

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jose Severino dos Santos,
brasileiro(a), estado civil solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 141.877.541.77 e portador da cédula de identidade
nº 9.403.725, residente e domiciliado(a) na
VT Capoeiras
nº 830 bairro de Capoeiras
CEP 55660-000 na PE cidade de Boqueirão

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

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

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

Recife, 26 de 04 de 201 9

Jose Severino dos Santos
Outorgante





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 91ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS -
DP91ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **18E0181001815**
18E0181001815

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/10/2018** às
10:31

Complementa o BO Número: 18E0181001814

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **26/8/2018** às **23:00**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 1,
RODOVIA PE 997, VILA DE CAJAZEIRAS - Bairro: ZONA RURAL DE
BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência:
PROXIMO AOS TANQUES DA EMATEP
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR/AGENTE)
MARIA JOSEFA BANDEIRA (OUTRO)
JOSE SEVERINO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
MARIA JOSEFA BANDEIRA

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

JOSE SEVERINO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MARIA DO CARMO SANTOS Pai: SEVERINO ANTONIO DOS SANTOS Data de Nascimento:
5/9/1995 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9403721/SDS/PE
(RG), 11427754477 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO
Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 91, VILA DE CAJAZEIRAS -
CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA JOSEFA BANDEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA
DAVI BANDEIRA Pai: OTAVIO FIRMINO BANDEIRA Data de Nascimento: 22/4/1983
Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8915175/SDS/PE (RG),
05013345481 (CPF) Estado Civil: ANASIAADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO



Profissão: **AGRICULTOR(A)**

SEM AUTORIA - Nome da Atividade: **NÃO INFORMADO**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA JOSEFA BANDEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA JOSEFA BANDEIRA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110i** Objeto apreendido: **NÃO**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **9 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PM4735 (PERNAMBUCO)SEZERROS** Renavam: **108763696** Chassi: **902J001080R212711**
 Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SENHORA MARIA JOSEFA BANDEIRA A QUAL NA QUALIDADE DE CONDUTORA E NOTICIANTE PASSOU A DECLARAR QUE NA DATA E MONARIO ACIMA DESCRITO, ELA MARIA JOSEFA CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PELA RODOVIA PE 977 TENDO COMO CARUPA A PESSOA DA VITIMA JOSE SEVERINO DOS SANTOS, ONDE NA OCASIÃO AMBOS CONDUTORA E VITIMA VINHAM DE VILA DE AREIAS SENTIDO VILA DE CAJAZEIRAS, QUANDO UM ANIMAL (CACHORRO) ATRAVESSOU CORRENDO NA FRENTE DA MOTOCICLETA, MOMENTO ESTE QUE A CONDUTORA MARIA JOSEFA SE ASSUSTOU E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA CAINDO EM SEGUIDA AO CHÃO, QUE ELA CONDUTORA TEVE APENAS LEVES ESCORIAÇÕES NAS PERNAS, NÃO NECESSITANDO DE ATENDIMENTO MEDICO; QUE, A VITIMA JOSE SEVERINO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LAVADO A UNIDADE MISTA SÃO JOSE NA CIDADE DE SEZERROS- PE, CONFORME FICHA DE Nº275737 ASSINADA PELO MEDICO DR. PLINIO HENRIQUE T. SIMÕES GREMEPE 24.462, EM SEGUIDA A VITIMA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DOA GRESTE NA CIDADE DE CARUARU- PE CONFORME PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO MEDICO ASSINADO PELO MEMSO MEDICO DR, PLINIO HENRIQUE T. SIMÕES, NADA MAIS A DECLARAR.

