



SUBDEFENSORIA CÍVEL E CRIMINAL DO INTERIOR
Núcleo da Defensoria Pública em Garanhuns

DECLARAÇÃO

Declaro, nos termos do que dispõe o Art. 2º, parágrafo único, da Lei nº 1.060/50, que, em razão de minha situação econômica, não tendo condições de arcar com as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo de meu sustento próprio e de minha família, declaração esta que faço sob as penas da lei e sob a minha responsabilidade.

Garanhuns, ____ de _____ de 2019.

Declarante: Norma Teixeira Macêl

RG n.º _____

Obs.: Art. 4º, § 1º, da Lei n. 1.060/50. "Presume-se pobre, até prova em contrário, quem afirmar essa condição nos termos desta Lei, sob pena de pagamento até o décuplo das custas judiciais".

Praça Jaime Pinheiro, n.º 180, Heliópolis, Garanhuns/PE. CEP: 55.296-195



Assinado eletronicamente por: ALBERICO PEREIRA DE CARVALHO - 11/12/2019 15:41:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121115413257500000054478488>
Número do documento: 19121115413257500000054478488

Num. 55373010 - Pág. 2



CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA.

Av. Simão Gomes, 33 - Fone: (87) 3762.2002 - Fax: (87) 3762.2002
CNPJ: 10.248.599/0001-30 - Heliópolis - CEP 55296-250 - Garanhuns
e-mail: hpsocorro@hotmail.com

Nossa Senhora do Perpétuo Socorro
Solicito
Recessos
Finanças
Reabertura
Novo Estatuto
no tombo

Dr. Marconi Rodrigues
CRM 13010 TEC/180



 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE GARANHUNS SECRETARIA DE FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</p>	Nº da Nota 000004603	Nº da Substituída
	Data/Hora de Emissão 07/12/2017 às 11:13:01	Competência DEZ/2017
	Código de Verificação LSJK81168	Data Prest. de Serviço 07/12/2017

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ: 10.248.599/0001-30 **Inscrição Municipal:** 030.064-0

Razão Social: CASA DE SAUDE E MATERNIDADE N.S.P. SOCORRO LTDA

Endereço: AVN SIMOA GOMES 33 HELIOPOLIS 55290-000

Município: GARANHUNS **UF:** PE

Telefone: - **E-mail:** hpsocorro@hotmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: NORMA TEIXEIRA MACIEL

CPF/CNPJ/PAS: 68246641468 **Inscrição Municipal:**

Endereço: RUA SÃO MIGUEL 1105 BOA VISTA 55292-400

Município: GARANHUNS **UF:** PE

Telefone: **E-mail:**

SERVIÇOS

4.03-HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÓMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÉNERES.

ITEM	DESCRÍÇÃO	QUANT.	VLR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	REFERENTE A DESPESAS HOSPITALARES EM OUTUBRO/2017.	1,0	1.049,26	1.049,26

VALOR TOTAL DA NFS-e R\$: 1.049,26

Deduções (R\$) 0,00	Base Cálculo (R\$) 1.049,26	Aliquota (%) 5,00	Valor do ISS (R\$) 52,46	Outras Retenções (R\$) 0,00
INSS (R\$) 0,00	IRRF (R\$) 0,00	CSLL (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00	PIS/PASEP (R\$) 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES





CASA DE SAUDE PERPETUO SOCORRO
 10.248.599/0001-30 Fone- (87) 3762-2002 | (87) 99925-8282
 SIMOA GOMES, HELIOPOLIS
 Garanhuns - PE CEP- 55296-250

Fatura Individual de Internação

Data de Emissão **Tipo de Fatura**
 14/10/2017 Parcial

Informações do Paciente

Prontuario	Paciente	Data de Nascimento	Idade	Telefone
000004705	NORMA TEIXEIRA MACIEL	26/04/1944	73 ano(s)	
Documento	Endereço		Cep	Cidade/Estado
4319140	SAO MIGUEL 1105 BOA VISTA		595560-660	Garanhuns

