

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

SOLANGE SOARES DA PAIXÃO, brasileiro (a), solteiro (a), do lar, inscrito (a) no RG de nº 4.557.543 SDS/PE, CPF .s.ob o nº 020324.194-08, com endereço a Rua Gravatá, 166, Santo Aleixo, Jaboatão dos Guararapes/PE. CEP: 54140-800.

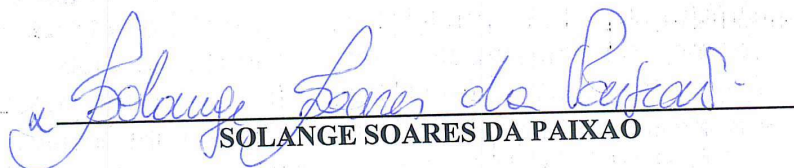
OUTORGADO:

RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 39.442, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 365, Salas 09, Jardim Atlântico, Olinda-PE. CEP: 53140-080.

PO D E R E S

*Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judícia", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados.*

Recife/PE, 30 de ABRIL de 2019.


SOLANGE SOARES DA PAIXÃO

Av. Fagundes Varela, nº 365, Loja 09, Jardim Atlântico, Olinda/PE, CEP: 53.140-080.
Email: mms.adv@outlook.com - Fone: 81 99950-6436/ 98626-0126/ 3012-0189.

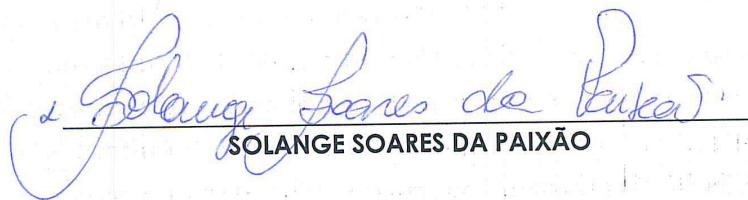


DECLARAÇÃO DE POBREZA

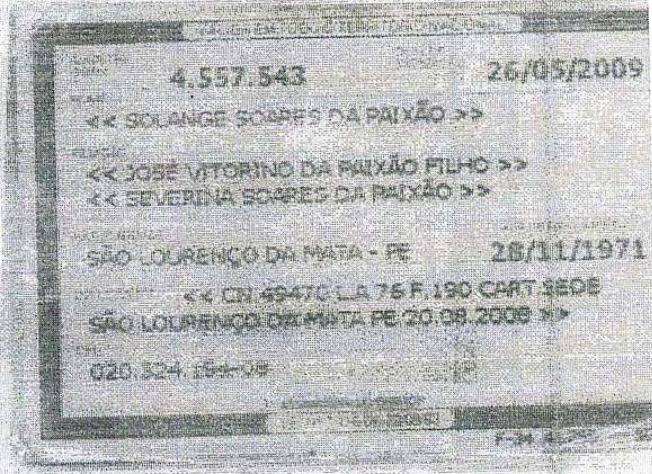
SOLANGE SOARES DA PAIXÃO, brasileiro (a), solteiro (a), do lar, inscrito (a) no RG de nº 4.557.543 SDS/PE, CPF .s.ob o nº 020324.194-08, com endereço a Rua Gravatá, 166, Santo Aleixo, Jaboatão dos Guararapes/PE. CEP: 54140-800.

De acordo com as Leis n.º 1.060/50 e 7.510/86, para o fim de obter a GRATUIDADE DE JUSTIÇA que não possui condições financeiras para arcar com o ônus das custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família. Declara conhecer que está sujeito às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, em sendo comprovada a falsidade das afirmações supra.

Recife, 30 de ABRIL de 2019.


