



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 38182

Série 000 26

Fre. Carlos do Nascimento
ASSINATURA DO PORTADOR

Scanned by CamScanner



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome..... JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO.....

Loc. Nasç. CAMARAGIBÉ, Est. PE. Data 27 / 07 / 1968

Filiação ISRAEL ANTONIO DO NASCIMENTO.....
 MARIA DAS DOIS DOS SANTOS.....

Doc. n.º RG 3.324.209 SSP-PE.....

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em..... / / Doc. Ident. n.º.....

Exp. em..... / / Estado.....

Obs. APOSENTADO C.T.P.S. ANTEHIDA.....

Data Emissão 29 / 05 / 03..... DRT CAMARAGIBÉ-PE.....

OZEAS DA SILVA DE FREITAS



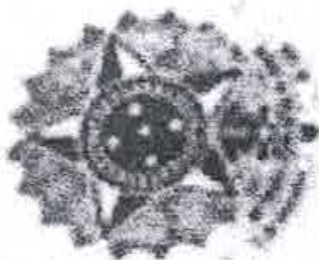
**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

**Número
582.778.974-72**

**Nome
JOSE CARLOS DO NASCIMENTO**

**Nascimento
27/07/1968**



Scanned by CamScanner





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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

SEVERINO PATRÍCIO RODRIGUES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DOM PEDRO II 70 CS- A

CPF: 155.834.494-20

CAPIBARIBE/SAL. LOURENÇO DA MATA
SÃO LOURENÇO DA MATA-PE
54705-490

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7024549148	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
17/09/2019	11/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
18,51	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
076770552	UNICA	10/09/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
10/09/2019	2001848082	8377704

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,0000000	0,57539541	17,28
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,25

TOTAL DA FATURA

18,51

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3161126057	CAT	08/08/2019	1 069,00	09/09/2019	1 073,00	32	1,00000		4,00

Scanned by CamScanner



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Carlos de Nascimento, brasileiro, casado, autônomo, RG: 3.324.209 SSP/PE e CPF: 582.778.974-72, residente na Rua Dom Pedro II, nº 70A, Capibaribe, São Lourenço da Mata / 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, 09.06.20

José Carlos de Nascimento
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), 09 de junho de 2020 .

José Carlos da Menezes





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001166

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/10/2019** às **21:03**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **8/9/2019** às **12:00**

Natureza Jurídica: **COLISÃO COM QUEDA DE MOTO**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DE CAXIAS, 1, RUA DUQUE DE CAXIAS PRÓXIMO A MOBI BRASIL -**
Bairro: **CAPIBARIBE - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

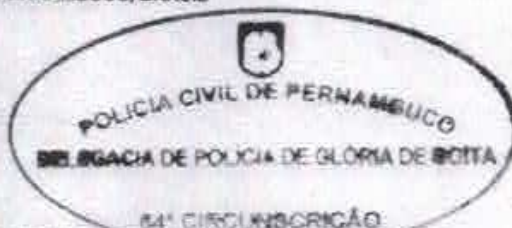
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)

GLEYCE CECÍLIA PEQUENO DA SILVA (OUTRO)

JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO**

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

JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**

Mãe: **MARIA DAS DORES DOS SANTOS** Pai: **ISMAEL ANTÔNIO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **27/7/1968**

Naturalidade: **SAO LOURENCO DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: **3324209/SSP/PE (RG), 58277897472 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO**

Profissão: **AUTONOMO(A)**

Endereço Residencial: **RUA DOM PEDRO II, 70, CASA A - CEP: 55000-000 - Bairro: CAPIBARIBE - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

GLEYCE CECÍLIA PEQUENO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino**

Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**

Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GLEYCE CECÍLIA PEQUENO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS KS** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PFZ4469 (PERNAMBUCO/SAO LOURENCO DA MATA)** Chassi: **9C2KD0640CR561474**



MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

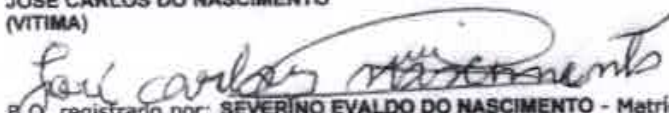
Quantidade: 1 (UNIDADE)

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE ESTAVA NA GARUPA DA REFERIDA MOTOCICLETA, QUANDO AO PARAR PRA FAZER A CONVERSÃO PELA ESQUERDA COM A SET LIGADA, VEIO OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA E COLIDIU NA LATERAL DO MESMO. COM O IMPÁCTO A VÍTIMA VEIO AOS SOLO COM SÉRIAS LESÕES , FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL.

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

JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO
(VÍTIMA)



B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: 159.816-3

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Matr. 159.816-3



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Sumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 08/09/2019 13:28

Nome Paciente: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 27/07/1968
Sexo: Masculino
Idade: 51
Senha: U0020
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 08/09/2019 13:29 - 08/09/2019 13:30

JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO - COREN: 142475 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: COLISÃO MOTO MOTO, RELATO DE DESMAIO E VOMITIS

Observação: PETRONILA CAMPOS COM SENHA 5768630

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 6

08/09/19 Trauma - 15:46

HDA - Paciente vítima acidente motociclista.
Relato de um tomogelo e.

No exame físico: Distúrbio de consciência e
esquemas, ADM preservado. Neurovascular
Preservado

CD: Suspeito R x

Dr. Guilherme Nogueira
MÉDICO
CRM-P/17472

Acolhido(a) por: JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO - COREN: 142475 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/09/2019 13:30

de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



D. Exame Neurológico		Deficiência motora		MSD	☐	MSE	☐	MID	☐	MIE	☐	Pupilas	Isocóricas	☐	Anisocóricas
Glasgow	Abertura Ocular	Score	Hora	Glasgow	Resposta Verbal	Score	Hora	Glasgow	Resposta Motora	Score	Hora				
01/01/15															

E. Exposição/Abdômen:

5cm - glândulas, depuradas, indolores, glândulas

Diagnóstico Inicial:

1) Polipóide

Cod. Procedimento

Conduta:

1) Rx Trauma + Pex (CRAN)
2) N/A PCR

Lucas Cast Ferraz
Médico
CRM-PE 20578

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Exatidão-se Alta

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, 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: 08-Set-19



Receituário

JOSE CARLOS DO NASCIMENTO

Ad UR - Nascida - 5766630

Doente, 51 anos, queda de mata há 5 dias

Aparenta perda do nível de consciência na
hist. Trazida pela Transmissão.

No momento Glasgow 15, pupilas
isocóricas e fotorreagentes, náuseas +
vômitos constantes. hemia na região
frontoparietal (E)

Provável fratura em P₂ (E)

PA = 140 x 90

SPO₂ = 97%

UGT = 136

Renato Henrique
Médico - CRM-PE 70318

08 SET 2019



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª Via Farmácia
2ª Via Paciente

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

João Carlos Nascimento
Depakene (500mg) 1x
1 cp vo 12/12h

1) Gésico (Retard 100mg)

2 Caixa

Tomar

Comprimido(s) de 12/12h

RIS

1x

1 cp vo 12/12h

Depakene

1x

Dr. Victor Crispim
Otorrinolaringologista
CRM 23144

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident.: _____	Órgão Emissor: _____
End.: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico _____
Data: ____/____/____





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Dr. Costa

EVOLUÇÃO CLÍNICA

09/09/19 # Nch

07h # TCE + HEDA

Paciente estável, sem queixas, evoluindo sem intercorrências

Nega cefaleia, náuseas e vômitos

ECG IS, PIFB, & déficit focal

CD: - Concomitante no momento

- Manter vigilância neurológica

- Admanga

[Signature]

