

SINISTRO 3190589346 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MAURICIO BEZERRA DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Recife-PE

BENEFICIÁRIO MAURICIO BEZERRA DA SILVA**CPF/CNPJ:** 02491878410**Posição em 06-04-2020 11:34:19**

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

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/10/2019	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75



[Handwritten signature]





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20200222692321

Escritório: SÃO JOAQUIM DO MONTE

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

JOELMA FRANCISCA AMORIM

MATRÍCULA:

02269232.1

02/2020-2

R DOM AUGUSTO DE CARVALHO, N. 00106 - CENTRO SÃO JOAQUIM DO MONTE PE 55670-000

INSCRIÇÃO: 133.820.054.0000.310

GRUPO: 13

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 02269232.1

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
HIDRÔMETRO A12F004307	DATA LEIT. ANTERIOR 07/02/2020	DATA LEIT. ATUAL 09/03/2020	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD /		
ÁGUA		ESGOTO			
LEIT. ANT.: 840	CONSUMO: 6	LEIT. ANT.:		VOLUME: 0	
LEIT. ATUAL:	TAXA MINIMA	LEIT. ATUAL:			
LEIT. FAT.: 850	ANORMALIDADE DE LEITURA	LEIT. FAT.:			
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
		PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
01/2020	8/ A E	TURBIDEZ	28	29	29
12/2019	5/ A E	COR APARENTE	28	29	24
11/2019	5/ A E	CLORO RESIDUAL	28	29	29
10/2019	6/ A E	COLIFORMES TOTAIS	28	29	29
09/2019	5/ A E	E.Coli	28	29	29
08/2019	6/ A E	OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			
MÉDIA	5/ 0 B				

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA			
RESIDENCIAL 001 UNIDADE			
CONSUMO DE ÁGUA	6 M3		44,08
MULTA P/IMPONTUALIDADE	01/2020		0,88
JUROS DE MORA	01/2020 12/2019		0,25

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 20/03/2020

TOTAL A PAGAR: 45,21

PROBLEMAS COM A BEBIDA? LIGUE ALCOÓLICOS ANONIMOS (81) 3221-3592/98476-3207

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 06/04/2020



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185



0800-2813844

MATRÍCULA:

02269232.1

02/2020-2

VENCIMENTO: 20/03/2020

TOTAL A PAGAR: 45,21

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: sharon Stéphanie Lins Barros - 01/05/2020 00:39:43

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050100394330200000060247368

Número do documento: 20050100394330200000060247368

Num. 61326581 - Pág. 3



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 097ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOAQUIM DO MONTE -
DP97ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0187000553**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/07/2019** às **15:54**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **24/2/2019** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOAQUIM DO MONTE, 01, RODOVIA PE 112, SITIO SÃO DOMINGOS** - Bairro: **CENTRO** - **SAO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** -
Ponto de Referência: **PROXIMO A ESCOLA SANTA INÊS**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

/// (AUTOR / AGENTE)
MAURICIO BEZERRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MAURICIO BEZERRA DA SILVA**



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

MAURICIO BEZERRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARINA MARIA DE MORÃES** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **19/10/1972** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4321491/SSP/PE (RG), 02491878410 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **RUA JOSE VIEIRA DE MELO, 92 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SAO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

/// - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **MAURICIO BEZERRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFG0347 (PERNAMBUCO/BONITO)** Renavam: **395262534** Chassi: **9C2KC1670BR598054**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **PROPRIETARIO: JOSE ILDO DA SILVA**

Complemento / Observação

30/07/2019 15:



COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SENHOR MAURICIO BEZERRA DA SILVA O QUAL NA QUALIDADE DE VITIMA PASSOU A DECLARAR QUE NA DATA E HORARIO ACIMA DESCRITO CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELA RODOVIA PE 112, SENDO ESTA CIDADE, QUANDO NO TRAJETO, MAS PRECISAMENTE NA LOMBADA DO COLEGIO SANTA INÊS A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU AS MARGENS DA RODOVIA, SENDO ELE SOCORRIDO POR UM RAPAZ QUE PASSAVA PELO LOCAL, E QUE FOI LEVADO PARA A UNIDADE MISTA PRESIDENTE CASTELO BRANCO, ONDE RECEBEU ATENDIMENTOS MEDICOS SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU - PE, FICANDO INTERNADO E POSTERIORMENTE A VITIMA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CIDADE DO RECIFE - PE, ONDE FICOU INTERNADO, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