SOLANGE SOARES DA PAIXÃO





ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
 IDENTIDADE NACIONAL
 IDENTIDADE FEDERAL
 Nº de Matrícula: 7023966543
 Data de Emissão: 01/2018
 Data de Validade: 16/01/2018
 Data de Exatidão: 02/02/2018
 Valor: 21,90

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
1	21,90	21,90
1	21,90	21,90
1	21,90	21,90

CPF	NOME	DATA NASC	SEX	ESTADO	CIDADE	CEP	PROFISSÃO	RESIDÊNCIA	COMUNICADO
070324194-08	SOLANGE SOARES DA PAIXÃO	26/05/2009	F	PE	SÃO LOURENÇO DA MATA	55010-000			



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

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 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 231 0142
Ouvidoria 0800 282 5589
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de 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 móveis

DADOS DO CLIENTE SOLANGE SOARES FAIXAO CPF: 020.324.194-08 NIS: 13248741456	DATA DE VENCIMENTO 18/06/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 05/06/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 05/06/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 018863589	CONTA CONTRATO 007023966543 Nº DO CLIENTE 2011022543 Nº DA INSTALAÇÃO 0001332193
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA GRAVATA 166 A BAR DO MESSIAS STO ALEXO JABOATAO 54140-600 JABOATAO DOS GUARARAPES PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
RESERVADO AO FISCO A0EA.492B.CAB6.E033.2D1C.A204.C8A2.0217			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,15450915	5,53
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	35,00	0,31630141	11,07
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,26
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,25
Contribuição Iluminação Pública			4,93
TOTAL DA FATURA			22,04

ICMS	PIS		COFINS					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	17,11	0,79	0,13	17,11	3,65	0,62

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	KG	%
Geração de Energia	8,38	49,36
Transmissão	1,02	5,96
Distribuição (Cabo)	4,77	27,06
Encargos Setoriais	0,69	4,03
Tributos	0,76	4,35
TOTAL	17,11	100

DESCR. DO CONSUMO	VALOR
16/06/18	24,94

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		DIFERENÇA	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
P21051	CAT	04/05/2018	15.118,00	05/06/2018	15.134,00	16,00	85,00

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFORADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-Rede horas sem Energia	JABOATAO	0,00	5,35	16,02	21,25
FIC-Rede vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMC-Franquia máxima de Interrupção contínua		0,00	3,03	0,00	0,00
DICR-Direção de Interrupção em Obra crítica					Limite DICR: 12,20
EIISD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 5,10					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você supermercado, padaria, farmácia de médio e alto porte / supermercado preço bom, r-br de médio e alto porte. Essa conta poderá ser paga no credenciado mais perto de você. Confira a lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res-414/ANEEL). Juros 1%a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prox. mês. Isenção do ICMS conforme art. 3º, XLVIII, s. 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 19,45. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.	NÍVEL DE TENSÃO TENSÃO NOMINAL(V) LIMITE DE VARIAÇÃO(DV) MÍNIMO MÁXIMO 220 202 234 AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
--	--

DESTAQUE AQUI	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
----------------------	--

CONTA CONTRATO 007023966543	MÊS/ANO 06/2018	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 18/06/2018
---------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

FATURA PAGA [AUTENTICAÇÃO MECÂNICA]





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPP - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

SOLANGE SOARES DA PAIXAO

Nº de inscrição

020324194-08

Data do Nascimento

28/11/71



SINISTRO 3190061358 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SOLANGE SOARES DA PAIXAO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE
SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO SOLANGE SOARES DA PAIXAO




CPF/CNPJ: 02032419408

Posição em 06-06-2019 16:17:32

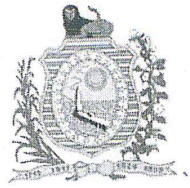
Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
07/02/2019	R\$ 1.518,75	R\$ 0,00	R\$ 1.518,75

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
12/02/2019	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
31/01/2019	Interrupção de Prazo	
29/01/2019	Aviso de Sinistro	