Informações do Convênio

Convênio	Categoria	Matricula	Validade	Autorização	Senha
Particular					

Informações do Atendimento

Nº de atendimento	Carater	Tipo de Internação	Regime de Internação	Data de Entrada
200157	Urgência/Emergência	Cirúrgica	Hospitalar	13/10/2017
Data de Saída	Motivo Saída	Duração	Setor/Acomodação/Leito	
		4 dias(s)	Quarto / QTO. 11 / LEITO 1	

Profissional Executante

MARCONI RODRIGUES DE SOUZA LEITE - Médico ortopedista e traumatologista

Procedimento Principal

1001 / VISITA HOSPITALAR PACIENTE INTERNADO

Taxas

Posto - B

Código	Procedimento	Valor Unitário	Qtd.	Valor Total
80064469	TAXA MCNT.P.A.E.FREQ.CARD	R\$ 256,23	1,00	R\$ 256,23
800619123	TAXA INST. DE SOROS	R\$ 6,93	1,00	R\$ 6,93
2	TAXA DE SALA - CIRURGIA MÉDIA	R\$ 120,00	1,00	R\$ 120,00
6	TAXA HOSPITALAR (10%)	80,36	1,00	R\$ 80,36
			TOTAL	R\$ 463,52

Diárias

Posto - B

Código	Procedimento	Valor Unitário	Qtd.	Valor Total
005	DIÁRIA DE QUARTO	180,0	1,00	R\$ 180,00
			TOTAL	R\$ 180,00

Materiais

Posto - B

Código	Procedimento	Valor Unitário	Qtd.	Valor Total
0000240781	LUVA PROCEDIMENTO CREMER TAM.M N/ESTERIL 100UNID	0,94	2,00	R\$ 1,88
0000097054	SERINGA 10ML C/AG.30X8 DESC.	1,65	6,00	R\$ 9,90
0000074279	SERINGA 3ML C/AG.25X7 DESC.	1,4	1,00	R\$ 1,40
70176426	COMPRESSA GAZE 7,5CMX7,5CM 11FIOS ESTERIL 10UNID	0,22	1,00	R\$ 0,22
			TOTAL	R\$ 13,40

Bloco Cirúrgico

Código	Procedimento	Valor Unitário	Qtd.	Valor Total
70176213	CAMPO OPERAT.ALVA 45X50CM 38G 50UNID	1,39	6,00	R\$ 8,34
70016143	AGULHA P/RAQUI SPINAL S/INTROD.27GAX3 1/2" 090X04,0MM DESC.UNISIS	47,27	1,00	R\$ 47,27
70019835	ALGODAO HIDROFÍLICO 500GRS	0,2	1,00	R\$ 0,20
70034354	ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,25MT(REPOUSO)12UNID	2,67	2,00	R\$ 5,34
70242240	FIO CATGUT CROMADO FECH.GERAL OB/GIN 1 70CM AG.4CM	18,23	1,00	R\$ 18,23
70176426	COMPRESSA GAZE 7,5CMX7,5CM 11FIOS ESTERIL 10UNID	0,22	2,00	R\$ 0,44
0000096319	DRENO SUCCAO 3,2 I,375MT	51,75	1,00	R\$ 51,75
0000249448	ELÉTRODO ECG ADU/PED.SKINTACT 50UNID	1,17	3,00	R\$ 3,51
70904316	EQUIPO MULTI 2VIAS C/CORTA FLUXO	5,5	1,00	R\$ 5,50
0000169695	ESCOVA C/CLOREXIDINA 2% 22ML	2,1	2,00	R\$ 4,20
70227101	ESPARADRAPO 10,0CMX4,5MT	0,13	10,00	R\$ 1,30
0000136492	TOUCA DESC.FEM.LATEX TODA VOLTA BRANCA 20GR 100UNID	0,1	1,00	R\$ 0,10
70135312	CATETER INTRAVASCULAR PERIFERICO JELCO 24GX19MM AMARELO MEDEX	5,19	1,00	R\$ 5,19
70360979	LAMINA BISTURI ESTERIL NR.24 100UNID FEATHER	2,38	1,00	R\$ 2,38
0000247637	LUVA CIRÚRGICA ESTERIL LATEX S/PO NR.8,0 MAXITEX PF(PAR)	3,15	2,00	R\$ 6,30
0000247638	LUVA CIRÚRGICA ESTERIL LATEX S/PO NR.8,5 MAXITEX PF(PAR)	3,15	1,00	R\$ 3,15
0000240781	LUVA PROCEDIMENTO CREMER TAM.M N/ESTERIL 100UNID	0,94	2,00	R\$ 1,88
0000095033	MASCARA DESC.BRANCA TRIPLA C/TIRA 50UNID	0,51	1,00	R\$ 0,51
70259402	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 2-0 45CM AG.1,9CM	16,13	2,00	R\$ 32,26
0000170668	PROPE BRANCO DESC.100UNID HMED	1,0	1,00	R\$ 1,00
0000162125	ATADURA GESSADA CYSNE 20CMX4MT	0,09	1,00	R\$ 0,09



