

## **INSTRUMENTO PROCURATÓRIO**

**OUTORGANTE:** CINTHIA MARIA DA SILVA , maior, brasileira, estado civil: solteira. Profissão: agricultora, inscrito (a) no CPF sob 094.391.214-83 e portador(a) da RG 8.514.039 SDS/PE. Domiciliado na Rua Um 1 Lotto Nova Betel , Nº 01, Toritama- PE

**OUTORGADAS (OS) -DRA. VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES**, brasileira, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o número 18.789, com escritório na Rua do Riachuelo 189,sala 1201,fone 81-8833-4368,e-mail vivianesouza001@gmail.com. **DRA. MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTE**,brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE pelo nº 25.324 com endereço profissional situado na Rua capitão José da Luz, nº 137, Sala 502. Ed. Condomínio Cervantes Ilha do Leite, Recife – PE e **DR. BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA** , brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE pelo nº 22.090, com endereço profissional situado na Rua capitão José da Luz, nº 137, Sala 502. Ed. Condomínio Cervantes Ilha do Leite, Recife – PE

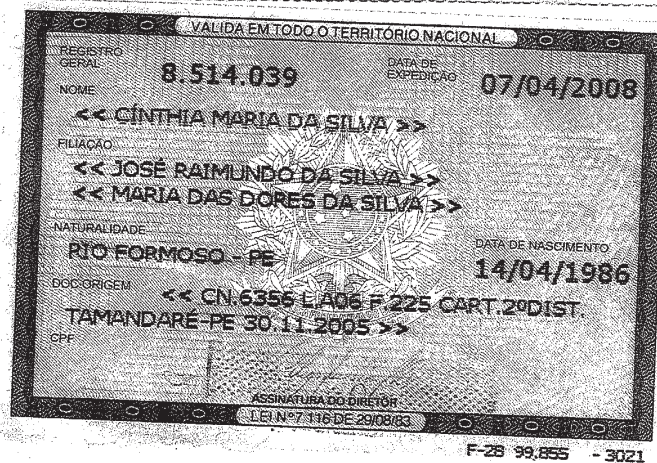
**PODERES:** Da cláusula “Ad Judicia” representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e ***assinar declaração de hipossuficiência econômica***, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPD, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

**DECLARAÇÃO DE POBREZA:** Eu CINTHIA MARIA DA SILVA, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

TORITAMA-PE, 23 de JUNHO de 2020.

  
CINTHIA MARIA DA SILVA - Outorgante/Declarante





Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1426432433

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

## COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02  
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 167-  
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada  
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!  
CINTHIA MARIA DA SILVA

DATA DE VENCIMENTO  
19/09/2018

DATA EMISSÃO DA NOTA  
FISCAL

12/09/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

12/09/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

031392985

CONTA CONTRATO  
7001316073

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL  
Monofásico  
B1

ENDEREÇO  
RUA UM 1 LOTTO NOVA  
BETEL/TORITAMA

TOTAL A PAGAR  
R\$ 0,22

PERÍODO CONSUMO

13/08/2018 a 12/09/2018

CONSUMO

0

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7001316073

MÊS/ANO

09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 0,22

VENCIMENTO

19/09/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou  
rasurar.  
Este canhoto será usado em  
leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838000000009 002200110078 001316073103 126974456330



## SINISTRO 3200177820 - Resultado consulta por beneficiário

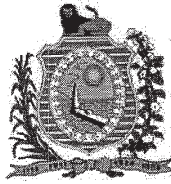
**VÍTIMA** CINTHIA MARIA DA SILVA  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO  
PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE SEGURADO  
S/A  
**BENEFICIÁRIO** CINTHIA MARIA DA SILVA  
**CPF/CNPJ:** 09439121483

### Posição em 02-06-2020 07:58:59

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, pagamento da indenização será liberado. Por gentileza, volte a consultar seu processo no site dentro de 4 dias.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 03/06/2020        | R\$ 3.375,00         | R\$ 0,00         | R\$ 3.375,00 |





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA - DP129ªCIRC  
DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0219000340**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/05/2020** às **10:59**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **16/1/2020** às **14:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TORITAMA, 1, SÍTIO CALDAS** - Bairro: **CENTRO** -  
**TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

EDVALDO SEVERINO DOS SANTOS ( AUTOR \ AGENTE )  
FABIANO FRANCISCO DE MORAES ( OUTRO )  
CINTIA MARIA DA SILVA ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDVALDO SEVERINO DOS SANTOS