Polícia Civil de Pernambuco
Delegacia de Polícia da 20ª Circunscrição

Jaboatão 08, 11 de 2018

P. Soares 3197905

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 020ª CIRCUNSCRIÇÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES -
DP20ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0110002053**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/06/2018** às **15:21**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **4/4/2018** às **16:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA ESTRADA DA LUZ, 1, BAIRRO SANTO ALEIXO** - Bairro:
CASCATA - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PRÓX.
AO MERCADINHO DO GAMA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MOTOTAXISTA DESCONHECIDO (OUTRO)
SOLANGE SOARES DA PAIXÃO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR
DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MOTOTAXISTA
DESCONHECIDO

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

SOLANGE SOARES DA PAIXÃO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINA SOARES DA PAIXÃO** Pai: **JOSÉ VITORINO DA PAIXÃO FILHO** Data de Nascimento: **28/11/1971** Naturalidade: **SAO LOURENCO DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4557543/SDS/PE (RG), 02032419408 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Endereço Residencial: **RUA GRAVATA, 166, CASA A - CEP: 55000-000 - Bairro: SANTO ALEIXO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** Detalhes/Observações: **PROFISSÃO: AUXILIAR DE PRODUÇÃO**

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

MOTOTAXISTA 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): **MOTOTAXISTA DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MOTOTAXISTA DESCONHECIDO**

08/11/2018 12:



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MOTOCICLETA MARCA, MODELO, COR E PLACA NÃO ANOTADOS.**

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

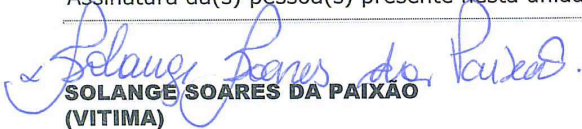
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VEÍCULO MARCA, MODELO E PLACA NÃO ANOTADOS.**

Complemento / Observação

A QUEIXOSA SOLANGE SOARES AFIRMA QUE ESTAVA DESLOCANDO-SE, DE MOTOTÁXI, INDO DO BAIRRO SANTO ALEIXO PARA O CENTRO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES E, QUANDO SUBIU NA MOTO PILOTADA PELO MOTOTAXISTA DESCONHECIDO, VIU O VEÍCULO VINDO DESCONTROLADO PARA CIMA DE SUA PESSOA E, NÃO TENDO TEMPO PARA DESCER DA GARUPA OU PULAR DA MOTO, O CARRO ATINGIU A PARTE TRASEIRA DA MOTOTÁXI, JUSTAMENTE NA PARTE ONDE ESTAVA, CAIU E SOFREU FERIMENTOS EM 1º, 3º E 5º PDD ESQUERDO, FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 3º PDD E FRATURA DE AUTÁBULO, CONFORME FICHA DE ESCLARECIMENTO DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ATENDIMENTO Nº 954986/2018, EM RECIFE. DESTACA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. QUANTO AO MOTOTAXISTA, ELE NÃO TEVE NENHUM FERIMENTO, MAS NÃO FOI POSSÍVEL ANOTAR A PLACA DA MOTO DELE E NEM LOCALIZÁ-LO.

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


SOLANGE SOARES DA PAIXÃO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LUIZ CARLOS PEREIRA** - Matrícula: **221771-6**

 **Polícia Civil de Pernambuco**
Delegacia de Polícia da 20ª Circunscrição

Jaboatão 08.11.2018

 319790-5





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 954986/2018.

NOME: SOLANGE SOARES DA PAIXAO.

Foi atendido às 19h30 de dia 04.04.2018.

Diagnóstico provável: Polifratura
TCE leve

Ferimentos em 1º, 3º e 5º PDD esq.
Fratura de falange proximal do 3º PDD (Z)
Fratura de base do 5º (D).
(Acidente com faca cortada)

Tratamento realizado:
Limpeza e curativo dos ferimentos
Rx do fratura
TAC de pé esquerdo
TAC de bacia
TAC de coluna cervical
Trat. de suporte clínico.