TOTAL	43,00	R\$ 198,94
-------	-------	------------

Medicamentos

Posto - B

Código	Procedimento	Valor Unitário	Qty.	Valor Total
90075145	CLOR.DE SODIO 0,9% - SOL-STANDARD KABIPAC (SIST.FECH.) (Restrito Hosp.)	5,61	2,00	R\$ 11,22
90007549	CEFAZOLINA SODICA - GENERICO (Restrito Hosp.)	10,18	3,00	R\$ 30,54
90137485	DIPIRONA SODICA - GENERICO (Restrito Hosp.)	0,66	3,00	R\$ 1,98
90227255	AGUA P/ INJECAO (Restrito Hosp.)	0,65	6,00	R\$ 3,90
90194489	CLEXANE	19,94	1,00	R\$ 19,94
90330048	TRAMAL	10,37	1,00	R\$ 10,37
90075099	CLOR.DE SODIO 0,9% - SOL-STANDARD KABIPAC (SIST.FECH.) (Restrito Hosp.)	5,41	1,00	R\$ 5,41
TOTAL:			17,00	R\$ 83,35

Bloco Cirúrgico

Código	Procedimento	Valor Unitário	Qty.	Valor Total
90227255	AGUA P/ INJECAO (Restrito Hosp.)	0,65	2,00	R\$ 1,30
90099419	DEXAMETASONA - GENERICO (Restrito Hosp.)	2,28	1,00	R\$ 2,28
90045769	DIMORF (Restrito Hosp.)	4,34	1,00	R\$ 4,34
90137485	DIPIRONA SODICA - GENERICO (Restrito Hosp.)	0,66	2,00	R\$ 1,31
90184360	DORMONID INJETAVEL (Restrito Hosp.)	10,26	1,00	R\$ 10,26
90045980	EFEDRIN (Restrito Hosp.)	8,81	1,00	R\$ 8,81
90046170	FENTANEST (Restrito Hosp.)	13,24	1,00	R\$ 13,24
90007549	CEFAZOLINA SODICA - GENERICO (Restrito Hosp.)	10,18	2,00	R\$ 20,36
90047206	NEOCAINA (Restrito Hosp.)	10,04	1,00	R\$ 10,04
0006260231	RIOHEX 4% DEGERMANTE 1000ML 0221	0,04	60,00	R\$ 2,40
90019717	SOL. DE RINGER COM LACTATO DE SODIO - BOLSAS - SISTEMA FECHADO (Restrito Hosp.)	6,43	1,00	R\$ 6,43
90075145	CLOR.DE SODIO 0,9% - SOL-STANDARD KABIPAC (SIST.FECH.) (Restrito Hosp.)	5,61	2,00	R\$ 11,22
90338219	CLORIDRATO DE ONDANSETRONA - GENERICO (Restrito Hosp.)	18,06	1,00	R\$ 18,06
TOTAL:			76,00	R\$ 110,05

Resumo da fatura

Descrição	Qty.	Valor Total
Taxas	4,00	R\$ 463,52
Diárias	1,00	R\$ 180,00
Materiais	53,00	R\$ 212,34
Medicamentos	93,00	R\$ 193,40
TOTAL	151,00	R\$ 1.049,26