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

**FABIANO FRANCISCO DE MORAES (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**EDVALDO SEVERINO DOS SANTOS (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARINALVA MARIA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **25/7/1981** Naturalidade: **TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7318900/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TORITAMA, 01, RUA 01, LOTEAMENTO NOVA BETEL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**CINTIA MARIA DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DAS DORES DA SILVA** Pai: **JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA** Data de Nascimento: **14/4/1986** Naturalidade: **RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8514039/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 994702148**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TORITAMA, 01, RUA 01, LOTEAMENTO NOVA BETEL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **FABIANO FRANCISCO DE MORAES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDVALDO SEVERINO DOS SANTOS**

11/05/2020 11:00



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERDE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLU3287** (PERNAMBUCO/PAULISTA) Renavam: **719179530** Chassi: **9C2JC2500XR211650**  
Ano Fabricação/Modelo: **1999/1999** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

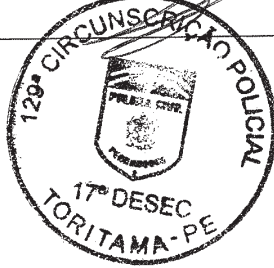
**RELATA A VÍTIMA QUE: NO DIA 16 DE JANEIRO DE 2020, POR VOLTA DAS 14 HORAS, VIAJAVA COMO CARONA NA MOTOCICLETA DE PLACA KLU3287, PILOTADA PELO SEU COMPANHEIRO, O SENHOR EDVALDO SEVERINO DOS SANTOS, OCASIÃO EM QUE TRAFEGAM NO SENTIDO SÍTIO CALDAS A BR 104, QUANDO FOI TRAÇADO POR UM OUTRO VEÍCULO (MOTOCICLETA DE PLACA NÃO ANOTADA) QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO E AO FORÇAR UMA ULTRAPASSAGEM ACABOU TOCANDO NA MOTOCICLETA NA QUAL A VÍTIMA VIAJAVA, FAZENDO COM QUE O CONDUTOR PERDE-SE O CONTROLE E VIESSE A CAIR, DO ACIDENTE O SEU COMPANHEIRO SOFREU FERIMENTOS LEVES, ENQUANTO QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES GRAVES, SENDO SOCORRIDA POR UMA UNIDADE DO CORPO DE BOMBEIROS AO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA NESTA CIDADE, DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS A VÍTIMA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CIDADE DO RECIFE/PE.**

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

*Cinthia Maria da Silva*

**CINTHIA MARIA DA SILVA**  
**(VÍTIMA)**

B.O. registrado por: **ROGERIO DAVI DA FONSECA** - Matrícula: **220978-0**



11/05/2020 11:00





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**  
**COInter/1 - 8º Grupamento de Bombeiros**

Surubim-PE, 10 de fevereiro de 2020.

  
SAULO SILVA GUSMÃO - Ten Cel QOC-BM  
Comandante

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº Div. Op. 003/20-8ºGB**

O auxiliar administrativo do 8º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação do Sra. CINTHIA MARIA DA SILVA RG: 8.514.039 SDS-PE. Endereço: Sítio Caldas - Zona Rural - Caruaru - PE. Certifico que às 14h32min do dia 16 de janeiro de 2020, a VT AR 627 da 3ªSB/8ºGB Toritama, foi deslocada para o Sítio Caldas, zona rural de Caruaru-PE, a fim de atuar em uma ocorrência de colisão entre motocicletas, onde vitimou a Sra. Cintia Maria da Silva RG nº 8.514.039 SDS-PE. Uma das motocicletas envolvidas seria uma moto CG Honda, cor predominante verde, placa não identificada, conduzida pelo Sr. Edvaldo Severino dos Santos RG nº 7.318.900 SDS-PE. Que após as avaliações primária e secundária, não foi constatado nenhuma escoriação e, ou fratura aparente. Onde a vítima mencionada, foi conduzida para o Hospital de Toritama. Entregue ao profissional médico Lázaro Luis Souza CRM nº 25266. Nada mais havendo a certificar do que consta nos registros do Relatório Básico, que se encontra arquivado na Divisão de Operações, segue aposto, com o sinete do 8ºGB e assinado por mim, 3º SGT BM LUIZ ÂNGELO DA MOTA SILVEIRA, respondendo como auxiliar da Divisão de Operações do 8ºGB.



