

### PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Geovane Manoel da Silva Filho  
brasileiro(a), estado civil solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o  
nº 137.561.654-42 e portador da cédula de identidade  
nº 10.772.098, residente e domiciliado(a) na  
Rua Central  
nº 69, bairro de Centro  
CEP 55.665-000 na cidade de  
Camocim de São Félix / PE

**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, 23 de 09 de 2019

f. Geovane Manoel da Silva Filho  
Outorgante



## SUBSTABELECIMENTO

**ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS**, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE n° 28.697D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n° 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, **Substabelece com reserva de poderes**, a pessoa da advogada **AMANDA KARLA SOARES DA SILVA**, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PE n° 33664, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n° 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, os poderes que lhe foram outorgados por **GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO**, através do instrumento particular de mandato, para praticar todos os atos que se fizerem necessários.

Recife, 23 de setembro 2019.

  
Ana Cristina Santos  
OAB/PE 28697



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Geovane Manoel da Silva Filho,  
brasileiro(a), estado civil solteiro,  
profissão agricultor Inscrito no CPF/MF sob o  
nº 137.561.654.42, e portador da cédula de  
identidade nº 40.772.098, residente e  
domiciliado(a) rua Central  
nº 69, bairro Centro,  
CEP 55.665-000 na cidade de  
Camocim de São Félix / 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, 23 de 03, de 2019.

NOME: Geovane Manoel da Silva Filho





[illegible]

  
**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Receita Federal**  
**Cadastro de Pessoas Físicas**  
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**



**Número**  
**137.561.654-42**

**Nome**  
**GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO**

**Nascimento**  
**24/08/2001**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**





Unidade Mista Presidente Castelo Branco  
Secretaria Municipal de Saúde  
SAMU REGIONAL AGRESTE - REGISTRO DE ATENDIMENTO



Identificação	Médico Regulador: <u>Dr. Diego</u>		TARM		Operador de frota: <u>Hugo</u>	
	Data: <u>05.11.18</u>	Hora	ID: <u>0005</u>	Nº ocorrência: <u>4566</u>	Unidade Móvel: <u>VS8</u>	Base da unidade: <u>sin</u>
	Endereço da ocorrência: <u>Hospital UMPB</u>					Nº
	Bairro: <u>centro</u>					Município: <u>São Joaquim do Monte</u>
	Ponto de referência: <u>O mesmo</u>					PE
Nome da vítima: <u>Genaro Manoel da Silva Filho</u>						Idade: <u>17</u> Sexo: <u>M</u>
Solicitante / Fone						Cartão de saúde - SUS

Queixa: <u>Transferência</u>											
Comunicação	Saída da base	Chegada no local	Saída do local	Chegada no destino	Saída do destino	Chegada na base					

☒ Transferência (senha): 5549635 - HR

**Tipo de Agravamento:**

<input type="checkbox"/> Acidente Trânsito	<input type="checkbox"/> Eletrocussão	<input type="checkbox"/> Queda _____ Metro
<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> FAB	<input type="checkbox"/> Queimadura
<input type="checkbox"/> Condutor do veículo	<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Térmica
<input type="checkbox"/> Passageiro do veículo	<input type="checkbox"/> Gineco-obstétrico	<input type="checkbox"/> Química
<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Lesões térmicas	<input type="checkbox"/> Elétrica
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Pediátrico	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Desabamento / soterramento	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico	
	<input type="checkbox"/> Quase Afogamento	

**Antecedentes:**

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Drogadição
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Internamentos anteriores
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Doença Infecto contagiosa	<input type="checkbox"/> Medicamento
<input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas	<input type="checkbox"/> Doença Mental	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios
	<input type="checkbox"/> Doença Renal	<input type="checkbox"/> Outros

**Exame Clínico:**

<input type="checkbox"/> Principais sintomas / Queixas	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Palidez
<input type="checkbox"/> Agitação/agressividade	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Sangramento
<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Dificuldade Respiratória	<input type="checkbox"/> Vômito
<input type="checkbox"/> Ausência de pulso	<input type="checkbox"/> Dor Local	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Febre	
	<input type="checkbox"/> Inconsciente / Desmaio	