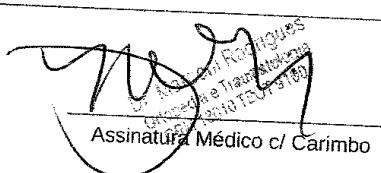


FICHA DE INTERNAÇÃO

Número do Registro 200157	Data e Hora do Atendimento 13/10/2017 10:57	CNS 201398174280006	Local:	
Paciente: 000004705 NORMA TEIXEIRA MACIEL	Nascimento: 26/07/1944	Idade: 73	Sexo: Feminino	Cor: Sem informação
Estado Civil: Casado(a)	Profissão: APOSENTADA	Naturalidade:		
Documento: 4319140	Filiação: Pai: Mãe: ANTONIA TEIXEIRA MACIEL			
Endereço: RUA SAO MIGUEL Bairro: BOA VISTA	Cidade: GARANHUNS	Nº: 1105	Complemento: UF: PE	CEP: 55292-400
Telefone fixo: (87) 3761-0116	Telefone Celular:			
Convênio: Particular	Categoria:	Matrícula:		
Médico: MARCONI RODRIGUES DE SOUZA LEITE	CRM:			
Enfermaria: Posto - A / Térreo	Leito: QTO. B LEITO 1			
Histórico: <i>doença no掰腰</i>				
Anamnese: <i>doença no掰腰</i>				
Exame médico físico: <i>desconforto de asma e dor.</i>				
Diagnóstico: <i>Fraqueza no掰腰</i>				
CID: _____ Hipótese diagnóstica: _____				
Tratamento: <i>Tratamento Ortopédico</i>				
Data da alta: _____ / _____ / _____ Motivo: _____				

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO

Eu, a Dorvalina de Maciel Teixeira, pelo presente termo, autorizo aos médicos da CASA DE SAÚDE E MAT. N. SRA. PERPÉTUO SOCORRO a procederem no paciente acima referido tudo que acharem necessário para o tratamento do mesmo (cirurgias, exames, transfusões, etc.) dando aos mesmos plenos direitos para o tratamento indicado, conforme necessários e em observação às normas do decorrente de despesas não autorizadas pelos convênios, mas necessárias ao tratamento do paciente. Com este nosocomio. Pacientes PARTICULARES será cobrada taxa administrativa de 10% sobre o valor da conta em pacientes internados


Assinatura Médico c/ Carimbo

Dorvalina de Maciel Teixeira
Assinatura / Responsável

Criado por THAIS LOPES CLARINDO em 13/10/2017 10:58





CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA

AV. SÍLVIA GOMES, 33 - HELIÓPOLIS - CEP 55.296-250 - GARANHUNS - PE - Fone: (87) 3762-2003 - Fax: (87) 3762-2002

E-mail: bnsoc.com@gmail.com

EVOLUÇÃO MÉDICA



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BON 7172117
Série A
1ª Parte
SICILIA MILITAR