09/09/19

paciente estável Siga sobre Curatela
do NCh... em Regulação... seg. Siga

08/09 no Coreanfer

Motivo: quadro clínico mantido
mantendo curatela, mantendo
manuseio 421302

[Stamp]

Dr. Vagome
Loraino

9/19

NCh

relat

HEDA 1cm3

Siga estável

Mantendo de aplicação

Mantendo de aplicação

Q = 15

Q = 15 em 1 hora

[Stamp]

COD. 0123

Sistema Gestão Hospitalar de Alta Complexidade



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Joni Carlos

EVOLUÇÃO CLÍNICA

16/09/19

NEA

TCE

NEBA LAMINAR

ED-15

X-RAE M+

LA+

Ex exame - FUBA

Im. resumo

Dr. Agnir

Dr. Saul C. M. Quint
Neurocirurgião
Cirurgião de Coluna
CRM-PE 15908 / CRM-PB 8737



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

José Carlos do Nascimento

EVOLUÇÃO CLÍNICA

08.09.2019

$$\# \quad C \quad G \quad \#$$

15h00 Paciente vítima de colisão moto x moto
no momento sem feridas, dolo, apenas
com dor em pé esquerdo.

Ao estado: EGB, corado, empírico, consciente e orientado.

AR: $MV \oplus S/R A$

ACV: PCR zur ZT, BNF D/S

Abd: Plano, flácido, indolor.

Ratio x pelvis normal

Pai ox torax: fratura hística em 9º arco costal à esquerda. Ausência de hemo ou pneumotórax.

CD: Analgesia, alta da CB. 2

Ap. NCR è tranne tutto

NCE = low, slow

08/09/19 Filato de cabelo mofo-mofo

17:00h. Jargon is DEFA mor. 4 minutes

TC an enzyme that catalyzes the synthesis of DNA (template)

= CO: per fare il prodotto coniugato.

ing. myologia + morph. clinica

~~Bruno R. S. Rosado~~
~~Rodriguez, N. C.~~
CREMEPS 27872



SPITAL DA RESTAURACAO

sumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 08/09/2019 13:28

Nome Paciente: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 27/07/1968
Sexo: Masculino
Idade: 51
Senha: U0020
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 08/09/2019 13:29 - 08/09/2019 13:30

JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO - COREN: 142475 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: COLISÃO MOTO MOTO, RELATO DE DESMAIO E VOMITIS

Observação: PETRONILA CAMPOS COM SENHA 5766630

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 8

08/09/19 Trauma - 15:40

HDA - Paciente vítima acidente motocicleta.
Relato de trauma torácico e.
No exame físico: Distúrbio de consciência e
enclausurado, com presença de Neurolesão
Provável
CD: Suspeito R x

Dr. Stanley Napoleão
MEDICO
CRM-P1 7472

Acolhido(a) por: JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO - COREN: 142475 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/09/2019 13:30

de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO

PRESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERV.
1) Diluir para 200ml			
2) SFL 7500 - 27 EV em 24h			
3) SGL 1000 - 27 EV em 24h			
3) Omeprazol 40mg - 01 FA + AD			
4) Dipirona 1g - 02 FA + AD			
5) Teclalil 40mg - 01 FA + 100mg			
6) Planil - 01 - 100mg EV			
5N			

CUIDADOS

SSVV + CCB

*Diluir para 200ml

MÉDICO

- Alto Nível

NOME DO PACIENTE

José Carlos do Nascimento

ENF/LEITO

REG

76923

DIA 08.09.2019

DIA 09.10.19

DIA 10.10.19

DIA 12/09

DIA 13/09

HORÁRIO

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h1

17h0

17h5

17h4

17h3

17h2

17h



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

PRESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE
DE APLICAÇÃO

NOME DO PACIENTE

ENFERMEIRO

REG.

João Carlos da Silva

DIA

DIA

DIA

DIA

DIA

MEDICAMENTO

DOSE

VIA

INTERV.