Início dos Sintomas: ☐ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe

Dados Vitais:

Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O <sub>2</sub> %	Escala de Glasgow
Início:							
Fim:							

**RESPIRAÇÃO:**

Via Aérea:

<input type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Respiração/Ventilação:	<input type="checkbox"/> Ausculta:	<input type="checkbox"/> Expansibilidade:
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Parada Respiratória	<input type="checkbox"/> Roncos/sibilos	<input type="checkbox"/> Superficial
<input type="checkbox"/> Corpo Estranho	<input type="checkbox"/> Assistida	<input type="checkbox"/> Estertores	<input type="checkbox"/> Regular
<input type="checkbox"/> Bronco Aspiração	<input type="checkbox"/> Ritmo irregular	<input type="checkbox"/> Diminuição MV	<input type="checkbox"/> Irregular
<input type="checkbox"/> Edema de Glote		<input type="checkbox"/> Ausência MV	
<input type="checkbox"/> OBS			

Achados: ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucosapurulenta ☐ Hemoptise ☐ Hálito Etilico ☐ Outros

**CIRCULAÇÃO:**

<input type="checkbox"/> Pele:	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Edema:	<input type="checkbox"/> Palpebral	<input type="checkbox"/> M Inferiores	<input type="checkbox"/> Anasarca				
<input type="checkbox"/> Perfusão:	<input type="checkbox"/> Retardada	<input type="checkbox"/> Ausente					
<input type="checkbox"/> Pulso:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Fino	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Ausente			
<input type="checkbox"/> Ausculta:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Atrito Pericárdio	<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Sopros			
<input type="checkbox"/> ECG:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Não realizado				



Principais Lesões	Crânio	Faco	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS		MI	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoriação											
Esmagamento											
Perfurante											
Contuso											
Frat. Fechada											
Frat. Aberta											
Laceração											
Luxação											
Queimadura %											

**OBSERVAÇÕES:**

Part. transferido para o  
HB: 5549635 possível  
TEE? médico plantonista  
fez o encaminhamento do  
município e o destino  
Dr. David  
Janaide

#### EXAME NEUROLÓGICO:

- ☐ Agitação  
☐ Sonolência  
☐ Coma  
☐ Confusão  
☐ Convulsão  
☐ Otorrágia Direita

- ☐ Otorrágia Esquerda  
☐ Sinal Battle Direito  
☐ Sinal Battle Esquerdo  
☐ Sinal de Guacchini Direito  
☐ Sinal de Guacchini Esquerdo  
☐ Rigidez de Nuca  
☐ Afasia

- ☐ Miiose Direita  
☐ Miiose Esquerda  
☐ Midríase Direita  
☐ Midríase Esquerda  
☐ Paralisia  
☐ Parestia  
☐ Anestesia

- ☐ Parestesia  
☐ Arreflexia  
☐ Pupila reagente  
☐ Pupila não reagente  
☐ Outros:

#### SEGMENTO:

- ☐ Pescoço:  
☐ Desvio Traquéia  
☐ Normal  
☐ Turgência Jugular  
☐ Enflamação Subcutânea  
☐ Outros:

#### Abdômen:

- ☐ Distensão ☐ Ascite  
☐ Doloroso / Defesa  
☐ Espilonomegalia  
☐ Hepatomegalia  
☐ Irritação peritonsal  
☐ Normal  
☐ Outros:

#### Urogenital:

- ☐ Anúria  
☐ Glândula Direita  
☐ Glândula Esquerda  
☐ Hematúria  
☐ Outros:

#### GINECO-OBSTÉTRICO:

- ☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Normal ☐ semanas ☐ Outros:  
☐ Trabalho de parto: ☐ 01 cont./10m ☐ 1-3 cont./10m ☐ 3-5 cont./10m ☐ Bolsa rota ☐ Sangramento ☐ Nascimento  
☐ Parto único ☐ Gemelar ☐ Líquido Meconial ☐ APGAR:

#### PROCEDIMENTOS:

- ☐ Desobstrução Vias Aéreas  
☐ Intubação Nasotraqueal  
☐ Cânula Orofaríngea  
☐ Cricotireoidostomia  
☐ Ventilação Mecânica Ambu.  
☐ Respirador  
☐ Inalação O2  
☐ Toracocentese c/ Agulha Direita

- ☐ Toracocentese c/ agulha esquerda  
☐ Drenagem Torácica Direita  
☐ Drenagem Torácica Esquerda  
☐ Massagem Cardíaca Externa  
☐ Desfibrilação/Cardioversão  
☐ Controle Hemorragia  
☐ Curativo  
☐ Punção Venosa periférica  
☐ Punção Venosa Central

- ☐ Sonda Gástrica  
☐ Sonda Vesical  
☐ Sedação  
☐ Imobilização Membros  
☐ Colar Cervical  
☐ Talas/Tração  
☐ Intubação Orotraqueal  
☐ Traqueostomia  
☐ Monitoração Cardíaca / Oximetria  
☐ Outros:

#### Diagnósticos:

#### TERAPÊUTICA

Reposição volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Ringer lactado					
Sol. Hialóico 0,9%					
Sol. Cilecosado 0,5%					
Outros					

#### DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: UMFER - HR

MUNICÍPIO: São Francisco do Sul - Recife

INTERCORRÊNCIA:

#### PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

#### EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
Dr. Diego	Dr. David	Janaide	Janaide

#### TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE, nesta oportunidade:

RG ou CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



sem documento



PREFEITURA DE  
SÃO JOAQUIM DO MONTE  
NOVO, RUMO NOVA CIDADE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA/SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Data 03/11/18 Hora 10:33 Registro 388-363

Nome Amanda Manoela de Silva Filho

Data de Nascimento 17/09/1999 Sexo M

Endereço/Procedência Camarim

Naturalidade Profissão

Responsável Vilandro da Silva Santos

Peso PA Temp Pulso FC FR HGT

Queixa Principal Dor de mão + TCE e perda

Dados Clínicos de consciência + 30 min

Hipótese Diagnóstica TCE grave

Exames Solicitados

Tratamento Proposto A. NCG

Exames Físicos Lento - contínuo - em frente à região parietal + 10 cm

Evolução/Prescrição

01 Amb + AD, 3ml, EV + AGA  
01 Amb + AD, EV, AGR

Diagnóstico Inicial

Diagnóstico Definitivo

David Xavier  
Médico  
CRM-PE: 25053

DESTINO DO PACIENTE

atendido p/ observação ☐ Liberação p/ Residência com medicação aplicada ☐  
atendido p/ residência c/ medicação prescrita ☐ Transferência p/ outra cidade ☒  
pedido ☐ Óbito ☐  
referido para

UR - NCR  
5543 635

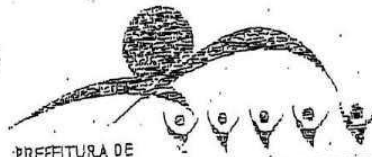
Avenida Estácio Coimbra Nº 45 - CEP: 55670-000 Fone: 3753-1118

São Joaquim do Monte - CNPJ: 10.122.661/0001-43





sem documento



PREFEITURA DE  
SÃO JOAQUIM DO MONTE  
NOVO RUMO NOVA CIDADE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA/SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Data 05/11/18 Hora 00:33 Registro 388.365

Nome Giovanni Manoel de Silva Filho

Data de Nascimento 17/08/01 Sexo M

Endereço/Procedência Camocim

Naturalidade Profissão Jás P

Responsável Alexandre da Silva Santos Identidade

Peso PA Temp Pulso FC FR HGT

Queixa Principal Dor de mto + TCE 4 pontos

Dados Clínicos de consciência + 30 min

Hipótese Diagnóstica TCE Grave

Exames Solicitados

Tratamento Proposto A. NCG

Exames Físicos Lento - contínuo - fronte à direita + 10 min

Evolução/Prescrição

normais - DIAMB + AD, 3ml, EV, AGR

Diagnóstico - DIAMB + AD, EV, AGR

Diagnóstico Inicial

Diagnóstico Definitivo

David Xavier  
Médico  
CRM-PE-25053

DESTINO DO PACIENTE

Admitido p/ observação ☐ Liberação p/ Residência com medicação aplicada ☐  
Admitido p/ residência c/ medicação prescrita ☐ Transferência p/ outra cidade ☒  
Pedido ☐ Óbito ☐  
sendo para