Unidade Operacional	Circunstância	Data de Registro	Hora do Registro	Nº de Registro / Total de Folhas
5.022-PM	18 DESEX	12/10/2011	14:30	007/03
Descrição da Natura ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL				
Data (dd / mm / ano)	Local Principial	Autoria Conhecida	Concedente	Carapace Deloso
12/10/2011	GRANHUNS	X Autoria Desconhecida	Tentado	<input checked="" type="checkbox"/> Flagrante
Local Principial da Ocorrência				
GRANHUNS				
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	Rua SÃO MIGUEL	Número		
Complemento (Apiso, Sala, Andar)	Bairro	CEP		
Município	BOA VISTA	UF	Ponto de Referência	PRÓXIMO AO POSTO DE GASOLINA
<input type="checkbox"/> VÍTIMA	<input type="checkbox"/> IMPUTADO	<input type="checkbox"/> SUSPEITO	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	<input type="checkbox"/> OUTROS
Nome / Razão Social				
Pai	ALEF FERREIRA BEZERRA			
Mãe	OSVALDO PEREIRA DA SILVA			
Apelido / Nome Fantasia	TICIA BEZERRA ALVES			
Data de Nascimento	Idade Aparente	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil 1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amasiado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
/19/1983	4		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amasiado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	Av. VAL DE MAR JOSÉ DOS SANTOS	CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/>	Outro-Qual?	Orgão Expedidor
Bairro	CEP			Naturalidade
Dados Profissionais/Empresa	GRANHUNS	Município	UF	SÃO PAULO
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, Etc)	MB PROTEGE	Profissão	UF	Número
Bairro	AVLIONS CLN DF	UF		Complemento
Altura Aparente	1,60m - 1,65m	Peso	1. Até 20 kg 2. 21-40 kg 3. 41-60 kg 4. Acima de 60 kg	4. 21-40 kg 5. 61-100 kg 6. Acima de 100 kg
Cabelo - <input type="checkbox"/> Cor (Descrever)	Preto		1. Parda 2. Branca	3. Negra 4. Amarela
Beira (Descrever)				
Tipo de Tatouagem - Local (Descrever)				
Detalhe Físico (Descrever)				
<input type="checkbox"/> VÍTIMA	<input type="checkbox"/> IMPUTADO	<input type="checkbox"/> SUSPEITO	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	<input type="checkbox"/> OUTROS
Nome / Razão Social				
Pai	CARLOS AUGUSTO DOS SANTOS DIAS			
Mãe	CICERO DIAS DA SILVA			
Apelido / Nome Fantasia	VERONICA DOS SANTOS DIAS			
Data de Nascimento	Idade Aparente	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil 1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amasiado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
/06/1996	4		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amasiado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	Av. HERCÍLIO ANTONIO DE MELO	CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/>	Outro-Qual?	Orgão Expedidor
Bairro	CEP	Município	UF	Naturalidade
Dados Profissionais/Empresa	GRANHUNS	Profissão	UF	GRANHUNS
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, Etc)	LOJINHA POPULAR	UF		Número
Bairro	AV. AFOLINDA	Município	UF	Complemento
Altura Aparente	1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m	Peso	1. Até 20 kg 2. 21-40 kg 3. 41-60 kg	4. 41-80 kg 5. 81-100 kg 6. Acima de 100 kg
Cabelo - <input type="checkbox"/> Cor (Descrever)	Preto		1. Parda 2. Branca	3. Negra 4. Amarela
Beira (Descrever)				
Tipo de Tatouagem - Local (Descrever)				
Detalhe Físico (Descrever)				
Dentes (Descrever)				
Assinatura do responsável pelo preenchimento:				