HORÁRIO

HORÁRIO

HORÁRIO

HORÁRIO

HORÁRIO

CUIDADOS

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

SINATURA DO MÉDICO

fica Hospitalar Alto Nível

GOD



Receituário

JOSE CARLOS DO NASCIMENTO

Ao UR - Nascida - 5266630

Pinto, 51 anos, Quêda de mata há 5 min.

Apresenta perda do nível de consciência na
head. Trazida pela Transmissão.

Na mancha Glasgow 15, pupilas
isocóricas e fotorreagentes, mênstrua +
vômitos constantes há 20 min
pré-hospitalar (E)

Provável fratura em P₂ (E)

PA: 140 x 90

SPO₂: 92%

UGT: 136

Renato Henrique
Médico - CRM/PE 98310

08 SET/2019

Av. Prefeito Mario Henrique Matos, 01, CEP: 54720-001 - Parque Capibaribe, São Lourenço da Mata-PE - Fone: (81) 3525.1120 / CNPJ: 12.257.765/0001-90





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



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital da Restauração	2 - CNES 0000655
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE Sorei Cavallari de Nascimento	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1692591
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	10 - TELEFONE DE CONTATO
11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA	12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TAC Crânio SF Contraste	14 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE
15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	16 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	18 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	20 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	22 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ICX

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. José Ferraz Médico CRM/PE 27678	PROFISSIONAL SOLICITANTE	24 - DATA DA SOLICITAÇÃO 08/12/19
25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)	

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	AUTORIZAÇÃO	28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	TOMOGRAFIA HR 8/12/19 Data: 08/12/2019 Médico: [Assinatura] Técnico: [Assinatura]	

Cod. 0421



10/09/19

NCR

Segue estádo
s/ intercorrências
ECG 15

cd: sol fac controle
à laranja

Dr. Benjamin S. Kahori
Médico
CRM-PR 25.293

11/09/2019
NCR

- CT Crânio: HEDA laminar
B cêntrico estivo e φ pueris

- ECG 15

- alt! Vig. lancia no laranja

Dr. Benjamin S. Kahori
Médico
CRM-PR 25.293

13/09/2019

NCR-HIL

Hx: HEDA NAT uterino

Parietal em su utero

glucose 15

φ queto

cd: Vig. lancia Nurox

Dr. Benjamin S. Kahori
Médico
CRM-PR 25.293



#9:15 09/07/20

São Paulo de Nacamant

prov 1692 591

M.C.B.

Pacientes despus da lóia ou do abdominal

Distanci EGR, comend oantido expmss

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 80.6 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

PRVIR 23 4 2 5 5 P = 14.1 p

#NCR

TCE

HEDA Laminar

Paciente estável, evoluindo sem intercorrências. Sem vômitos

EGR, eupneico, afebril, Glasgow 15/14/5, isocórico, RFM ⊕, sem focais.

Bom padrão respiratório

TC de crânio = HEDA laminar a' direita com espessura < 15mm.

Ausência de DLM

CD: Conduta conservadora no momento. Vigilância rigorosa

Adilson Souza Jr.
Neurocirurgião
CRM 196



ARQUIVO DADOS
med
Fundação

TOMOGRÁFIA HR
Data: 10/9/19

SENHA DA REGULAÇÃO:

Secretaria de Saúde
Hospita
Ficha de

Atendimento: 1479283 Prontuário: 1692591
Paciente: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO
Nome Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS Nº: 74
End: RUA DOM PEDRO II Cidade: SÃO LOURENÇO DA MAT PE
Bairro: CAPIBARIBE
Nascimento: 27/07/1968
Localização: 1 ANDAR - SALA INT VERMELHA
Leito: LEITO 12 INT VERM Serviço: NEUROCIRURGIA
Data e Hora Atendimento: 08/09/2019 13:41