NR - NCR

5543 635

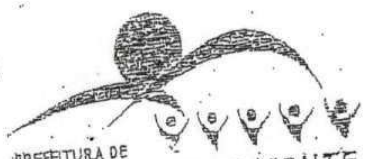
Avenida Estácio Coimbra Nº 45 - CEP: 55670-000 Fone: 3753-1118

São Joaquim do Monte - CNPJ: 10.122.661/0001-43





sem documento



PREFEITURA DE  
SÃO JOAQUIM DO MONTE  
NOVO, RUMO NOVA CIDADE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA/SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Data 03/11/18 Hora 00:33 Registro 386.365

Nome Amanda Marcel de Silva Filho

Data de Nascimento 17/09/93 Idade 17 anos Sexo M

Endereço/Procedência Camarim

Naturalidade Profissão

Responsável Alexandre da Silva Santos

Peso PA Temp Pulso FC FR HGT

Queixa Principal Dor de abdô + TCE 4 perf

Dados Clínicos de sangramento + 30mm

Hipótese Diagnóstica TCE Gravide

Exames Solicitados

Tratamento Proposto A. NCG

Exames Físicos Ltra. contínuo em frente à vagina + 10cm

Evolução/Prescrição

Diagnóstico Diagn. - DIAP + AD, 3ml, EV, AGR

Diagnóstico Inicial

Diagnóstico Definitivo

David Xavier  
Médico  
CRM-PE: 25053

DESTINO DO PACIENTE

Liberação p/ residência com medicação aplicada ☐  
Transferência p/ outra cidade ☒  
Óbito ☐  
Liberação p/ observação ☐  
Liberação p/ residência c/ medicação prescrita ☐  
Pedido ☐  
Referido para

NR - NCR  
5543 635

Avenida Estácio Coimbra Nº 45 - CEP: 55670-000 Fone: 3753-1118  
São Joaquim do Monte - CNPJ: 10.122.661/0001-43





SECRETARIA  
MUNICIPAL  
DE SAÚDE

UNIDADE MISTA  
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO Nº: 79.095  
DATA 10/11/2018  
HORÁRIO: 11 H 15 MIN.

BOLETA DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem: \_\_\_\_\_ Profissional ACS: \_\_\_\_\_  
Nome do paciente: Geovane Manoel da Silva Filho  
Genitora: Alexandra Geis da Silva  
Data nasc. 24/08/2001 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ MASC. ☐ FEM. Cor: \_\_\_\_\_  
Endereço: Rua Central nº: \_\_\_\_\_  
Bairro: Mutirão Ponto de referência: mercado de zi  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Nome do acompanhante: \_\_\_\_\_ ( ) Filho ( ) Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA: \_\_\_\_\_  
TIPO DE OCORRÊNCIA: ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐ AGRESSÃO ☐ OUTROS  
☐ ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SUICÍDIO

PACIENTE CHEGOU: ☐ ANDANDO ☐ AMBULÂNCIA ☐ AUTOMÓVEL ☐ OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. MIN. PESO: TEMP:

QUEIXA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO: \_\_\_\_\_

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

EXAMES SOLICITADOS: \_\_\_\_\_

TRATAMENTO PROPOSTO: \_\_\_\_\_

*curator*  
17:40  
*Filho*

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

DESTINO DO PACIENTE:  
☐ OBSERVAÇÃO CLÍNICA  
☐ LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA  
☐ LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA  
☐ ÓBITO: \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ MIN.  
☐ TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE  
☐ INTERNAMENTO

