

### INSTRUMENTO PROCURATÓRIO


**OUTORGANTE:** JOAO RODRIGUES DA SILVA, brasileiro, trabalhador rural, solteiro, portador da cédula de RG Nº 6.168.856 SSP/PE e inscrito no CPF de nº044.096.054-10, residente e domiciliado na Rua Ana Pinto Duarte, 204-A, Centro, Itaquitinga-PE - CEP: 55.950-000.

**OUTORGADO:** VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES, advogada, portadora da OAB/PE Nº 18.789, com endereço profissional na Rua do Riachuelo nº 189, Sala 1201, Boa Vista, 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 NCPC, 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, JOAO RODRIGUES 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.

Goiana-PE, 20 de março de 2021.



-Outorgante/declarante



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO TAVARES BURIL

EV-09



ASSINATURA DO TITULAR  
*João Rodrigues da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6168856 DATA DE EXPEDIÇÃO 09.05.1998

NOME JOAO RODRIGUES DA SILVA

FILIAÇÃO Vicente Rodrigues da Silva  
Deralice Maria da Conceição

NATURALIDADE Itambe - PE DATA DE NASCIMENTO 10.03.1981

END. ORIGINAL C.N.8072, L.40-A, F.50v, Cart. Dist. Itambe - PE.

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR  
*Regina da Silva*

LEI N°7.116 DE 29/08/63

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição  
**044.096.054-10**


Nome  
JOAO RODRIGUES DA SILVA

Nascimento  
10/03/1981



Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão  
SET/2000

 **CORREIOS**  
www.correios.com.br



### CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

JOAO RODRIGUES DA SILVA, brasileiro, trabalhador rural, solteiro, portador da cédula de RG Nº 6.168.856 SSP/PE e inscrito no CPF de nº044.096.054-10, residente e domiciliado na Rua Ana Pinto Duarte, 204-A, Centro, Itaquianga-PE - CEP: 55.950-000. Daqui em diante denominado (a) simplesmente de Contratante; e, como Contratado, VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES, advogada, portadora da OAB/PE Nº 18.789, com endereço profissional na Rua do Riachuelo nº 189, Sala 1201, Boa Vista, Recife-PE.

**CLÁUSULA 1ª - DO OBJETO** - O presente contrato tem como objeto a Prestação de Serviços de Advocacia para ajuizamento e acompanhamento de processo judicial até 2º. Grau, na esfera do TJPE ou TRT/PE, e ações de execução, referentes à cobrança de complemento DPVAT e reclamações trabalhistas. Ressalta-se que o acompanhamento judicial só abrange as instâncias mencionadas, não sendo dever da contratada a interposição de Recursos Extraordinário, Especial e de Revista.

**CLÁUSULA 2ª - DOS SERVIÇOS** - Os serviços serão iniciados a partir da data de assinatura deste contrato e executados em caráter de exclusividade, através da competente procuração em nome da contratada e de seus advogados terceirizados, acima qualificados, com os poderes cabíveis.

**Parágrafo Primeiro** - Correrão por conta dos Contratantes todas as despesas referentes ao acompanhamento das ações, tais como custas processuais/judiciais e cópias, que serão requeridas por escrito e repassadas ao Contratante para o pagamento de tais despesas.

**CLÁUSULA 3ª - DOS HONORÁRIOS** - A contratante, através deste contrato de risco, se compromete, havendo êxito da ação (procedência em 1º ou 2º grau) a pagar 30% da indenização recebida por cada uma delas.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Em caso de quaisquer condenações judiciais, acordos judiciais ou extrajudiciais, ficará a cargo do contratante o pagamento, ao Contratado, de honorários advocatícios no percentual de 30 % sobre o valor total do acordo, independente de honorários sucumbenciais pagos pelas Demandadas.

**CLÁUSULA 4ª - DA AUSÊNCIA EM AUDIÊNCIA** - A Contratada receberá do Contratante, ao final da ação, o valor de **R\$ 100,00 (CEM REAIS)** por conta de cada ausência em audiência.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Em caso de eventual condenação em custas decorrentes da ausência injustificada do Contratante, caberá ao mesmo arcar com estas despesas processuais, uma vez que são pré-requisito para propositura de nova ação judicial. Caso haja determinação judicial para que o Contratante justifique a ausência na sede de Secretaria Judiciária, através de declaração de próprio punho, o mesmo se responsabiliza de tal encargo, independente de acompanhamento advocatício.