MAURICIO BEZERRA DA SILVA
(VITIMA)

Mauricio Bezerra da Silva

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**



30/07/2019 15:





BOLETIM DE OCORRÊNCIA/SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Data 24 / 02 / 19 Hora 03:22 Registro 343401

Nome Maurício Bezerra de Sá

Data de Nascimento 19/10/72 Idade 46 anos Sexo M

Endereço/ Procedência Rua Dom Augusto Carmelito nº 106 Centro

Naturalidade Caruaru Profissão Agricultor Cor B

Responsável Helena Francisco de Amorim (exor) Identidade 612

Peso PA Temp Temp Pulso Pulso FC FC FR FR HGT HGT

Queixa Principal A dor no peito em D.D.R.

Dados Clínicos PA 120/80, FC 100, FR 20, HGT 1,70m, Peso 70kg, Cor B, Sexo M, Idade 46 anos, Naturalidade Caruaru, PE, Endereço Rua Dom Augusto Carmelito nº 106 Centro, São Joaquim do Monte, PE.

Hipótese Diagnóstica

Exames Solicitados

Tratamento Proposto

Exames Físicos

Evolução / Prescrição SB 100mg IV + SRI 100mg IV

Prescr. 100mg IV

Prescr. 100mg IV

Diagnóstico Inicial

Diagnóstico Definitivo

DESTINO DO PACIENTE

Internado p/ observação ☐

Liberação p/ Residência com medicação aplicada ☐

Liberado p/ residência c/ medicação prescrita ☐

Transferência p/ outra cidade ☒

Alta pedido ☐

Óbito ☐

Transferido para HR Aracaju 56 77053

Avenida Estácio Coimbra Nº 45 - CEP: 55670-000 Fone: 3753-1118

São Joaquim do Monte - CNPJ: 10.122.661/0001-43





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

ETIQUETA

NCR/
C6/03060029
TR 03060029
Tel 03060029
03060029

1390467	Data e Hora de Atendimento: 24/02/2019 06:37	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual :
Cod. Paciente: 1668480	Paciente: MAURICIO BEZERRA DA SILVA	Sexo: MASCULINO
Data de nascimento: 19/10/1972	Idade: 46a 4m 6d	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante: JOSE NILDO
DOC ID / Data expedição 4321491 / 07-Dez-89	Mãe: MARINA MARIA DE MORAIS Pai: IGNORADO	Cartão SUS:
Endereço: RUA JOSE VIEIRA DE MELO	Numero 80	
Bairro: CENTRO	Complemento:	
Cidade: SÃO JOAQUIM DO MONTE	UF: PE	Telefone: 996763727
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: QUEDA DE MOTO		
Procedência: OUTRO HOSPITAL 24/02/19		
Informações do Serviço Social: <i>Vínculos familiares presentes:</i>		
Confirmação de nome: ☒	Fones: <i>Joelma (mãe) 99624-1601</i>	Assistente Social
Confirmação de endereço: ☒		<i>Janaina Marques</i> Assistente Social CRESS-PE 8114
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐		
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐		
Outros ☐ 25/02/19		
Observação: <i>Alta. Familiar por Nildo conte, ficou de casa. Verificamos transporte p/ remoção.</i>		Assistente Social <i>Janaina Marques</i> Assistente Social CRESS-PE 8114
História Clínica: NCR		
# Queda de moto ciclota, alcoolizado e sem capacete. Nega perda de consciência ou vômitos.		
# EN: Glasgow 15. PFR, sem déficit de motricidade		
# CD: TC de crânio / cervical; Rx de tórax e pulm.		
Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio Emético: 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 Quê?	
Exame Físico:		
A: Geral	Via aérea está pária: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp:
B: Respiratório		
C: Circulatório	PA: X mm	Pulso: 24/02/19 bpm

Opinião

João
TC. crânio +
cervical



D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐		Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐	
Glasgow: Abertura Ocular		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motora	
Escore:	Hora:	Escore:	Hora:	Escore:	Hora:

E: Exposição/Abdômen:

Diagnóstico Inicial:

Cod. Procedimento

Conduta:

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

Condição de Alta:

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

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Internado na Clínica:

Transferido para:

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 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: 24-Fev-19