Impresso no Parque Gráfico da Pernambuco

ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL POLÍCIA MILITAR BOLETIM DE OCORRÊNCIA									
2.ª Via				Data de Registro		Hora do Registro			
				10/10/2017		10:30:02 / 03			
						Aviso de ocorrência de fato(s)			
Unidade Operacional		Circunscrição				Número da Ocorrência e Total de Fatos			
10102010		18º DESEG				10102010 / 03			
Data (dd/mm/ano) 12/10/17		Horas (hh:mm) 12:20		<input checked="" type="checkbox"/> Autoria Conhecida <input type="checkbox"/> Autoria Desconhecida		<input type="checkbox"/> Consumado <input checked="" type="checkbox"/> Tentado		<input type="checkbox"/> Culposo <input checked="" type="checkbox"/> Deloso	
Local Principal da Ocorrência								<input type="checkbox"/> Flagrante <input checked="" type="checkbox"/> Ato Ilegal	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) Rua: SÃO MIGUEL (GARANHUNS)								Número	
Complemento (Apto, Bloco, Andar) Bairro		RUA: SÃO MIGUEL						CEP	
Município		BOA VISTA						y	
Porto de Referência									
<input type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS								<input type="checkbox"/> TURISTA <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Nome / Razão Social		NORMA TEIXEIRA MAGEL							
Pai		JOSE TEIXEIRA DE MELO							
Mae		ANTONIA TEIXEIRA MAGEL							
Apelido / Nome Fantasia				Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		Estado Civil 1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amasiado(a) 6. Separado(a) 7. Não informado			
Data de Nascimento 27/11/1944		Ano Aparente 6		1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 Anos)		4. Adulto - Juventude (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 Anos)		Escolaridade 1.1º Grau Completo 2.1º Grau Incompleto 3.2º Grau Completo 4.2º Grau Incompleto 5. Superior Incompleto 6. Superior Completo	
Dados do Envolvido		Orgão Expedidor SDS		UF PE		CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual?		Orgão Expedidor Naturalidade GARANHUNS	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, Etc.) Bairro		RUA: SÃO MIGUEL		Município				Número 1105 CASA Complemento	
Dados Profissionais (Empresa)				GARANHUNS		Profissão APOSENTADA		Telefone / Contato (DDD-Número) PE (81) 3161-0716	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, Etc.) Bairro				Município				Número Complemento	
Altura Aparente 1. Até 1,50m 2. 1,51-1,70m 3. 1,71-1,80m 4. Acima de 1,80m		Peso 1. Até 20 kg 2. 21-40 kg 3. 41-60 kg		Cor da Pele 1. Parda 2. Branca 3. Negra 4. Amarela				UF Telefone / Contato (DDD-Número) Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Cabelo / tipo / Cor (Descrever) Bala (Descrever)								Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)	
Tipo de Tatuegem / Local (Descrever)								Defeito Físico (Descrever) Dentes (Descrever)	
<input type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS								<input type="checkbox"/> TURISTA <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Nome / Razão Social		ORGIVAL BELO DE APAUJO							
Pai		ANTONIO BELO DE APAUJO							
Mae		JULIA LUCIO DE APAUJO							
Apelido / Nome Fantasia				Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		Estado Civil 1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amasiado(a) 6. Separado(a) 7. Não informado			
Data de Nascimento 27/11/1944		Ano Aparente 5		1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 Anos)		4. Adulto - Juventude (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 Anos)		Escolaridade 1.1º Grau Completo 2.1º Grau Incompleto 3.2º Grau Completo	
Dados do Envolvido		Orgão Expedidor SDS		UF PE		<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual?		Orgão Expedidor Naturalidade GARANHUNS	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, Etc.) Bairro		RUA: BABA		Município				Número 30 CASA Complemento	
Dados Profissionais (Empresa)				GARANHUNS		UF PE		Telefone / Contato (DDD-Número)	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, Etc.) Bairro				Município				Número Complemento	
Altura Aparente 1. Até 1,50m 2. 1,51-1,70m 3. 1,71-1,80m 4. Acima de 1,80m		Peso 1. Até 20 kg 2. 21-40 kg 3. 41-60 kg		Cor da Pele 1. Parda 2. Branca 3. Negra 4. Amarela				UF Telefone / Contato (DDD-Número) Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Cabelo / tipo / Cor (Descrever) Bala (Descrever)								Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)	
Tipo de Tatuegem / Local (Descrever)								Defeito Físico (Descrever) Dentes (Descrever)	
Assinatura do Interessado(s)								Assinatura do responsável pelo Preenchimento:	