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

Jose Severino dos Santos
JOSE SEVERINO DOS SANTOS
 (VITIMA)

MARIA JOSEFA BANDEIRA
 (OUTRO) *Maria Josefa Bandeira*

B.O. registrado por: *Clóves Milorino da Silva* - Matrícula: **2211844**





PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU




DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU BEZERROS – PE

Declaro para os devidos fins e a quem possa interessar que o Sr. José Severino dos Santos, portador do RG: 9403721SDS/PE, Residente no Sítio Cajazeiras S/N Bezerros, número de Ocorrência: 3603 ,foi atendido por esta Unidade de Serviço Móvel de Urgência SAMU/Bezerros – PE, na data 26/08/2018, as 23h:40min referente a queda de Moto, local da ocorrência na PE 097, Distrito de Cajazeiras - Bezerros, o mesmo foi encaminhado a Unidade Mista São José.

Bezerros PE; 05 /09/2018

Sem mais para o momento, elevamos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,


Regina Lolaia
Coord. de Enf. do Samu Bezerros
COREN 142524

Coordenadora do SAMU/BEZERROS - PE

Dr. Enf. Regina Lolaia
COREN – PE Nº 142524





Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()
SENHA 5479 514

IDENTIFICAÇÃO
Nome do Paciente: Jorel da Silva Idade: 22
Sexo: M () F () Profissão: Fone: 22
Endereço Residencial: Bairro:
Cidade: Bezerros

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS
História Clínica Atual: Paciente vítima de acidente de trânsito (colisão de carro) com lesões no tórax e membros superiores e inferiores.
Hipótese Diagnóstica: Suspeita de fratura clavicular.

AVALIAÇÃO CLÍNICA
Glicemia Capilar (HGT): 118 Temperatura: F.C.: P.A.: 14.0 x 80
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

22.08.12
Dr. Plínio Henrique T. Simões
CREMEPE 24.482



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)**ABERTURA OCULAR**Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1**RESPOSTA VERBAL**Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1**RESPOSTA MOTORA**Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Decerebração 2
Sem resposta motora 1**TOTAL DE PONTOS ECG:** _____Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midriase () Miose ()Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve**NATUREZA DA LESÃO**Presença de sangramento externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()**USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**Usou álcool: S () N () Informante: Vítilma () Outros ()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítilma () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()**CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO**Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____
Oxigêniooterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade _____
FIO2: _____
Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()
RX: S () N () Analgesia: S () N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Condutas: _____
Intercorrências: _____**MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA****CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**Hospital para onde foi encaminhado: _____
Médico Regulador: _____ Hora: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Local e data