DATA: 04 1108 12019

Endereço: _____

Data de Nascimento: 19/10/72

Prontuário: _____

PUT, ALCOHOLISM, VITAMIN B DEFICIENCY
 METABOLISM IS 10% HIGHER. PROTEIN DEFICIENCY
 PRO WOULD BE 10% HIGHER. PRO WOULD
 FOLLOW UP IN THE OMBUDSMAN'S
 ALSO ALCOHOLISM - ALSO WOULD. PROTEIN DEFICIENCY
 70% OF THE OMBUDSMAN'S DEFICIENCY FROM
 OF DEFICIENCY. ALSO WOULD IN THE DEFICIENCY OF
 DEFICIENCY & PROTEIN DEFICIENCY OF DEFICIENCY, THE DEFICIENCY
 OF DEFICIENCY. PUT, WOULD, PROTEIN, DEFICIENCY, ALSO WOULD
 PUT 130/150 DEFICIENCY 15
 ALL BUT 2% DEFICIENCY DEFICIENCY
 DEFICIENCY: 2 DEFICIENCY DEFICIENCY: 15
 AS OF 06:00 DEFICIENCY OF DEFICIENCY (DEFICIENCY)
 56: 100% DEFICIENCY
 ALL: 100% DEFICIENCY
 PUT 100% OF DEFICIENCY DEFICIENCY

Hipótese Diagnóstica: _____

Motorista: _____

Unidade de Referência: HORAS RESERVADAS NEUROCIÊNCIAS

Senha da Central de Regulação: 56 271083

Dr. João André G. Sampaio
Médico
CRM PE 25323



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 24/02/2019 06:27

Nome Paciente: MAURICIO BEZERRA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 19/10/1972
Sexo: Masculino
Idade: 46
Senha: U0013
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 24/02/2019 06:27 - 24/02/2019 06:30

ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA DE MOTO) HÁ CERCA DE 2 HORAS. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, EMESE E CONVULSAO. REFERE CEFALEIA. RELATO DE INGESTA ALCOOLICA.

Fluxograma sintoma:

QUEDAS

Discriminador(es):

- EVENTO RECENTE?

Especialidade:

NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos:

- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 4
- FREQUENCIA DE PULSO: 80.00 BPM (RÍTMICO)
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 RPM
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

24-2-18 C.6
7:00am
olíticos, sem dor abdominal
supino, sem déficit motor
por ombro ①

No exame
torax: MU parte Ant Bilat
distensão glóbulos mobil
Bate utero
ombro ① repouso + dificuldade para ele
Pav. c. gup
AV. transt

Assinado eletronicamente por: Sharon Stéphanie Lins Barros - 01/05/2020 00:39:43

Acolhido(a) por: ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/02/2019 06:31

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Mauricio B. Silva

Enfermaria/Leito

Registro

1668480

EVOLUÇÃO CLÍNICA

24/04/19

* Tultolapex

(09:40h)

Alt. Inten. de ac. de 9mto 4 dor em ombro @.
Ao ex: NVG; S/ Frenetia; A: Est 1/3 med. (bucal) @.

HO: Est Exuber. (bucal) @.

10) Tipica

2) Alta da Tultolapex 4 amp. (bucal).
3) à NCH e CB.

Handwritten signature and stamp

24/02/19 - Cirurgia Geral

09:45 Paciente vítima de acidente de moto, sem história de perda da consciência. Referendo dor em ombro direito.

Ao exame: EGR, consciente, orientado, afil ao toque, corado.

AR: MV @ AHT, eupneico em ar ambiente.

ACV: RCR 2T BCNF, FC=80 bpm

Abdome depressivel, flácido, indolor à palpação, sem sinais de irritação peritoneal.

Pelve estável sem crepitações e/ou enfise na subcutâneo à palpação do tórax.

Rx de tórax não evidencia sinais de derrame pleural / hemotórax e/ou pneumotórax, fratura de cl

CON 012

Inscrito no Sistema On-line Hospitalar de Alto Nível

Cont. 24/02/19

avulsão direita + fratura de 2 arcos costais
m ápice de HTD (3º e 4º arcos costais). Rx de pelve
em alterações.

CD: Observação pela CG - repetir Rx.

Dra. TÁSSIA SANTOS
MÉDICA
CREMEPE 20984

24/2/19 #CG# 14:15h

Paciente vítima de queda de moto, sem queixas no
momento.

Segue BEG, LOTE, eupneico, corado, hidratado, acianótico.

AR: MV + AMT SPA. FR: 17irun.

ACU: RCR 2T BNF SIS. FC: 86bpm.

Abdomen globoso, flácido, indolor à palpação, sem vmg.

Ext. com boa perfusão e sem edema.

