

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

JOSE WILSON DE LIMA SOARES

10359143-8 DM PE

129.188.942-52 **09/03/1996**

MARTIO JOSE CARDOSO SO
ARRE
MARIA DO SOCORRO DE L
DA SOARES

0678343995 **20/03/2022** **25/03/2019**

JOSE WILSON DE LIMA SOARES

LOCAL: CARUARU, PE **DATA: 27/03/2022**

PERNAMBUCO

08/11/2019

Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1406377780

NOTA FISCAL / FATURA / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA	
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS III, BOA VISTA RECIFE, PERNAMBUCO CEP: 50050-902 CNPJ: 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-99	 CELPE Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 110 PRONTIDÃO 110 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167 Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 187- Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE MARCIO JOSE CARDOSO SOARES	DATA DE VENCIMENTO 14/11/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/11/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 07/11/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 083630733	CONTA CONTRATO 7011881844 CLASSIFICAÇÃO RURAL Monofásico B2
ENDEREÇO SI LAGOA DO ALGODÃO 680 -SÍTIO LAGOA DO ALGODÃO/PAU FERRO -55120-000 RIACHO DAS ALMAS PE-	TOTAL A PAGAR R\$ 147,34		
PERÍODO CONSUMO 07/10/2019 a 07/11/2019	CONSUMO 228		
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 35,78			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO		

Dedique aqui

CONTA CONTRATO 7011881844	MÊS/ANO 11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 147,34	VENCIMENTO 14/11/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitores ótica.
838300000012 473400110076 011881844107 142829452135				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA


autoatendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D-home-nedlogw-sap.com/servletlogin.nedenergia.com.RFCCConversaoServlet?dest=1&cd1... 1/1


Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 13/07/2020 12:20:26
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071312202585000000063372388>
 Número do documento: 20071312202585000000063372388

Num. 64570480 - Pág. 2

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Merisiano de Lima Soares, brasileiro, solteiro, motorista, RG: 10.358.143 5051 PE e CPF: 199.188.044-59, residente no Si. Ilgea do Algodão, N° 680, Pau Ferro, Riacho dos Altos / PE.

OUTORGADO: PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o n° 20.832 e portador do CPF sob o n° 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, n° 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 iudicium 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 n° 8.441/92.

Recife, 09.06.20

José Merisiano de Lima Soares
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 .

João Antônio da Silva Costa





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 99ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIACHO DAS ALMAS - DP99-CIRC
DINTER/114-DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0188000746**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/12/2018** às **15:19**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **28/01/2017** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01, SÍTIO LAGOA DO ALGODÃO - PERTO DA BARRAGEM - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA DO SOCORRO DE LIMA (TERCEIRINHA)
JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (usado na geração da ocorrência) que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES**



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

JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: MARIA DO SOCORRO DE LIMA SOARES Pai: MARCIO JOSE CARDOSO SOARES Data de Nascimento: 28/11/1988 Nacionalidade: RIACHO DAS ALMAS / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefone: (0149)1080

Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01, SÍTIO LAGOA DO ALGODÃO - PERTO DA VILA DE CORO SANTAS - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA DO SOCORRO DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino/Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA Pai: ARNÉZIO COSTA DE LIMA Data de Nascimento: 06/11/1975 Nacionalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 443721235PIPE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Telefone Celular: 819971130

Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01, SÍTIO LAGOA DO ALGODÃO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Endereço Residência: MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARIA DO SOCORRO DE LIMA, que estava em posse do(a) JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES



13/07/2020

UNIDADE DE GARANTIA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA CG 150 TITAN K9** Cor: **vermelha** Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHR6174** (PERNAMBUCO) RUA DAS ALMAS) Registro: **992942545** Chassi: **9C2NC0610BR102529**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DEPÓL A VITIMA DIZENDO QUE ESTAVA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA E NA DATA DESIGNADA NESTE SO, ELE DISSE QUE PERDEU CONTROLE E CAIU DA MOTOCICLETA E NO OUTRO DIA FOI ENCONTRADO E FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU E EM SEGUIDA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO DO RECIFE, ONDE SEGUNDO ELE, FOI CONSTATADO UM TRAUMA CRANIOENCEFALICO. A VITIMA APRESENTOU E DEIXOU AQUI NA DEPÓL UMA CÓPIA DO ATENDIMENTO DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO CUJO NÚMERO DO PROTOCOLO É 872965. A VITIMA DECLAROU TUDO ISSO, REGISTROU E ASSINOU PARA O QUE FOR NECESSÁRIO.