Médico Assistente





Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



| | | | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------|----------|-------------------------|--|
| FICHA DE ATENDIMENTO | | CARTÃO DO SUS: | | REGISTRO: 879797 | |
| DATA: 24/08/18 | | HORA: 12:40 | | TELEFONE: | |
| NOME: JOSÉ SEVERINO DOS SANTOS | | | | IDADE: 22 | |
| NOME DA MÃE: MARIA DO CARMO DOS SANTOS | | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: 05/09/95 | | ACOMPANHANTE: | | | |
| END.: R. DO CHARRUA | | | | | |
| CIDADE: | | BAIRRO: | | N.º | |
| SINAIS VITAIS | | | | | |
| PA: 140/80 mmHg | HGT: 1,78 mg/dL | T: °C | PESO: kg | Téc. Enfermagem/COREN | |
| CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO | | | | | |
| I - Sinais de Emergência Imediata | | | | | |
| CLASSIFICAR COMO VERMELHO | | | | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> FC < 50 ou > 140 bpm <input type="checkbox"/> FR < 10 ou > 32 irpm | | | | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Extremidades frias <input type="checkbox"/> Enchimento capilar letificado <input type="checkbox"/> Pulso fraco ou ausente <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Sudorese | | | | | |
| 3. <input type="checkbox"/> PAS < 80 ou > 200 mmHg <input type="checkbox"/> PAD < 40 ou > 130 mmHg <input type="checkbox"/> HGT < 40 ou > 40 mg/dl <input type="checkbox"/> Convulsão no momento | | | | | |
| 4. <input type="checkbox"/> Politraumatismo/Glasgow < 12 <input type="checkbox"/> Letargia <input type="checkbox"/> Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios | | | | | |
| 5. <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> PAB <input type="checkbox"/> Sangramento intenso | | | | | |
| 6. <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Anafilaxia associada à insuficiência respiratória | | | | | |
| II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação | | | | | |
| CLASSIFICAR COMO AMARELO | | | | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 <input type="checkbox"/> TCE leve <input type="checkbox"/> PAS < 90 ou > 180 mmHg <input type="checkbox"/> PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas | | | | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Febre > 39°C <input type="checkbox"/> Febre com imunodepressão <input type="checkbox"/> Histórico de convulsão nas últimas 24 horas <input type="checkbox"/> Impossibilidade de deambulação | | | | | |
| 3. <input type="checkbox"/> Tumor pastoso <input type="checkbox"/> Mucosas ressecadas <input type="checkbox"/> Vômitos no momento | | | | | |
| 4. <input type="checkbox"/> Queimaduras de 1º e 3º áreas não críticas SCQ < 10% <input type="checkbox"/> Víctima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas | | | | | |
| 5. <input type="checkbox"/> Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa | | | | | |
| 6. <input type="checkbox"/> Dor Abdominal intensa <input type="checkbox"/> Dor Torácica intensa <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Epistaxe | | | | | |
| 7. <input type="checkbox"/> Acidente perfuro-cortante com material biológico <input type="checkbox"/> Crise asmática | | | | | |
| III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo | | | | | |
| CLASSIFICAR COMO VERDE | | | | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Febre sem outros sinais clínicos < 39°C <input type="checkbox"/> Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora | | | | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Lombalgia intensa <input type="checkbox"/> Entorse, suspeita de fraturas, luxações | | | | | |
| 3. <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações de sinais vitais <input type="checkbox"/> Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia | | | | | |
| 4. <input type="checkbox"/> Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação <input type="checkbox"/> Enxaqueca <input type="checkbox"/> Dor de ouvido moderada a grave | | | | | |
| 5. <input type="checkbox"/> História de convulsão sem alteração do nível de consciência <input type="checkbox"/> Abscessos <input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas | | | | | |
| IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social) | | | | | |
| CLASSIFICAR COMO AZUL | | | | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Queixas crônicas sem alterações agudas <input type="checkbox"/> Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal <input type="checkbox"/> Coriza crônica ou recorrente | | | | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas | | | | | |
| 3. <input type="checkbox"/> Troca de curativos ou retiradas de pontos | | | | | |
| 4. <input type="checkbox"/> Administração de medicamento <input type="checkbox"/> Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes. | | | | | |
| 5. <input type="checkbox"/> Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional <input type="checkbox"/> Solicitação de exames e receitas não urgentes | | | | | |
| 6. <input type="checkbox"/> Constipação intestinal sem outros sintomas <input type="checkbox"/> Troca ou retirada de sonda | | | | | |
| CLASSIFICAÇÃO | | | | | |
| Vermelho | - Paciente refere acidente de moto | | | | |
| Amarelo | - Refere dor em clavícula e | | | | |
| Verde | | | | | |
| Azul | | | | | |
| CAMINHADO: | | | | | |
| Alergias: () NÃO (X) SIM, a | | | | | |
| Paloma Sabrina | | | | | |
| Enfermeira | | | | | |
| COREN-PE 423103 | | | | | |
| Assinatura da enfermeira e carimbo | | | | | |
| Assinatura da Assistente Social e carimbo | | | | | |