Tem dor e crepitação à palpação de clavícula D (fratura)

Dor à palpação de HTX D superior, sem enfisema sc.

Rx tórax: fratura de clavícula D + fratura de 3º e 4º
arcos costais à D. sem pntx ou hntx.

Rx bacia sem fraturas.

CDT: 1) ALTA DA CG

2) Aos unidades da NCR (já de alta da traumatologia)

João Paulo Lima
MR Cirurgia Geral
CRM-PR 24793

+ Dr. Marcos Anglim e Dra. Camila

24/02/19 #NCR#

23h

TC de crânio: sem lesões
e cisterna arácnica neuroenxálicas

XCG-15 Bo Foto s/ pleques



* Ferimento incerto coberto, pontifone

* CD = 1 - Curativo incerto coberto
2 - Alta NCP

Renata Montenegro
Neuropsiquiatria
CRM 20718





Hospital da Restauração / Neurocirurgia

Evolução de Enfermagem

PERNAMBUCO

Paciente: Maurício Bezerra da Silva Data: 24/02/20

Enfermarias: Urmelha Leito Hipótese Diagnóstica: _____

Glasgow		
Abertura Ocular ☒ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	Resposta Verbal ☐ Orientado / Conversando (5 pts.) ☒ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras inadequadas (3 pts.) ☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☒ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - a/ localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (deort. X3 pts.) ☐ Extensão (descoorb.) (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
Total: <u>74</u> pontos.		
TRM ☐ Sim ☒ Não Frangul: _____ A - Perda motora e sensível completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente D - Motricidade funcional presente E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)		
Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Qualis: _____ Ventilase: ☒ AVP ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso.		
Dietas: ☒ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavagem ☐ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta		
Eliminações Intestinais: ☐ Normais ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarréia <u>Alto</u> Diurese: ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: <u>Alto</u> Pele: ☒ Inteira ☐ Lesionada <u>C. Geral</u>		
Localização: _____ Estágio: _____ Queixas: <u>Paciente evolui em F.O.B. e apresenta dor pela</u> Exames: <u>de 12 horas, reavaliação da NCB. Sem</u> Parâmetros: <u>queixas no momento</u> Observações (Diurnas / Noturnas): <u>Alto</u> Ass: <u>Ana Beatriz Matos</u> Ass: <u>Almeida</u> Coordenador: 000.559.273		

Data: ____/____/____

Glasgow		
Abertura Ocular ☐ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	Resposta Verbal ☐ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras inadequadas (3 pts.) ☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - a/ localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (deort. X3 pts.) ☐ Extensão (descoorb.) (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
Total: _____ pontos.		
TRM ☐ Sim ☐ Não Frangul: _____ A - Perda motora e sensível completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente D - Motricidade funcional presente E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)		
Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Qualis: _____ Ventilase: ☐ AVP ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso.		
Dietas: ☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavagem ☐ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta		
Eliminações Intestinais: ☐ Normais ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarréia Diurese: ☐ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____ Pele: ☐ Inteira ☐ Lesionada Localização: _____ Estágio: _____ Queixas: _____ Exames: _____ Parâmetros: _____ Observações (Diurnas / Noturnas): _____ Diurno: _____ Ass: _____		

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

COD. 0013



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Moacir Bezerra da Silva
Enf / Leito: _____ Registro: _____

DIA: 24/02		DIA: _____		DIA: _____	
HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06
09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06
12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06

Assinatura da Enfermeira: _____

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10	80				
16					
22					
10	28				
16					
22					
10	36.5°				
16					
22					
10	140 x 70				
16					
22					

Assinatura do Auxiliar / Técnico de Enfermagem: Moacir Bezerra da Silva



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PRESCRIÇÃO CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