**CLÁUSULA 5ª - DOS ENCARGOS** - Todos os encargos tributários ou sociais havidos com a execução dos serviços serão de inteira responsabilidade do Contratante que arcará com estes, as suas expensas, cabendo ao Contratado os encargos referentes às suas atividades profissionais.

**CLÁUSULA 6ª - DA SITUAÇÃO JURÍDICA DAS PARTES** - Além das cláusulas estipuladas neste contrato e na falta de regras específicas contratadas ficam os contratantes submetidos às demais regras legais determinantes da situação jurídica das partes.

**CLÁUSULA 7ª - DO FORO** - Fica eleita o Foro da Comarca de Recife, neste estado de Pernambuco, como o único competente para dirimir qualquer demanda que verse sobre o presente contrato, renunciando os contratantes expressamente a qualquer outro por mais especial que seja inclusive no caso de mudança de residência ou domicílio das partes. E por estarem de acordo, assinam o presente, em duas vias de igual teor, valendo por si e por seus herdeiros, para que produza seus jurídicos e legais efeitos.

Recife-PE, 08 de Março de 2021.

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES – OAB/PE: 18.789  
Contratado

*João Rodrigues da Silva*



**SINISTRO 3210002531 - Resultado de consulta por beneficiário**

VÍTIMA JOAO RODRIGUES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO JOAO RODRIGUES DA SILVA

CPF/CNPJ: 04409605410

**Posição em 04-02-2021 09:17:24**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/02/2021	R\$ 1.350,00	R\$ 54,98	R\$ 1.404,98

- 30%  
983,45

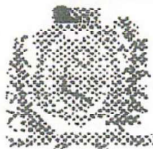
LUZ  
424,50

Justica



06/11/2020

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 055ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAQUITINGA - DP55ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0145000406

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/11/2020 às 11:10

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**, que aconteceu no dia 3/10/2020 às 23:30

Fato ocorrido no endereço: **PE 62 - QUE LIGA CONDADO A ITAQUITINGA, 01** - Bairro: -  
**CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: 0  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )**  
**JOAO RODRIGUES DA SILVA ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**JOAO RODRIGUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DORALICE MARIA DA CONCEICAO Pai: VICENTE RODRIGUES DA SILVA Data de Nascimento: 10/3/1981 Naturalidade: ITAMBE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6168658/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: - 81994740876**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 214, RUA ANA PINTO DUARDE - CEP: - Bairro: - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOAO RODRIGUES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a):**

**JOAO RODRIGUES DA SILVA**

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

Quantidade: **1.000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOAO RODRIGUES DA SILVA	PRONTUÁRIO:	ATENDIMENTO: 01614023
DATA DE NASCIMENTO: 10/03/1981	FOI ATENDIDO EM: 04/10/2020 Às 02:53	
	DATA DA ALTA: 07/10/2020 ÀS 08:11	

#### Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA CZO (E), BLOW OUT (E), MAXILA.  
CID: S02.8  
PACIENTE NECESSITA DE 30 (TRINTA) DIAS DE REPOUSO DOMICILIAR.

#### Tratamento Realizado:

- 1) BARRA DE ERICH BIMAXILAR + BMM
- 2) REDUÇÃO INCRUENTA DE ZIGOMA (E) COM GACHO DE BARROS

#### Observação:

- 1) ORIENTO DIETA LIQUIDA PASTOSA
- 2) HIGIENE ORAL

#### Encaminhado para:

RETORNAR AO HR (6º ANDAR - NORTE), DIA 03/11/2020 ÀS 07:00.  
TRAZER TODOS OS EXAMES.

FRANCISCO ALVES DE SOUZA JUNIOR - CRM: N.º.5472020

Recife, 07, OUTUBRO ,2020

#### 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.º 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOAO RODRIGUES DA SILVA	PRONTUÁRIO:	ATENDIMENTO: 01614023
DATA DE NASCIMENTO: 10/03/1981	FOI ATENDIDO EM: 04/10/2020 Às 02:53	
	DATA DA ALTA: 07/10/2020 ÀS 08:11	

#### Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA CZO (E), BLOW OUT (E), MAXILA.  
CID: S02.8  
PACIENTE NECESSITA DE 30 (TRINTA) DIAS DE REPOUSO DOMICILIAR.