Obs. Assinou termo de alta a pedido em 05.04.18

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 15.04.2018 *[Assinatura]*



Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: I- SS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, COMUNIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL, Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040 Fones: 31815451/31815472





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

NR2 / 030060029
CE
TR

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

F (020601079)
020610078
020603037

954986	Data e Hora de Atendimento: 04/04/2018 19:30	Local de Atendimento:
---------------	---	-----------------------

Cod. Paciente: 1628778	Paciente: SOLANGE SOARES DA PAIXAO	Sexo: FEMININO
Data de nascimento: 28/11/1971	Idade: 46a 4m 6d	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante: CLAUDIANA FERNANDES

DOC ID / Data de Expedição 4557543 / 26-May-09	Mãe: SEVERINA SOARES DA PAIXAO Pai: JOSE VITORINO DA PAIXAO FILHO	Cartão SUS: 700003893496208
---	--	-----------------------------

Endereço: RUA GRAVATA Bairro: SANTO ALEIXO Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES	Numero 166 Complemento: UF: PE Telephone: 985552436
--	---

Ocorrências:

Motivo do atendimento: ENCAMINHAMENTO NEURO CIRURGIAO
Procedência: VIA PUBLICA

NOL ATT
NEPI-HR

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta <input 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. P. Educ. <input type="checkbox"/>		
Outros <input type="checkbox"/>		
Observação:		

História Clínica:
Paciente com história de acidente de motocicleta (colisão com carro) há aproximadamente 32 meses. Refere perda de consciência, fratura de tórax e fratura de fêmur. Refere dor em plano esquerdo de abdômen.

APÓIO BARRADO

SERVIÇO DE EMERGÊNCIA
CONTAS MÉDICAS FECHADAS

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input 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 checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Transporte realizado Por: <input type="checkbox"/> Altura: <input type="checkbox"/>
Imobilização Cervical: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por Quê?

Exame Físico:

A. Geral	Via aérea está pérvia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp: <input type="checkbox"/>
----------	---	---	--------------------------------

Paciente com via aérea pérvia sem edema cervical.

B. Respiratório: *MV ⊕ em AHT, PI RA,*

C. Circulatório	PA: X mm	Pulso: 65 bpm
-----------------	----------	---------------

ACV? RCR em QT BNF 3/S

AD: paciente deprimido, indolente e relapsado, em risco de imitação por suicídio.



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

04/04/2018 19:25



Nome Paciente: SOLANGE SOARES DA PAIXAO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 28/11/1971
Sexo: Feminino
Idade: 46
Senha: U0044
Convênio:
Atendimento:

04/04/2018 19:25 - ALEXSANDRA COUTINHO LIMA - COREN: 140438 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: VITIMA DE QUEDA DA MOTO HA 2 HORAS, USAVA CAPACETE PRESENTE
NEGA VOMITO. APRESENTA LESAO CORTO-CONTUSO
EM QUADRIL

Observação: SEM SENHA

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

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

04/04/18 # Quadril #
(22:00h)

Paciente vítima de queda de moto causada ao des-
carramento em 10, 30 e 50 metros do pé esquerdo. Nega outros
traumas. No exame, ausência de deformidade ou angulação nos
membros inferiores. Nervos e tendões preservados. Ao h.x presença de
lesão em fêmur proximal de 3º grau após queda.
Nega sintomas de fratura em acetábulo direito, à radi-
ografia.

CO: 1) Reduzir o tempo de permanência no Ps. Amarelo e Amarelo e
Ant. Biol. no tempo

Soluto TC de Baixo

Acolhido(a) por: ALEXSANDRA COUTINHO LIMA

Data: 04/04/2018 19:25

Realizar internamento, após alta do Ps. Amarelo Único
antes de ser encaminhado para Ortopedia, ANX e CG

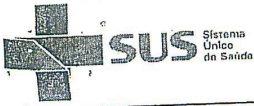
ma de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

baixo do Ortopedia após TC de Baixo.

Dr. Rafael Bala Cardozo Silva
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE: 25113





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



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES
0000655

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
Solange Soares da Paixão

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1628778

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TC do pé (E) sem contraste	14 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE 01
15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TC de bacia sem contraste	16 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE 01
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TC de coluna cervical	18 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	20 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	22 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura de borda superior do acetábulo e fx de falanges do pé (E)

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
José Ernando Gomes Jr.