TRATAMENTO AVC

NOME DO PACIENTE		ENF/LEITO	REGISTRO	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA
Maurício Bezerra da Silva			1668480	24	10/2			
MEDICAMENTO		DOSE	VIA	INTERN.	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
1 - SORO FISIOLÓGICO 0,9 % 2000ml, EV, nas 24 h		100 ml	IV	24h				
2 - RANITIDINA - 01 AMPOLA + AD			IV	12/12h				
3 - PLASIL + AD EV 818 mg SN			IV	S/N				
4 - DIPIRONA (2.8) AD EV 616 horas Fixo			ATE	8/8h				
5 - LIQUEMINE 0,25ml.			IV	4/4h				
OU CLEXANE 40.			ATE	6/6h				
6 - CAPOTEN 25 01CP			SC	12/12h				
SEPAS > 180 OU PAD > 110mmHg.			SC	/DIA				
7 - INSULINA SIMPLES CONFORME HGT			SC	SN				
0-200 - 0un 201 - 300 = 4un 301-400 = 8un > 400 = 12un			VO/	12h				
AAS 100			de 8h	12h				
Glicose 50%. 05 amp em cada fase								
CUIDADOS		ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO
1. DIETA ZERO ATÉ 2ª ORIENTAÇÃO, modifio, Dieta Livre								
2. MEDIR DIURESE								
3. HGT 6 / 6 h								
4. MUDAR DECÚBITO 3/3h								
5. CABECEIRA 30°								
6. SSVV 6 / 6 h								
ASSINATURA DO MÉDICO		URIA: TÁSSIA SA...		MÉDICA		Cod. 0422		

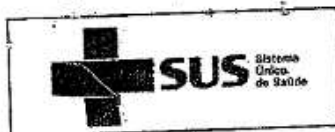
Cod. 0422

MÉDICA
CREMEPE 2094

ASSINATURA DO MÉDICO

MÉDICA
CREMEPE 2094





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

0000655

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Maurício Byrra da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1668480

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de urina s/c

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de urinal s/c

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

24/02/19

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Contrato

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Assinatura e Carimbo

14 - Cód. PROCEDIMENTO

QTDE

01

16 - Cód. PROCEDIMENTO

QTDE

01

18 - Cód. PROCEDIMENTO

QTDE

20 - Cód. PROCEDIMENTO

QTDE

22 - Cód. PROCEDIMENTO

QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Polihematuria

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24 / 02 / 19

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

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

Bruno R. S. Rosado
Realiz. Neurocirurgia
CREMEPE 27872

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

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

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

Cod. 0421



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 1668480
Nome: Maurício Bezerra da Silva
Foi atendido às _____ h do dia 24, 02, 19
Diagnóstico Provável TCE leve
_____ data da alta 25, 02, 19

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :
CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)
VÔMITOS
PARALISIAS (que aparecem após a alta)
ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)
CONVULSÃO
OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja
Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA (NÃO)

Observação: Neurota de

afastamento das atividades
laborativas por 07 (sete) dias

ATENÇÃO : Este documento destina-se à 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.

Cod. 0163



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1668480

Nome: Maurício B. da Silva.

Foi atendido às 06:37 hs. do dia 24, 02, 19.

Diagnóstico Provável:

Lesão lateral do joelho
4 fnt 1/2 med do quadril @.

Tratamento Realizado:

DO Gonalon 4 Tapsin +
Analges.

Observação:

em 01 de Mar de 2019 - 24/02/19
@ fnt de atv de trabalho por 60 dias.

Cópia de:

@ fnt de atv de trabalho por 60 dias.

24/02/19

Justos em 16 dias
Médico - CPM N°

Handerson F. V. da Cruz
Ortopedia/Traumatologia
CRM 24267

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 N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Maurício Bezerra da Silva
brasileiro(a), estado civil casado, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 024.938.789-30 e portador da cédula de identidade
nº 439.349-1, residente e domiciliado(a) na
Rua Dom Augusto de Carvalho
nº 106, bairro Centro de Recife
CEP 55.670.000 na cidade de Recife
Joaquim do Monte - P.E

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/ PE 28.697, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 102, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações, renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam, mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas, inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de poderes.

JUSTIÇA GRATUITA: Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL: Pelo exercício do mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto, desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se, ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios celebrado em instrumento próprio.

Recife, 06 de 04 de 2020

Maurício Bezerra da Silva
Outorgante



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Maurício Bezerra da Silva,
RG 432 5435, CPF 024 918 784 20,
Residente na rua Dom Augusto de Carvalho, Bairro Centro,
Cidade São Joaquim do Monte, Estado de PE.

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização a que tenho direito.

Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Recife, 06 de 04 de 2020

Maurício Bezerra da Silva

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Maurício Bezerra da Silva,
brasileiro(a), estado civil casado,
profissão agricultor Inscrito no CPF/MF sob o
nº 024 948 784 20, e portador da cédula de
identidade nº 432 44 9 8, residente e
domiciliado(a) rua Dom Augusto de Carvalho
nº 506, bairro _____,
CEP 55670-000 na cidade de
São Joaquim do Monte / PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita, que não tenho condições de arcar com as custas e despesas processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 06 de 04, de 2020

NOME: Maurício Bezerra da Silva