#### Tratamento Realizado:

- 1) BARRA DE ERICH BIMAXILAR + BMM
- 2) REDUÇÃO INCRUENTA DE ZIGOMA (E) COM GACHO DE BARROS

#### Observação:

- 1) ORIENTO DIETA LIQUIDA PASTOSA
- 2) HIGIENE ORAL

#### Encaminhado para:

RETORNAR AO HR (6º ANDAR - NORTE), DIA 03/11/2020 ÀS 07:00.  
TRAZER TODOS OS EXAMES.

FRANCISCO ALVES DE SOUZA JUNIOR - CRM: Nº.5472020

Recife, 07, OUTUBRO ,2020

#### 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 Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400



ATT  
 Notificação Regular  
 Vigilância Epidemiológica Hospitalar  
 VEH-HR / NEPI



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
 Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Atendimento: 1614023 Prontuário: 1736067  
 Paciente: JOAO RODRIGUES DA SILVA SIC  
 Nome Mãe: MARIA DA CONCEICAO DA SILVA  
 End: NAO INFORMADO Nº 1 PE  
 Bairro: CENTRO Cidade: CONDADO  
 Nascimento: 09/10/1979  
 Localização: 6 ANDAR NORTE - POSTO  
 Leito: +24HS Serviço: NEUROCIRURGIA  
 Data e Hora Atendimento: 04/10/2020 04:00

607 extra

Nº PRONTUÁRIO: <b>1736067</b>	Data e Hora de Atendimento: 04/10/2020 02:53	Local de Entrada: <b>EMERGENCIA GERAL</b>
Nº. ATEND.: 1613894	Paciente: <b>JOAO RODRIGUES DA SILVA SIC</b>	Nm. Social:
Data de nascimento: 09/10/1979	Idade: 40a 11m 27d	Sexo: <b>MASCULINO</b>
Estado Civil: <b>SOLTEIRO</b>	Profissão:	Acompanhante: <i>Rodrigues de Silva</i>
DOC ID / Data expedição	Mãe: <b>MARIA DA CONCEICAO DA SILVA</b>	Nome do Acompanhante: <i>Doracilene Mano do Conde</i>
	Pai:	Cartão SUS:
Endereço: <b>NAO INFORMADO</b>	<i>Rua Sra Pinto Duarte</i>	Numero: <i>214</i>
Bairro: <b>CENTRO</b>		Complemento:
Cidade: <b>CONDADO</b>	<i>Itaquitinga</i>	UF: PE Telefone: <i>37815200</i>
Ocorrências:		<i>(81) 99474-0876</i>
Resultado do atendimento: <b>QUEDA</b>		
Procedência: <b>OUTRO HOSPITAL</b>		
Informações do Serviço Social:		
Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		<i>Chimeno</i>
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>		Assistente Social
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GRCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/>		
Outros: <input type="checkbox"/> <i>05/10/2020</i>		
Observação: <i>dados cadastrais do paciente mediante o conteúdo de identificação</i>		Assistente Social
História Clínica:		
<i>Paciente com história de queda de cabeça        (do exame do exame, cefaléia, comunitário, dismetria, GCS=11 (AO=1)/RV=4        cefaléia, abdução do pescoço, admissão a pupila.        Soluções TC's.        (Arbacy) NCR</i>		
Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por Quê?:	
Exame Físico:		
A: Geral	Via aérea está pérvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:
B: Respiratório		
C: Circulatório	PA: X mm	Pulso: bpm

FATURADO

Assistente Social  
*Chimeno*

Dra. Mirella Paiva  
 Médica  
 CREMPE - 24089

TOMOGRÁFIA  
 Data: *04/10/20*  
 Médico: *Fale*  
 Técnico: *José*



D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupílas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular Escore: _____ Hora: _____	Glasgow: Resposta Verbal Escore: _____ Hora: _____	Glasgow: Resposta Motora Escore: _____ Hora: _____
E: Exposição/Abdômen: 04/10/20 03:40 # <u>com</u> <u>com</u> Estável, s.c. <u>luz</u> na us/ re tocar: <u>h. no microscópio</u> re abd. e lig. <u>int.</u>		
Diagnóstico Inicial:	<u>menor</u> <u>na</u> <u>base</u> <u>e</u> <u>trans</u> <u>na</u> <u>base</u> <u>de</u> <u>ca</u> <u>verte</u>	Cod. Procedimento
Conduta:	<u>ep:</u> <u>na</u> <u>cb.</u> <u>re</u> <u>cb</u> <u>int</u> <u>+</u> <u>na</u>	Ass. Médico
Evolução de Enfermagem:		Ass. Enfermagem