ERAL

Nº PRONTUÁRIO: 1692591	Data: 08/09/20
Nº. ATEND.: 1479151 Paciente: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO	
Data de nascimento: 27/07/1968 Idade: 51a 1m 12d Sexo: MASCULINO	
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Acompanhante: TELMA MARIA	
DOC ID / Data expedição 3334209 /	Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS Pai: ISMAEL ANTONIO DO NASCIMENTO Cartão SUS:
Endereço: RUA DOM PEDRO II Bairro: CAPIBARIBE Cidade: SÃO LOURENÇO DA MATA	
Ocorrências:	UF: PE Telefone: 87999128
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO) Procedência: OUTRO HOSPITAL	
Informações do Serviço Social: 09/09 - Paciente com vínculo com a Atenção Social	
Confirmação de nome: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO Fone: esposa	Assistente Social
Confirmação de endereço: Rua Dom Pedro II, 1234 - São Lourenço da Mata	Assistente Social
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐	
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐	
Outros ☐	
Observação:	

10/09/19
NEPI

História Clínica:

FATURADO
Paciente admitido na unidade de emergência há 02 horas.
com relato de queda de moto + impacto no tórax. Exame físico
demonstrando:

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 pervia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐	Temp:
B: Respiratório			
C: Circulatório			

CGE, CORPOC, HILAPPOPO, CUPNÉCO

MVD m RHT - RD

PA: X mm Pulso: bpm

PR 27 Gm 5/5 FC 88

Data: 8/9/19

Médico:

Técnico: T. Costa



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 8/9/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 8/9/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Heli Colen do Nascimento	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: TCE	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento Cirúrgico TCE Até 12/9/19	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL 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
1ª	Tricéfalo apresenta perda de audição
2ª	Pé direito tendo de rimar com o pé esquerdo
3ª	Transtorno por Traumatismo, em função do acidente
4ª	
5ª	15% Grav.

Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 13/07/2020 14:50:22
 https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071314502287300000063386568
 Número do documento: 20071314502287300000063386568



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

Relatório a ser preenchido pelo médico (de próprio punho)

DATA DO ACIDENTE:	8/9/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	8/9/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	Joaquim Carlos da Noronha		
LESIONES RESULTANTES DO ACIDENTE:	TCE		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):	Tratamento conservador TCE		
ALTA MÉDICA:	☒ SIM ☐ NÃO		
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	☐ SIM ☒ NÃO		
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ POSS-SE CONCLUIR QUE:	☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL 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 AFFECTADO
1º - Trilíngua esquerda e Trilíngua direita
2º - Trilíngua lateral, Trilíngua de sima
3º - Trilíngua, Trilíngua por Trilíngua de
4º - Trilíngua de acidente
5º - 75% grave

ASSINATURA DO MÉDICO	DATA	ASSINATURA E CARIMBO
Joaquim Carlos da Noronha	30/11/2020	



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:
ECG: 15					
E: Exposição/Abdômen:					
Semi-globoso, deformável, indolor, flácido					
Diagnóstico Inicial: +) Politrauma				Cod. Procedimento	
Condução: 1) Rx Trauma + TC Crânio 2) V. rrcr				Ass. Médico	
Lucas Casé Ferraz Médico CRM-PE 29678					
Evolução de Enfermagem:				Ass. Enfermagem	
J. C. M. Oliveira Enfermeiro de CC CRM-PE 159087 CRT					
Definição do Caso:					
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Exadiu-se ☒ Alta					
Internado na Clínica:			Condição de Alta:		
Transferido para:			☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito		
Autorização para Alta / Internamento / Transferência:					
Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____					
Termo de responsabilidade para Internamento:					
- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos 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: 08-Set-19					



SINISTRO 3200035922 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE CARLOS DO NASCIMENTO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRACÇÃO
CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME
BENEFICIÁRIO JOSE CARLOS DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 58277897472

Posição em 09-06-2020 12:21:54

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
27/01/2020	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	