  
LUIZ ÂNGELO DA MOTA SILVEIRA - 3º SGT BM

Administrativo/8ºGB

8º Grupamento de Bombeiros - Avenida Senador Paulo Pessoa Guerra, 116 - Cabaceira Surubim - PE CEP: 55750-000 Fones: 81 3634-2640 81 98494-4200  
e-mail: 8gb@bombeiros.pe.gov.br



Toritama, 18 de Março de 2020.

## Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 050/2020

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **CINTHIA MARIA DA SILVA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **CINTHIA MARIA DA SILVA** deu entrada nesta unidade no dia 16/01/2020 sob o registro 95884-1 como consta no prontuário.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

**Mateus Tavares**  
Portaria 387 - SMS  
Coordenador de Unidade de Saúde  
**Mateus Emanuel Tavares**  
Coordenador da Unidade de Saúde

Av. João Manoel da Silva - Centro - Toritama - Pernambuco - Telefone: 3741- 1192 - E-mail - [admhospitaltoritama@gmail.com](mailto:admhospitaltoritama@gmail.com)





|                                                           |                              |                                                      |         |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------|---------|
| Unidade: 2-1 - HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FATIMA |                              | Data e Hora da Chegada<br><b>16/01/2020 às 15:22</b> |         |
| <b>Paciente:</b> 49872-1 CINTHIA MARIA DA SILVA           | Nascimento: 14/04/1986       |                                                      |         |
| Sexo: Feminino RG:                                        | Idade: 34 ano(s) e 20 dia(s) |                                                      |         |
| Município: TORITAMA                                       | UF: PE                       |                                                      |         |
| Logradouro: 1, 06                                         | Localidade: NOVA BETEL       |                                                      |         |
| Profissão:                                                | Telefone: (81) 89866924 / () |                                                      |         |
| CNS Pac.:                                                 | Celular: ()                  |                                                      |         |
| Nome Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA                        |                              |                                                      |         |
| Ass. Paciente ou Resp: _____                              |                              |                                                      |         |
| Nome Responsável. Quando menor: _____                     |                              | Polegar                                              |         |
| Grau Parentesco: _____                                    |                              | Nº Registro:                                         | 95884-1 |

| DADOS DA TRIAGEM |       |                  |                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------|-------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Data             | Hora  | Profissional     | Descrição                                                                                                                                                                                                        |
| 16/01/2020       | 15:24 | AGENDA INTEGRADA | Pulso (bpm): 87; Saturação de O2 (%): 98; Glicemia Capilar (mg/dL): 174; 120 / 80; Observação: Trazida pelo corpo de bombeiros, refere cefaleia, episódio de ênese SIC, episódio de síncope SIC.<br>DOR MODERADA |

| EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - OBSERVAÇÃO |      |        |              |
|-------------------------------------|------|--------|--------------|
| Data                                | Hora | Rotina | Profissional |

| HIPÓTESE DIAGNÓSTICA                                                                    |        |           |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|-------------------------|
| CID / CIAP 2                                                                            | Código | Hipótese  | Profissional            |
| CID                                                                                     | R520   | DOR AGUDA | 228-1-LAZARO LUIS SOUZA |
| PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO SEM CAPACETE EVOLUI COM TCE LEVE E VÔMITO HÁ 1 HORA |        |           |                         |

| PROCEDIMENTOS |                                                                     |                                      |            |
|---------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------|
| Código        | Procedimento                                                        | Profissional                         | Data       |
| 0301060061    | ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                    |                                      |            |
| 0301100012    | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE | 28-1 - LIGIA CARLA DE ANDRADE CABRAL | 16/01/2020 |

| MEDICAMENTOS |             |              |           |
|--------------|-------------|--------------|-----------|
| Código       | Medicamento | Concentração | Posologia |