**Definição do Caso:**  Internamento  Cirurgia  Óbito  Termo de Alta a Pedido  Evadiu-se  Alta

**Condição de Alta:**  Curado  Melhorado  Inalterado  Piorado  Óbito

**Autorização para Alta / Internamento / Transferência:**

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Data: 07/10/20 Hora: 11:30

**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 cirurgicos 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: 04-Out-20





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Acolhimento com Classificação de Risco – Sistema de Manchester

Identificação do paciente		Registro			
Nome:	Data:		Hora:		
Alexs Rodrigues Silva		04/10/20		02:14:3	
Idade:	Sexo:	Naturalidade (cidade):	RG:		
09/10/1979	MASC.	Caruaru			
Profissão/Ocupação:		Nome da Mãe:			
Endereço:		Número:	Complemento:		
Bairro:		Cidade:	UF:		
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>					
Situação/Queixa:					
doente de pronto com quadro de insuficiência renal crônica, elevados deurentes					
Fluxograma:		Número:			
Discriminador:					
Sat.O2:	Glasgow:	Temp.:	Glicemia:	Regua Dor:	FC:
90	22		130	07	
VERMELHA	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL	
IMEDIATO	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE	
EMERGÊNCIA	10 MINUTOS	60 MINUTOS	120 MINUTOS	140 MINUTOS	
CLASSIFICADOR (NOME+CARIMBRO)					
FLUXO INTERNO:					
ENFERMEIRA(O):		COREN:	DATA:		
ASSINATURA:		HORA:			
FLUXO EXTERNO:					
ENFERMEIRA(O):		COREN:	DATA:		
Assinatura:		Coordenador:	Hora:		







SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO GOV. PAULO GUERRA



PACIENTE JOAO RODRIGUES DA SILVA SIC	PRONTUÁRIO	Nº ATEND. 607	DATA: 06/10/2020	HORA: 05:58
NOME DA MÃE MARIA DA CONCEICAO DA SILVA	DT. DE NASC. 09/10/1979	CLINICA	LEITO 05	

### EVOLUÇÃO CLÍNICA

#CTBMF#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO, EG REG.

AO EXAME BMF APRESENTA ESCORIAÇÕES DIFUSA EM FACE, EDEMA E EQUIMOSE PERIORBITAL (E) EM REGRESSÃO, ACUIDADE VISUAL E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS, OPN FIRME AO TOQUE, NEGA QUÊIXA RESPIRATORIA, MAXILA COM MOBILIDADE, MANDIBULA FIRME A PALPAÇÃO. ABERTURA BUCAL SATISFATORIA, SUTURA INTRAORAL MANTIDA, SEM DEBITO E SEM DEISCENCIA, OCLUSÃO POUCO FUNCIONAL.

TC DE FACE SUGERE FRATURA CZO (E), BLOW OUT (E), MAXILA.

EM USO:

DEXAMETASONA (04/10/20)  
CEFALOTINA (04/10/20)

FLUXOGRAMA:  
(05/10/20) LEUCO 12.62/ 14.10/ HT 42.10/ SODIO 133

CD:

AG. REGRESSÃO DE EDEMA;  
AG. CARDIO;  
CONFIRO VAT.

Recife, 06 OUTUBRO ,2020

Ass. do Prestador

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400



REGISTRO DE ENFERMAGEM

Paciente: JO João Rodrigues Registro: 173606  
Data de Nascimento:     /     /     Enfermaria/Leito: U9.VERM Data: 04/10/2020

Abertura Ocular		Resposta Verbal		Resposta Motora	
Espontânea <input checked="" type="checkbox"/>	4 pontos	Orientada <input checked="" type="checkbox"/>	5 pontos	Obedece a ordens <input checked="" type="checkbox"/>	6 pontos
Ao som <input checked="" type="checkbox"/>	3 pontos	Confusa <input checked="" type="checkbox"/>	4 pontos	Localiza dor <input checked="" type="checkbox"/>	5 pontos
A pressão <input checked="" type="checkbox"/>	2 pontos	Palavras inteligíveis <input checked="" type="checkbox"/>	3 pontos	Flexão Normal <input checked="" type="checkbox"/>	4 pontos
Ausente <input checked="" type="checkbox"/>	1 ponto	Sons incompreensíveis <input checked="" type="checkbox"/>	2 pontos	Flexão Anormal <input checked="" type="checkbox"/>	3 pontos
Não Testável <input checked="" type="checkbox"/>	NT	Ausente <input checked="" type="checkbox"/>	1 ponto	Extensão <input checked="" type="checkbox"/>	2 pontos
		Não Testável <input checked="" type="checkbox"/>	NT	Ausente <input checked="" type="checkbox"/>	1 ponto
				Não testável <input checked="" type="checkbox"/>	NT