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

JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

(VITIMA)

Jose Messias de Lima Soares

15.11, registrado por: **HALTON MANOEL DA SILVA** - Matrícula: **273499-0**

Halton Manoel da Silva



Numero do Registro

Atendimento: 73085 Prontuário: 1805209
 Paciente: JOSE DE LIMA SOARES
 Nome Mãe: DO T. JOAO DE LIMA SOARES
 End: SÍTIO LAGOA DO ALGODÃO Nº 1
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: RIACHO DAS ALMAS PE
 Nascimento: 04/05/1998
 Localização: SALA LARANJA / GERAL
 Leito: LEITO 07 Serviço: CLÍNICA GERAL
 Data e Hora Atendimento: 30/09/2017 12:08



NO2 01.10.17
 Patiente ist auf, unter quader Körper
 für NO4RU4RMS=13, in.
 TCC: KSE / links Arm: der 1. und 2.
 H. CN. V. X. L. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825.



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

30/09/2017 17:58

Nome Paciente: JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 09/05/1980
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senão:
Convênio:
Atendimento:

30/09/2017 17:58 - ALEXSANDIA COUTINHO LIMA - COREN: 140438 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: VITIMATHE QUELETA EM 17/09/2017, SO FOI ENCONTRADO NO OUTRO DIA. APRESENTOU DESMAIO, CONSCIENTE, POREM MUITO SONOLENTO.

Observação: SENHA: 5207104

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFALICO

Discriminador(es): - ALTERAÇÃO RÁPIDA DO CONSCIENTE

Especialidade: NEUROLOGIA

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: ESCALA COMA DE GLASS: 12

02/10/17

NV

70

TCF

Paciente segue em

monitoramento

Em 13

em Manhua

Assinatura

Assinatura: ALEXSANDIA COUTINHO LIMA
Data: 30/09/2017 17:58

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

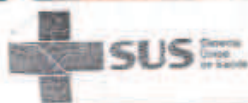


SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saúde HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE		Município	Região de Saúde			
Nome do Paciente JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES						
Quadro Clínico paciente de wato / ECG 12 / hemod. estável.						
Diagnóstico TCE						
1ª REMOÇÃO	Destino HR NCR 5267184	Município	H. de Saída	H. de Entrada		
	MOTIVO (REGISTRO DETALHADO) PLANTÃO JEM NCR.					
	Assinatura do Médico Assistente 	Nº do C.R.M.	Data 30/09/17			
	<table border="1"> <tr> <td>Município</td> <td>H. de Saída</td> <td>H. de Entrada</td> </tr> </table>				Município	H. de Saída
Município	H. de Saída	H. de Entrada				
2ª REMOÇÃO	Destino		Município	H. de Saída		
	MOTIVO (REGISTRO DETALHADO)					
	Assinatura do Responsável		Nº do C.R.M.	Data		
	<table border="1"> <tr> <td>Município</td> <td>H. de Saída</td> <td>H. de Entrada</td> </tr> </table>				Município	H. de Saída
Município	H. de Saída	H. de Entrada				
Autorizo a Transferência						
Médico Chefe do Plantão						
_____ Carimbo / Assinatura						
Confirmo o Motivo Administrativo						
Enfermeira Chefe do Plantão						
_____ Carimbo / Assinatura						
Unidade Prestadora do Atendimento			Município			
Especificação do Atendimento Prestado						
Assinatura do Responsável			Nº do C.R.M.			





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

Mr. Messias (Mr. GARCIA)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

606208

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

TCE TRAN O S.C

14 - CÔD. PROCEDIMENTO

QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÔD. PROCEDIMENTO

QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÔD. PROCEDIMENTO

QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÔD. PROCEDIMENTO

QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÔD. PROCEDIMENTO

QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TCE TRAN O S.C / 118.5

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

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

Cod. 0421





Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

10x17.5x11.5x1.5

03/20/23

Ice in

From 1000 to 1000000

DESO 12 HANDOUTS

ECG: 13, 15

SOPORTE E VITALIDAD

91617 4N18

Estad

can infer conclusions

226 13

15-16-17-18-19

may 10 1941

10/05

Library of Congress
Acquisition Service
Washington, D.C. 20540

COD. 0123





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

João Pereira

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

08/10/17

NLR

estava a seguir
ECG 14

conduta mantida

Dr. [illegible]
Neurologia
CRM: [illegible]

09/10/17

NLR

segue estrat
sem alteração
tes. 14

q Mantém obs

[Signature]

11/10/17

NOR 09:00

HSA traumática

GCS, sem quim

TC sem de controle

substância do tempo mente

alta

Dr. [illegible]
Neurologia
CRM: [illegible]



5110117 #NCR#

Estável
sem interferências
em 13
1101/10/10
cd: 255.