TA HOSPITALAR

TA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO







SECRETARIA  
MUNICIPAL  
DE SAÚDE

UNIDADE MISTA  
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO Nº.: 79.095  
DATA 10/11/2018  
HORÁRIO: 11 H 15 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem: \_\_\_\_\_ Profissional ACS: \_\_\_\_\_  
Nome do paciente: Geovane Manoel da Silva Filho  
Genitora: Alessandra Gêni da Silva  
Data nasc. 24/08/2001 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: (X) MASC. ( ) FEM. Cor: \_\_\_\_\_  
Endereço: Rua Central  
Bairro: Mutirão Ponto de referência: Mercado de Zé nº.: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Nome do acompanhante: \_\_\_\_\_ ( ) Filho ( ) Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA:  
TIPO DE OCORRÊNCIA: ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO ( ) AGRESSÃO ( ) OUTROS  
( ) ACIDENTE DE TRABALHO ( ) SUICÍDIO  
PACIENTE CHEGOU: ( ) ANDANDO ( ) AMBULÂNCIA ( ) AUTOMÓVEL ( ) OUTROS  
PRESSÃO ARTERIAL: MAX. MIN. PESO: TEMP.:  
QUEIXA PRINCIPAL:  
EXAME FÍSICO:  
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: CID:  
EXAMES SOLICITADOS:  
TRATAMENTO PROPOSTO:

*Curator*  
11/30  
*Jos*

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO  
DESTINO DO PACIENTE:  
( ) OBSERVAÇÃO CLÍNICA ( ) ÓBITO: \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ MIN.  
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA ( ) TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE  
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA ( ) INTERNAMENTO  
TA HOSPITALAR  
DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 165477  
Nome: Geovane Manoel da Silva  
Foi atendido às 02 h do dia 05 / 11 / 18  
Diagnóstico Provável TCE leve  
data da alta 05 / 11 / 18

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 )

~~Volta ao ambulatório de NEUROCIRURGIA~~

Observação: Retornar para o 10 dia.

ATENÇÃO : Este documento destina-se à 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.

Cod. 0163







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100°CIRC DINTER1/14\*DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0190000026**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/01/2019** às **15:00**

Complementa o BO Número: **19E0190000024**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **5/11/2018** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO JOAQUIM DO MONTE, 1, RODOVIA PE 112 - Bairro: CENTRO - SÃO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA (AUTOR \ AGENTE)  
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

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

**GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ALEANDRA GENI DA SILVA Pai: GEOVANE MANOEL DA SILVA** Data de Nascimento: **24/8/2001** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 69, RUA CENTRAL, BAIRRO MULTIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DEVSON TORRES DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA Pai: SEBASTIÃO TORRES DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **24/8/1998** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 6, RUA HELENA MARIA DA SILVA, BAIRRO MUTIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DEVSON TORRES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DEVSON TORRES DE OLIVEIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKM0335** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **158413520** Chassi: **9C2KC16109R028524**  
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

**A VÍTIMA INFORMA QUE ESTAVA NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DE DEVSON TORRES DE OLIVEIRA, SE DESLOCANDO DE SÃO JOAQUIM DO MONTE PARA ESTE MUNICÍPIO QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A RODOVIA E O PILOTO TENTOU DESVIAR, VINDO A CAIR COM A MOTOCICLETA; QUE EM VIRTUDE A COLISÃO FORA SOCORRIDO PELO SAMU DE SÃO JOAQUIM E DEPOIS PARA O HR EM RECIFE COM LAUDO DE TCE LEVE, CONFORME ANEXO A ESTE BOE; FEZ CIENTE ESTA DEPOL PARA FINS DE REGISTROS; FATO DE COMPETÊNCIA DA DELEGACIA DE SÃO JOAQUIM DO MONTE.**

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

*GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO*  
**GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO**  
(VÍTIMA)  
*DEVSON TORRES DE OLIVEIRA*  
**DEVSON TORRES DE OLIVEIRA**  
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: **JOSE EDSON DE SANTANA ROCHA FILHO** Matrícula: **3873374**



13/01/2019 16:00





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100°CIRC DINTER1/14ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0190000024

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/01/2019 às 14:38

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 5/11/2018 no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SAO JOAQUIM DO MONTE, 1, RODOVIA PE 112 - Bairro: CENTRO - SAO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA (AUTOR \ AGENTE)  
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO (VITIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

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

**GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO (presente ao plantão)** - Sexo: Masculino Mãe: ALEANDRA GENI DA SILVA Pai: GEOVANE MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: 24/8/2001 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 69, RUA CENTRAL, BAIRRO MULTIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL

**DEVSON TORRES DE OLIVEIRA (presente ao plantão)** - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA Pai: SEBASTIÃO TORRES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 24/8/1998 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 6, RUA HELENA MARIA DA SILVA, BAIRRO MUTIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO, que estava em posse do(a) Sr(a): DEVSON TORRES DE OLIVEIRA  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não  
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KKM0335 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 158413520 Chassi: 9C2KC16109R028524  
Ano Fabricação/Modelo: 2009/2009 Combustível: ALCO/GASOL

**Complemento / Observação**

A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DE DEVSON TORRES DE OLIVEIRA, SE DESLOCANDO DE SÃO JOAQUIM DO MONTE PARA ESTE MUNICIPIO QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A RODOVIA E O PILOTO TENTOU DESVIAR, VINDO A CAIR COM A MOTOCICLETA; QUE EM VIRTUDE A COLISÃO FORA SOCORRIDO PELO SAMU DE SÃO JOAQUIM E DEPOIS PARA O HR EM RECIFE COM LAUDO DE TCE LEVE, CONFORME ANEXO A ESTE BOE; FEZ CIENTE ESTA DEPOL PARA FINS DE REGISTROS; FATO DE COMPETÊNCIA DA DELEGACIA DE SÃO JOAQUIM DO MONTE.

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

*GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO*  
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO  
(VITIMA)  
*DEVSON TORRES DE OLIVEIRA*  
DEVSON TORRES DE OLIVEIRA  
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: JOSE EDSON DE SANTANA ROCHA FILHO - Matrícula: 3873374



13/01/2019 15:39







AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE  
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195  
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2  
CNPJ: 09.769.035/0001-64  
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 201908104120860

Escritório: CAMOCIM DE SAO FELIX

**FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO**

**DADOS DO CLIENTE**

ALEANDRA GENI DA SILVA  
R CENTRAL, N. 00069 - CENTRO CAMOCIM DE SAO FELIX PE 55665-000  
INSCRIÇÃO: 035.810.066.0000.015

MATRÍCULA:

10412086.0

08/2019-1

GRUPO: 4

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 10412086.0

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
HIDRÔMETRO A12U119291	DATA LEIT. ANTERIOR 26/07/2019	DATA LEIT. ATUAL 26/08/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL /		
ÁGUA LEIT. ANT.: 727 LEIT. ATUAL: 738 LEIT. FAT.: 738	CONSUMO: 11	ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:	VOLUME: 0		
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
07/2019	10/	A E	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
06/2019	12/	A E	TURBIDEZ	27	5
05/2019	11/	A E	COR APARENTE	27	4
04/2019	23/	A E	COLOR RESIDUAL	27	27
03/2019	10/	A E	COLIFORMES TOTAIS	27	27
02/2019	10/	A E	E.Coli	27	27
MÉDIA	12/ 0	A E	OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.		

**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS**

**CONSUMO POR FAIXA**

**VALOR R\$**

AGUA				
RESIDENCIAL 001 UNIDADE				
ATE 10 M3 - R\$ 44,08 (POR UNIDADE)		10 M3		44,08
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3		1 M3		5,05
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2019				0,82
JUROS DE MORA 06/2019				0,17

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	49,13	1,65	0,81
COFINS	49,13	7,60	3,73

VENCIMENTO: 08/09/2019

TOTAL A PAGAR: 50,12

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 24/09/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195  
VAZAMENTOS: 0800-0810185

**Arpe** Agência de Regulação  
de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

10412086.0

08/2019-1

VENCIMENTO: 08/09/2019

TOTAL A PAGAR: 50,12

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: AMANDA KARLA SOARES DA SILVA - 25/09/2019 16:07:18  
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092516071799200000050597476  
Número do documento: 19092516071799200000050597476

Num. 51404568 - Pág. 1

## SINISTRO 3190357696 - Resultado de consulta por beneficiário

---

**VÍTIMA** GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Recife-PE

**BENEFICIÁRIO** GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

**CPF/CNPJ:** 13756165442

**Posição em 24-09-2019 09:13:00**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