TOTAL: 14

Estado Geral:  Bom  Regular  Grave  
 Normocorado  Hipocorado  Acianótico  Cianótico  Ictérico  Anictérico

Sedação:  Sim  Não

Medicação: \_\_\_\_\_

Vazão: \_\_\_\_\_ ml/h

Total: \_\_\_\_\_

SCORE DE RAMSAY

- 1- Ansioso, agitado
- 2- Cooperativo, orientado e tranqüilo
- 3- Dormindo, sonolento e respondendo
- 4- Dormindo e respondendo a estímulos
- 5- Dormindo e respondendo lentamente
- 6- Dormindo e não respondendo a estímulos

Medicamentos em uso:

- Drogas vasoativas:
- Sem DVA
  - Nora
  - Nipride
  - Dopamina
  - Dobutamina

Outra: \_\_\_\_\_  
Vazão: \_\_\_\_\_ ml/h

Antibioticoterapia: Data de início:     /     /     - Dias em uso:      
Medicamento: 1. \_\_\_\_\_ -2. \_\_\_\_\_ -3. \_\_\_\_\_

<p>Padrão Cognitivo:</p> <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input checked="" type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Torpor <input type="checkbox"/> Coma	<p>Isolamento:</p> <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Respiratório <input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Gotícula <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reversa	<p>Cabeça e pescoço:</p> <p>Crânio:</p> <input checked="" type="checkbox"/> Simetria <input checked="" type="checkbox"/> Assimetria <p>Face:</p> <input type="checkbox"/> Simetria <input type="checkbox"/> Assimetria <input checked="" type="checkbox"/> Edema	<p>Cabeça e pescoço:</p> <p>Pescoço:</p> <input checked="" type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca <input type="checkbox"/> Nódulo tireoidiano <input type="checkbox"/> Linfonodos <p>OBS: _____</p>
---	---	--	--

<p>Pele:</p> <input type="checkbox"/> Íntegra <input checked="" type="checkbox"/> Lesionada <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Anasarca <input type="checkbox"/> Rush	<p>LPP:</p> <input type="checkbox"/> Sim - <p>Local: _____</p> <input checked="" type="checkbox"/> Não <p>Tipo de curativo: _____</p>	<p>Curativo:</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <p>Local: _____</p> <p>Aspecto: _____</p> <p>Se sim, aplicar ficha de curativo padronizada</p>	<p>Fontanela:</p> <input checked="" type="checkbox"/> Normotensa <input type="checkbox"/> Abaulada
--	---	---	---

META 2-COMUNICAÇÃO EFETIVA- NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE





# 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  
**HR**

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
**José Roberto de Silva**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
**1736067**

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  
**Trauma facial**

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  
**Procedimento Cirúrgico**

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  
**Procedimento Cirúrgico**

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

**trauma facial**

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
**PROFISSIONAL SOLICITANTE**  
**Dra. Jéssica Cunha**  
CRUROSIA E TRANSDISCIPLINAR  
BUCCO-MAXILO-FACIAL  
RESIDÊNCIA EM BUCCO-MAXILO-FACIAL  
CROFPE 12345

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
**04/10/10**

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
**Dra. Jéssica Cunha**  
CRUROSIA E TRANSDISCIPLINAR  
BUCCO-MAXILO-FACIAL  
RESIDÊNCIA EM BUCCO-MAXILO-FACIAL  
CROFPE 12345

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)  
**Dra. Jéssica Cunha**  
CRUROSIA E TRANSDISCIPLINAR  
BUCCO-MAXILO-FACIAL  
RESIDÊNCIA EM BUCCO-MAXILO-FACIAL  
CROFPE 12345

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
**AUTORIZAÇÃO**

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  
**1/1**

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

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

Cod. 0421