| | | |
|--|---|--|
| FICHA DE ATENDIMENTO | Alergias: () NÃO () SIM, à | REGISTRO: 879797 |
| Queixas: | | |
| Acidente no trabalho - 1 hora hemorragia com estirpe alongar 15 pds pupila esquerda | | |
| Suspeita Fratura clavícula (E) | | |
| Exame físico: | | |
| Dipirona + AD EV 0058 Paracetamol + S.F. + EV | | |
| Dr. Plínio Henrique T. Simões CREMEPE 24.452 | | |
| H.D.: | | |
| CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO | | |
| Conduta: | | |
| Oxipropeno 1007 - 100ml S.O. 9.1. EV Y pto 05:25 | | |
| Dipirona 17 + AD EV Y pto 05:25 | | |
| Márcio Key dos Santos Téc. de Enfermagem COREN OD 150.044 | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Carla Rocha Lima Médico CRM-PE 28078</p> </div> <div> <p>T: 36,7°C às 05:26 Tabela PA: 100 x 80 às 06:10 001.156.644</p> </div> </div> | | |
| TIPO DE CONSULTA | MOTIVO DA ALTA | ÓBITO Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____ |
| <input type="checkbox"/> Consulta simples <input type="checkbox"/> Consulta e/ Observação <input type="checkbox"/> Indicação (Internamento) | <input type="checkbox"/> Melhora <input type="checkbox"/> Solicitação <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Indisciplina <input type="checkbox"/> Óbito | ATESTADO SIM () NÃO () DIAS: ____ |
| Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____ | | Médico - CREMEPE (Carimbo) |





HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Usuário da Informação
MARIAISC



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

Nome: JOSE SEVERINO DOS SANTOS
Data Nasc.: 05/09/1995 Idade: 22 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Prontuário: 324278
CPF: 11487754477 RG: 940371 Religião:
Endereço: SÍTIO CAJAZEIRAS Cidade: BEZERROS Nº: 0
Bairro: ZONA RURAL Fone: 991994621 Estado: PE
CEP: 55660000 Nome da Mãe: MARIA DO CARMO DOS SANTOS Profissão: AGRICULTOR
Nome do Conjuge:

Nome:
Parentesco: RG: Fone:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unidade de Internação: SALA VERDE
Diagnóstico Inicial (Constante do Laudo Médico):
Leito: S VERDE 10

Procedimento Solicitado: CID:
Procedimento Realizado: CÓD.:
CÓD.:

| Méd. Laudo Ass./Carimbo | Cirurgião Ass./Carimbo | 1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo | Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg. | Anestesiata Ass./Carimbo | Méd. Assist. Ass./Carimbo |
|----------------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| | | | | | |

Procedimentos:

- ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS
- ☐ DIÁRIA DE UTI
- ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- ☐ VACINA ANTI RH
- ☐ USO DE DERIVADOS DE SANGUE
- ☐ USO DE PRÓTESE, ORTESE
- ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
- ☐ USO DE OXIGENADORES
- ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL

Exame Clínico

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

| DATA DE INTERNAMENTO | DATA DE ALTA | DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO |
|----------------------|--------------|------------------------|
| 27/08/2018 14:11 | | |



SINISTRO 3180500780 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE SEVERINO DOS SANTOS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Recife-PE

BENEFICIÁRIO JOSE SEVERINO DOS SANTOS**CPF/CNPJ:** 11487754477**Posição em 26-04-2019 11:36:21**

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência | Ver Carta |
|---------------|---------------------------------|-----------|
| 18/04/2019 | Negativa Técnica - Sem sequelas | |



**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA**



Nome: JOSE SEVERINO DOS SANTOS
Data Nasc.: 05/09/1995 Idade: 22
CPF: 11487754477 RG: 940371

Atendimento: 440699

Prontuário: 324278

Data Nasc.: 05/09/1995 Idade: 22
CPF: 11487754477 RG: 940371

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

Endereço: SÍTIO CAJAZEIRAS

CNS:706700579867118

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: BEZERROS

Nº: 0

CEP: 55660000

Fone: 991994621

Estado: PE

Nome da Mãe: MARIA DO CARMO DOS SANTOS

Profissão: AGRICULTOR

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico: *Presença de um de quilo de peso
em max. 30 kg com de um tegumento de
cervical org.*

Exame Físico:

PA:

FC

Diag. Provisório:

Diag. Provisório: *Perthes chronicus ora*

U2 @ de outubro ora - P. Vodka
HOSPITAL REGIONAL DO OESTE
DATA 27/08/1968 - P. Pólvora

Prescrição:

Data

~~Dieta:~~
~~Dr. F. F. Amorim~~
~~Oftalmologia~~
~~Clinica de Oftalmologia~~
~~CRP 24 23.216~~
~~04 7 4.162~~

Horário

Gr O Fpms REALIZADO
O Fpms 02

Dr. F. A. [unclear]
Orthodontic [unclear]
[unclear] 216
[unclear]

Exide 2

<https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgxvzLDqmhqjFccjZTLbXNJDXhxbh?projector=1&messagePartId=0.5>

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES
EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nome do Paciente: José Severino da Silva Registro Nº:

Clinica: ortopedias Leito Nº:

DATA HORA

EVOLUÇÃO

27/08/18

011

Atividade Física: caminhada org.

Pronto para alta médica

Atividade

Carla Rocha Lemos
Assessora Técnica
01/05/2019



DECLARAÇÃO DE POBREZA

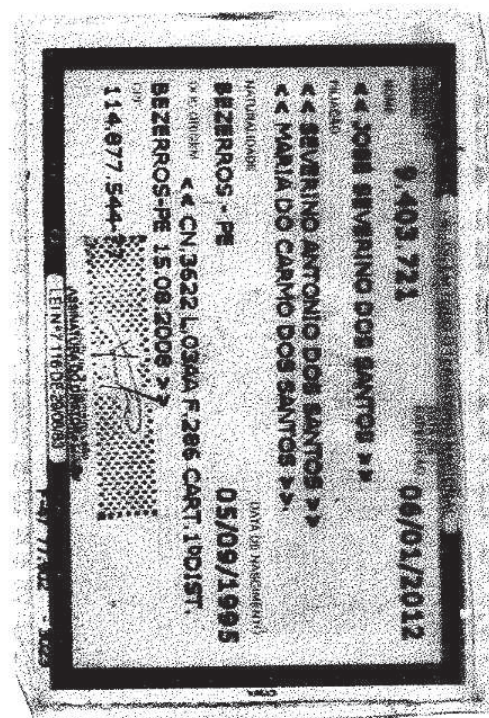
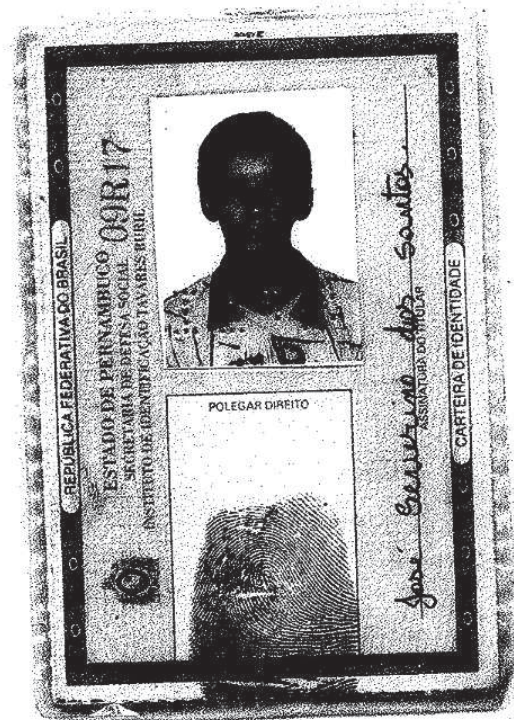
EU, José Severino dos Santos,
brasileiro(a), estado civil solteiro,
profissão agricultor Inscrito no CPF/MF sob o
nº 134.877.544 77, e portador da cédula de
identidade nº 3 403 721, residente e
domiciliado(a) VL Cajazeiras,
nº 610, bairro Cajazeiras,
CEP 55660.000 na cidade de
Cajazeiras/Bagozinhos/ PE.

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

Recife, 26 de 04, de 2019.

NOME: X José Severino dos Santos





Comprova





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **114.877.544-77**

Nome: **JOSE SEVERINO DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **05/09/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **06/01/2012**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:20:13** do dia **22/10/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **0421.C47D.48C3.C88A**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

