEDA DE MOTO, HÁ CERCA DE 8 HORAS, ERA GARUPA, COM CAPACETE, REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA, FRACCIONADA.

BRASIL - PA 130/80 | LAGOA DOS GATOS COM SENHA: 5722283

El costo total es de **TRAUMA MAIOR**

ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN HISTÓRICA DE INCONSCIENCIAS

HISTÓRIA DE INCÔSCIE
NEUROCIURGIA ADULTO

Dosis: vitamina D1000 - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
RECIA DE POC. 5

DEK F/15

120

井 CIP. 6000c 井

→ Prod. facete sive realya sive. Tc nro 27
num. de ligante en brin de mator. Pabell nro
de nro

D-204 E6B, location, MORONIA, LOT
DPI # 911, acc year 1980
LBD: slate, stippled, m. Rd, yea

Alta da Engenho

LAWRENCE
KODAK
CHAS. # 27670

197610
PP.66 + Pre. Ra 50

Acreditado(a) por: SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 167126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impronta: 07/07/2018 17:00

Guia d'ús de la Clasificació de Riscos

Página 1 de 1



07109103

NCR#

TRABALHO PESSOAL

ESTRUTURA DA ORGANIZAÇÃO

HAB. LÉ JAB, COM PINTURA
EXTERNA, SEM VEDAÇÕES.

TAC DE COLETA DE LIXO
EXCESSO E INFESTAÇÃO DE INSETOS
SEM COLETORES.

USO TCE 1 PINTURA
COM ALTA SEM ORIENTAÇÕES

[Assinatura]
Mota
Neurálogia



L-5-18

10.000-15.000 m²

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital de Tentena e São

ETIQUETA

Número do Registro

Ficha de Atendimento

1422523		Data e Hora de Atendimento: 06/05/2019 00:45	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:
Paciente: 1677216	Paciente: JUSSIARIA MARIA BATISTA DA SILVA		
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	Cartão SUS:	898003435964709
Endereço: TRAVESSA JERNIMO DE ALBUQUERQUE Bairro: SALGADO Cidade: CARUARU		Número: 8 Complemento:	
Ocorrências		UF: PE	Telefone: 992194881
Motivo do atendimento: COLISAO VEICULO COM MOTO		(Assinatura paciente)	
Procedência: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE		ATOSLOS NEPI	
Informações do Serviço Social:			
Confirmação de nome:	Roberta Oliveira Mendes	Fones:	Assistente Social:
Confirmação de endereço:			ROBERTA OLIVEIRA MENDES Assistente Social CRF-PE 00147
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: o paciente em capuz de couro possuia dores nas costas e no pescoço, perteve febre edema nos pés, perturbado no ambiente 17/05/19			Assistente Social COMPASSO CRF-PE 00147
História Clínica:			
FATURADO			
Atendimento Médico			
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio: Ermitão: 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 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:	
B. Respiratório			
C. Circulatória: PA: X mmHg A FONTE BAIXABO PULSO			
D. Funcional: FUNCIONARIO			
E. Radiológico: SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO TOMODRAGRAFIA DA EMERGÊNCIA DATA: 06/05/19 HORA: MÉDICO: TÉCNICO: Daniel EXAME: CACAU + BOLICHO CONTRASTE:			

Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 27/02/2020 09:51:50
<https://pj.e.jpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=200227095150727000005744555>
Número do documento: 200227095150727000005744553

Num. 58409103 - Pág. 3

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

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

1^a VIA FARMÁCIA

2^a VIA PACIENTE

Paciente:

Maria da Glória da Silva

Endereço:

Prescrição:

*Depotone (500mg) — 1x
30 Uo 1a 11/2021*

*Gordond (100mg) — 1x
30 Uo 1a 11/2021*

*Victor Preysan
Ortopedista / Reumatologista
CRM-MG 10044*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
Ident.:	Órg. 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

1^a VIA - FARMÁCIA
2^a 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: *Maria da Conceição J. N.*

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO:

acetaminofen 500 mg

Tablet x 100

Facil

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

NOME:

RG: _____ ÓRG. EMIS.: _____

END:

CIDADE:

ESTADO:

FONE:

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: */ /*

*Margarita Sigler Reis
CRM-PE: 25924*

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:

LEIÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

TCE

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Treatmento conservador TCE
Alto 9/7/19

ALTA MÉDICA: SIM NÃO

EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? SIM NÃO
Caso positivo descrever:

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

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 Tronco Craniano, Cervical, lombar, lumbosacral
- 2º Nervos craneais, nervos de controle
- 3º Nervos motores, sensação visual e auditiva
- 4º Em vez de continente, perineal e lombar
- 5º Ossos da coluna

PERÍODO EM QUE AVALIAS A VÍTIMA NO PÉRIODO DE 01/01/2019 A 20/07/2019 Dr. Rossana C. Sobral

Medica CRMESP 20342

Assinatura e Cachorro

Data

Assinatura e Cachorro





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 9h às 20h, nos telefones 4020-5585 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 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 pesquisas 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 sequela definitiva, 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 Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você

Papel: 001751072000 - Data: 04/02/2020



Carta nº 1552648



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 27/02/2020 09:51:50
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022709515072700000057445553>
Número do documento: 20022709515072700000057445553

Num. 58409103 - Pág. 7