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO
04.04.18

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
06111946439

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)
Dr. José Ernando Gomes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 22968

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
1 / 1

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

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)
MÉDICO: **[Assinatura]**
FÉRMICO: **[Assinatura]**

Cod. 0421



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

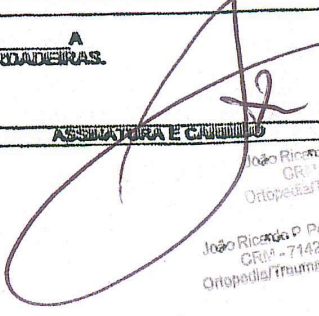
DATA DO ACIDENTE: 04/04/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 04/04/2018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: SOLANGE SOARES DA PAIXÃO	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: # Fratura do 3º/5º Metacarpo e 2º # Fratura de ACRÓTILO a Direita	
DADOS RESULTANTES DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): # Tratamento Conservador de fratura do 3º e 5º Metacarpos Ipo. e Acond. # Ht Conservador de Fratura ACRÓTILO	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º	PE Esquerdo ± 50%
2º	Tronco Dorsal - Fratura ossos da PELE
3º	± 50%
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE **17/01/19** A **17/01/19** E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL: **WTOVA** DATA: **17/01/19** ASSINATURA E CÂMBIO


 João Ricardo P. Pereira
 CRM - 7142
 Ortopedia/Traumatologia



8

#e6#

Paciente vítima de acidente auto mobilístico.
Retorno do veíco. Sofre apenas dor em hemipalme

Reduziu Roiox de torox e pelve.

R-torox (sem alterações).

Lx pelve (fratura de acetábulo à direita).

- Abdome: deprentual, sem peritonite, doloroso à palp
em ATE.

#e6# Alto do C6

2) Seguimento com tomado/NCR

Dra. Raissa Rocha
Médica
CRM - PE: 23.978

#NCR

05/04/18

às 00:07 Paciente vítima de acidente de moto ~~colta~~ como há 8 horas, com perd
de consciência no local, Nega vômitos.

Consciente, orientada, eufórica em an ambiente. Nega cervicalgia e labilidade.

De base: ECGIS, PIFR, sem deficits motor.

TAC de crânio: Sem lesões neurovasculares

TAC de coluna cervical: Sem lesões neurovasculares

TAC de coluna lombar: Sem lesões neurovasculares

CD: alta da NCR

acompanhamento com a Ortopedia

(Prescrito com equipe de dentista)

Dr. João Batista Filho
Neurocirurgia
CRM - PE: 26543



Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Abertura Ocular: 4	Glasgow: Resposta Verbal: 5
Glasgow: Resposta Motora: 6	

Pupilas isocóricas e fotoreagentes

E: Exposição/Abdômen:
 Ext: escoriações em face lateral de membro inferior esquerdo. Dificuldade de mobilização de MIE

Diagnóstico Inicial: Cod. Procedimento

① Politraumatizado ② TCE leve

Condução: Ass. Médico

① Solicito TAC de coluna lombar
 ② Solicito TAC de crânio
 ③ Solicito RX Bacia AP, Tórax AP, PE E e oblíquos Tornozelo E AP e Perfil, coluna cervical AP e
 ④ Aguardo avaliação da NCR.

Evolução de Enfermagem: Ass. Enfermagem

Antônio Lucas dos M. Filho
 Cirurgia Geral
 CRM-PE 19.795

Condição de Alta:

Curado Melhorado
 Inalterado Piorado
 Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:
 Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para internamento:
 - Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico e cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.
 Nome completo legível: _____
 Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:
 Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento de todas as consequências que deste ato possam advir.
 Nome completo legível: MARIA DE FÁTIMA DA PAIXÃO
 Assinatura: _____
 Data: _____
 No. da identidade: 3472.375
 Data e Hora Impressão: 04-Apr-18
Maria de Fátima da Paixão