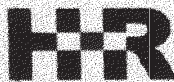
| EXAMES |       |            |  |
|--------|-------|------------|--|
| Código | Exame | Observação |  |

| PRESCRIÇÕES / ORIENTAÇÕES |       |                                                                                                                          |                        |
|---------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Data                      | Hora  | Medicações/Orientações - Execução                                                                                        | Responsável/Prescrição |
| 16/01/2020                | 15:27 | COMPLEXO B INJETÁVEL 2ML, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)                                        | LAZARO LUIS SOUZA      |
| 16/01/2020                | 15:27 | DICLOFENACO SODICO 75 MG/3 ML INJ, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAMUSCULAR (Uso Externo)                             | LAZARO LUIS SOUZA      |
| 16/01/2020                | 15:27 | DEXAMETASONA 4MG/ML INJ, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)                                         | LAZARO LUIS SOUZA      |
| 16/01/2020                | 15:27 | DIPIRONA SODICA 1G/2 ML INJ, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)                                     | LAZARO LUIS SOUZA      |
| 16/01/2020                | 15:27 | METOCLOPRAMIDA 10MG INJ AMPOLA 2ML, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)                              | LAZARO LUIS SOUZA      |
| 16/01/2020                | 15:26 | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML, 1 FRASCOS, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo), COLOCAR 5 AMPOLAS DE GLICOSE 50% | LAZARO LUIS SOUZA      |

Profissional Responsável



SENHA DA REGULAÇÃO:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                        |  |                                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nº PRONTUARIO:<br><b>1709741</b>                                                                                                                                                                         |  | Data e Hora de Atendimento:<br>22/01/2020 01:19                                        |  | Local de Entrada: <b>EMERGENCIA GERAL</b>                                                  |  |
| Nº. ATEND.: 1539713                                                                                                                                                                                      |  | Paciente: <b>CINTHIA MARIA DA SILVA</b>                                                |  | Nm. Social                                                                                 |  |
| Data de nascimento: 14/04/1986                                                                                                                                                                           |  | Idade: 33a 9m 9d                                                                       |  | Sexo: <b>FEMININO</b>                                                                      |  |
| Estado Civil: <b>SOLTEIRO</b>                                                                                                                                                                            |  | Profissão                                                                              |  | Acompanhante: <b>JANAINA ZELIA DA SILVA</b>                                                |  |
| DOC ID / Data expedição:<br>8514039 / 07-Abr-08                                                                                                                                                          |  | Mãe: <b>MARIA DAS DORES DA SILVA</b>                                                   |  | Cartão SUS: 708100553364234                                                                |  |
| Pai: <b>JOSE RAIMUNDO DA SILVA</b>                                                                                                                                                                       |  | Número Complemento:                                                                    |  | Telefone: 989966924                                                                        |  |
| Endereço: <b>NAO INFORMADO</b>                                                                                                                                                                           |  | Bairro: <b>NOVA BETEL</b>                                                              |  | Cidade: <b>TORITAMA</b>                                                                    |  |
| Ocorrências                                                                                                                                                                                              |  | UF: <b>PE</b>                                                                          |  | Telefone: 989966924                                                                        |  |
| Motivo do atendimento: <b>ENCAMINHAMENTO NEURO CIRURGIAO</b>                                                                                                                                             |  |                                                                                        |  |                                                                                            |  |
| Procedência: <b>OUTRO HOSPITAL</b>                                                                                                                                                                       |  |                                                                                        |  |                                                                                            |  |
| Informações do Serviço Social:                                                                                                                                                                           |  |                                                                                        |  |                                                                                            |  |
| Confirmação de nome:                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                        |  | Fones                                                                                      |  |
| Confirmação de endereço:                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                        |  | Assistente Social                                                                          |  |
| 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. Publico <input type="checkbox"/> |  |                                                                                        |  |                                                                                            |  |
| Outros <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                          |  |                                                                                        |  |                                                                                            |  |
| Observação: 22/01/20 - Serviço Social ciente da alta. Paciente aguarda transporte do município.                                                                                                          |  |                                                                                        |  | Assistente Social: <i>[assinatura]</i>                                                     |  |
| História Clínica:<br><i>Vítima de PCA (ataque cardíaco) com perda de consciência e queda. Tratado com aspirina e clopidogrel. Exame físico sem alterações.</i>                                           |  |                                                                                        |  |                                                                                            |  |
| Atendimento Médico:                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                        |  |                                                                                            |  |
| Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                               |  | Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> |  | Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" 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 Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>     |  | Altura:                                                                                    |  |
| Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                |  | Por Qué?                                                                               |  |                                                                                            |  |
| Exame Físico:                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                        |  |                                                                                            |  |
| A. Geral: Via aérea está pèrvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                    |  | O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>  |  | Temp.                                                                                      |  |
| B. Respiratório                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                        |  |                                                                                            |  |
| C. Circulatório                                                                                                                                                                                          |  | PA: <i>110/70</i> mmHg                                                                 |  | Pulso: <i>70</i> bpm                                                                       |  |