Udemarcs Andrade
Mestre Jorge
CREMEPE 19834

"NCR# 5110117"

06/10/12

HSA 5.

Prima máxima documentada
su outros documentos.
NCR# 5110117

ECO: 14, 150

Maximiliano SODONIT
Vincenzo

José Romão Neto
Mestre Jorge
CREMEPE 19834

09.20 = NCR# 07/10/12

HSA: 150 (HSA)

- Pacote analítico com documentação
- supracitada em ar ambiente - HSA: 150
- e fornecida. ECO: 14, 150
- COI regular
- suporte CMEPE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

FORMULÁRIO DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Ju. Pereira Registro:
Enf. Letto:

DIA: 05/10	DIA: 06/10/12	DIA: 07/10	DIA: 08/10	DIA: 09/10
HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10-16-22	10-16-22	10-16-22	10-16-22	10-16-22
09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18
21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06
09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18
21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06
12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() Atensão de sinais vitais (3 vezes ao dia)

() Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)

() Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)

() Mudança de decúbito (3 em 3 horas)

() Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)

() Cateterismo Intermitente (6 em 6 horas e se necessário)

Assinatura da Enfermeira: Paula

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10	76	80	72	70	62
16	80	74	70	18	82
22	80	80	70	18	88
10	10	29	19	36	36
16	22	22	22	36	36
10	10	22	22	36	36
16	22	22	22	36	36
22	10	10	10	10	10
10	10	10	10	10	10
16	10	10	10	10	10
22	10	10	10	10	10

SINAIS VITAIS

Frequência Cardíaca

Frequência Respiratória

Temperatura

Pressão Arterial

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM:





Paciente: Jose Maria de Lima Soares
Enf/Leito: U7 Registro: 272985

DIA: 20/09/14 DIA: 11/10 DIA: 02/09 DIA: 03/10 DIA: 04/10

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					
() Alerta da sinais vitais (3 vezes ao dia)	HORÁRIO	10 - 16 - 22	HORÁRIO	10 - 16 - 22	HORÁRIO
() Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)	09	09	09	09	09
() Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
() Mudança de decúbito (3 em 3 horas)	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
() Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)	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
() Cateterismo Intermitente (5 em 6 horas e se necessário)	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06

ASSINATURA DA ENFERMEIRA: Sybilie 20/09/14 20/09/14 20/09/14 20/09/14

SINAIS VITAIS					
Frequência Cardíaca	HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
	10	78	73	80	
	16				86
	22	71	74	81	
	10	20	19	14	
	16				15
	22	19	19	18	
	10	35.8°C	36.2°C	36°C	
	16	37.5°C			
	22	130x70	120x60	120x70	
	10				
	16	120x70	120x70	100x60	
	22				

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Paulo Antonio Coelho Castor 20/09/14 20/09/14 20/09/14 20/09/14

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 8/9/17	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO DO MÉDICO: 28/11/17
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Maria Menes de Lima Soares	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: TCE	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento cirúrgico de TCE 27/3/17	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? SE POSITIVO DESCREVER: ☐ SIM ☒ NÃO	
COM RELAÇÃO A 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 seguimento ou órgão atingido).	
SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1°	Paralisação completa do membro superior direito
2°	Paralisação completa do membro superior esquerdo
3°	Paralisação completa do membro inferior direito
4°	Paralisação completa do membro inferior esquerdo
5°	Paralisação completa do membro superior direito e esquerdo
AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 30 DIAS ANTES A 30 DIAS APÓS O ACIDENTE E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
Assinatura	9/3/17
Local	data
Assinatura e carimbo	



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo:	
CAM:	UF: NF:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone: ()	

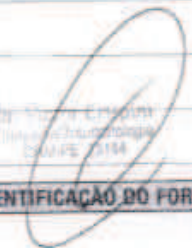
1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: Maria de Lins Soares

Endereço: _____

Prescrição: Condend (10mg) - 1x
14/06/2020

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
	
Assinatura do Farmacêutico	Data



SINISTRO 3190664365 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRACÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

CPF/CNPJ: 12918804452

Posição em 09-06-2020 12:21:56

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
22/01/2020	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