*[assinatura]*

**SERVIÇO EXECUTADO**  
**CONTAS MEDICAS FATURAMENTO**



# HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 22/01/2020 01:09

Nome Paciente: CINTHIA MARIA DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento:  
Sexo: Feminino  
Idade: 38  
Senha: U0003  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME

Período: 22/01/2020 01:11 - 22/01/2020 01:12

ALEXSANDRA COUTINHO LIMA - COREN: 140438 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE COM HISTORIA DE CEFALÉIA CONSTANTE, HISTORIA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA CRANIANO HA MAIS OU MENOS 05 DIAS

Observação: SENHA 5865639

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

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

22/01/2020

TRE

Paciente com queixa de dor

ESCLA 15 / DOR 6

Tratado

Tratado com analgésico

Notas

cd. ALB

Acolhido(a) por: ALEXSANDRA COUTINHO LIMA - COREN: 140438 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/01/2020 01:12

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL MUNICIPAL  
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

FICHA DE  
ENCAMINHAMENTO



PREFEITURA DE  
**TORITAMA**  
Trabalhando para todos

2ª VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE Cinthia Maria da Silva REGISTRO Nº \_\_\_\_\_

IDADE 33a RESIDENTE Toritama

NOME DO CONDUTOR \_\_\_\_\_

NOME DO TEC. DE ENFERMAGEM \_\_\_\_\_

PARA O HOSPITAL de Portunção - Neurocirurgia SENHA 5865629

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADOR DE

Paciente relatando dor de cabeça constante mesmo fazendo uso de analgésicos.

História de queda de moto com trauma crânio encefálico 5 dias

TC de crânio (20/11/20) anexo  
Ao exame: BEB, lúcida, consciente, orientada, deambulando, Glasgow 15

AN = MU+, S+, RA

ACV = RCR, 27, AI, 10/10

ABD - Normotônico

HD: TCE + cepaléia pós-trauma

CD: Encaminhado para avaliação e conduta

DE ACORDO COM O MÉDICO

TORITAMA

ASSINATURA DO MÉDICO \_\_\_\_\_

Dr. João Amor de Oliveira  
CRM 19667

DATA

OBS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE \_\_\_\_\_



## SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nome : Cinthia Maria da Silva

Diagnóstico Provável TCE / Confusão final

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 )

Observação: Revisar por 7 dias

Cod. 0163





DR. FILIPE LIVINO  
NEUROLOGIA  
CRM-PE 17.311

Cinthia Maria da Silva

## RELATÓRIO MÉDICO

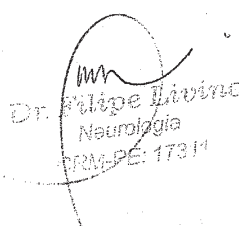
Paciente vítima de acidente de motocicleta em 16/01/2020, tendo sofrido TCE moderado. Cursa com cefaléia opressiva, de grande intensidade e vertigens.

TC de Crânio (20/01/2020): contusões hemorrágicas em região olfatória do lobo temporal D, em região medial do lobo frontal D e em lobo temporal D, acompanhadas por edema perilesional, sem ocasionar efeito de massa. Observa-se ainda pequena lesão extra-axial em hemisfério cerebral esquerdo compatível com hematoma subdural agudo.

A paciente encontra-se orientada a manter repouso absoluto por 10 dias, associado a corticoterapia sistêmica, e repouso relativo por mais 20 dias, a realizar TC de Crânio para controle evolutivo e retornar para nova avaliação médica em 02/03/2020.

CID-10: T90.5

20/01/2020

  
Dr. Filipe Livino  
Neurologia  
CRM-PE: 17311

R. PARANAÍBA, Nº 171 - MAURÍCIO DE NASSAU - CARUARU/PE  
FONE: (81) 3137.3909



Cinthia Maria da Silva

## LAUDO MÉDICO

Paciente vítima de acidente de motocicleta em 16/01/2020, tendo sofrido TCE moderado. Cursa desde então com cefaléia nuchal; irradiando-se para região fronto-temporal, associada á náuseas, fotofobia e quadro vertiginoso. O quadro apresenta-se refratário à terapia com Etoricoxib e Ceterolaco Trometamol e corticoterapia sistêmica. Adicionalmente a paciente cursa com prejuízo cognitivo interessado aos campos da memória, atenção, concentração, praxias e alterações do humor (o humor encontra-se extremamente lábil, alternando entre humor ansioso e depressivo).

TC de Crânio (20/01/2020): contusões hemorrágicas em região olfatória do lobo temporal D, em região medial do lobo frontal D e em lobo temporal D, acompanhadas por edema perilesional, sem ocasionar efeito de massa. Observa-se ainda pequena lesão extra-axial em hemisfério cerebral esquerdo compatível com hematoma subdural agudo.

R. PARANAÍBA, Nº 171 - MAURÍCIO DE NASSAU - CARUARU/PE  
FONE: (81) 3137.3909

Digitalizado com CamScanner



**DR. FILIPE LIVINO**  
**NEUROLOGIA**  
CRM-PE 17.311

Considerando-se o tempo decorrido entre o TCE e a atual avaliação, os prejuízos cognitivos e funcionais, bem como a refratariedade do quadro algico, a paciente encontra-se **INCAPACITADA** ao exercício do trabalho por período indefinido, sendo de grande importância a consideração de amparo previdenciário.

CID-10: T90.5

27/05/2020

*Filipe Livino*  
Dr. Filipe Livino  
Neurologia  
CRM-PE 17.311

R. PARANAÍBA, Nº 171 - MAURÍCIO DE NASSAU - CARUARU/PE  
FONE: (81) 3137.3909

Digitalizado com CamScanner





**HUMANA**  
DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

(81) 3731.8825 | 9 9900.8656

www.humanadiagnosticos.com.br

Rua Maestro Alexandre, 117, Nova Santa Cruz  
CEP 55.194-321 | Santa Cruz do Capibaribe - PE

Nome: CINTHIA MARIA DA SILVA

Idade: 33 anos

Data do exame: 20/01/2020

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

**INFORMAÇÕES ESSENCIAIS:** Dados clínicos: CEFALÉIA APOS TRAUMA.

**TÉCNICA DO EXAME:** Estudo realizado em aparelho multidetectores após compreensão e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, sem a administração do contraste iodado endovenoso. A avaliação associada a análise dos dados supracitados permitiram as seguintes interpretações e hipóteses:

#### ANÁLISE:

Focos densos subcorticais nas regiões frontais bilaterais e na região temporal esquerda, com halos hipodensos de edema, compatíveis com hematomas intraparenquimatosos / contusões hemorrágicas.

Fina coleção densa laminar extra-axial no hemisfério cerebral esquerdo, medindo até 0,3 cm de espessura, compatível com hematoma subdural.

Não há evidência de processo expansivo neoplásico intracraniano, de desvio de estruturas da linha média, de calcificações patológicas ou de lesões isquêmicas agudas intraparenquimatosas supra ou infratentoriais.

Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.

Aspecto anatômico das cisternas basais.

Estruturas da fossa posterior preservadas.

Ausência de fraturas ou lesões agressivas em ossos do crânio.

Seios paranasais de transparência preservada.

#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Focos densos subcorticais nas regiões frontais bilaterais e na região temporal esquerda, com halos hipodensos de edema, compatíveis com hematomas intraparenquimatosos / contusões hemorrágicas. Fina coleção densa laminar extra-axial no hemisfério cerebral esquerdo, compatível com hematoma subdural.

Ao colega médico assistente, em caso de dúvidas ou discordância das ideias apresentadas no laudo, estou a disposição para discussão do caso, revisões e interpretação dos resultados, à luz de novos dados clínicos não expressos anteriormente.

*Rafael Borges Tavares Cavalcanti*  
Dr. Rafael Borges Tavares Cavalcanti

Médico Radiologista | Membro Titular do C.B.R.  
CRM-PE: 28501

Dr. André Ventura da Nóbrega CRM/PE: 19003 | Dr. Arthur José Ventura CRM/PE: 17143  
Dr. Diogo Araújo CRM/PE: 19948 | Dr. Filipe Aragão Felix CRM/PE: 18785  
Dr. Janniê de Miranda CRM/PE: 21033 | Dra. Juliana Cavalcanti CRM/PE: 20098  
Dra. Milena Veiga CRM/PE: 18270 | Dr. Rafael Borges CRM/SP: 131683  
Dr. Ramoniê de Miranda CRM/PE: 18301 | Dr. Ygor W. Felipe Barbosa CRM/PE: 19005  
Responsável técnico: Dr. Janniê de Miranda - CRM/PE: 21033