Impresso no Parque Gráfico da PMPB / RJG

o PMPE/

+172/17

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Série-A
2ª Parte

P. POLICIA MILITAR

Modus Operandi / Fato	Unidade Operacional:	Circunstâncias:	Data do Registro:	Horas do Registro:	Nome da Folha / Telef. da Folha:	
	Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Aboardagem?			
	Local de Entrada?		Forma de Entrada?			
	Alterações no Local?		Forma de Evasão?			
	Crimes Sexuais?		Estafismo?			
Objeto Envolvido	Envolvido	Tipo de Objeto	Moeda / Modelo	Número de Série		
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
	Qual o motivo do registro do objeto?					
	Envolvido	Tipo de Objeto	Moeda / Modelo	Número de Série		
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido ? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Dados dos Veículos	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ant.	Renavam	
	UF	Chassi		Placa		
	Qual o motivo do registro do veículo?					Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ant.	Renavam	
	UF	Chassi		Placa		
Qual o motivo do registro do veículo?					Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<p>Ocorrência determinada da Central de Operações p/ averiguar um acidente de trânsito na Rua das Flores. Chegando ao local constatou-se que se tratava de um atropelamento informando duas pessoas / citadas no boletim 01 / 02, onde elas foram socorridas pelo SAMU e BMPE encaminhadas ao HSM, ficando um óbito SAMU, e o resto da Senhora "Norma" (embrião) 01, falecido. O possível caso cirúrgico. Ainda segundo populares, foi impulsionado, caiu de cima do automóvel e abandonou a motocicleta, fadando ao local com um suposto tiro onde viu a parte o hospital. Porem não compareceu na unidade hospitalar. A senhora morreu no boletim, sujeito a mesma circunstância fato/accidente. Suspeito imputado identificado, dados informados pela mãe a Senhora Josefa Bezerra. Ocorrência encaminhada p/ Exames Periciais: S. Solicitado R. Realizado</p>						
<p>Marcado 150986-3</p>						
<p>150986-3</p>						
<p>273.588-1</p>						
<p>CRISTIANO</p>						
<p>Assinado eletronicamente por: ALBERICO PEREIRA DE CARVALHO - 11/12/2019 15:41:32 https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121115413270400000054478495 Número do documento: 19121115413270400000054478495</p>						

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF.	NÚMERO
PE	52.784497
B	

CASA DE SAÚDE E MAT.	Medicamento ou Substância
N. SRA. DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA	Velutina
CNPJ: 10.248.589/0001-30	Quantidade e Forma Farmacêutica
Av. Simão Gomes, 33 Heilópolis - Gramanhuns-PE	02 cxs

O de 11 de 17
 Paciente: **Veronica Texeira**
 Assinatura do Enviante: **Roberto Endereço**
Márcia
 Cir. Geral

Assinatura do Enviante: CRM 5744
Lecosta

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

CARIMBO DO FOP/NECEDOR

Nome: **R. B. Lobo de Carvalho - 26**
 Endereço: **R. B. Lobo de Carvalho - 26**
 Telefone: **341205**
 Identidade: n.º **341205** Órgão Emissor: **SC**

Nome do Vendedor: **Lecosta**
 Data: **/**

Gráfica Ivorian - Rua Dr. José Mariano, 504 - CNPJ 04.883.951/0001-84

Aut. VIS/PE-Nº 21362/2016 - Número do ato: 52.778.639 e 52.798.638



FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro	Data e Hora do Atendimento	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
394019	12/10/2017 às 12:00:40		CLINICA ORTOPEDICA

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025098765 - NORMA TEIXEIRA MACIEL
 CNS: 200398174280006 Nascimento: 26/04/1944 Idade: 73 anos Sexo: Feminino Cor:

Estado Civil: Casado(a) Profissão: APOSENTADA Naturalidade: GARANHUNS Nacionalidade: Brasileiro

Documento: RG - 4319140 Filiação:
 Pai: JOSE TEIXEIRA DE MELO
 Mãe: ANTONIA TEIXEIRA MACIEL

Endereço (Av., Rua, etc): RUA SÃO MIGUEL, Nº. 1105 Complemento:

Bairro: BOA VISTA Cidade: Garanhuns UF: PE Telefone:

Acompanhante:

Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim Não

Procedência: BOA VISTA Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: 12/10/2017 Hora: 12:00 Médico: CRM: 2298

Queixa Principal:

IDADE: *Recém nascida* DATA: *08/10/2017* HORA: *12:30 min*

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim Não Episódio Emético: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não

Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo:

Colisão: Sim Não Tipo: Motorista Passageiro

Atropelamento: Sim Não Local do Impacto:

Queda de Ferimento: Sim Não Tipo: Sofreu Queda: Sim Não Altura: m

Queimadura: Sim Não Por: Transporte realizado por:

Condições de imobilização adequada: Sim Não Por que:

Exame físico:

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

B: Respiratório

C: Circulatório	PA: x mm Hg	Pulso: bpm
-----------------	-------------	------------

D: Exame Neurológico

Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora: <i>AD</i>	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:
--	--	--



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

 CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Nome:	<i>Nelson Teixeira Moreira</i>	Idade:	<i>42</i>
Situação/Queixa:	<i>Acidente, Furtivamente, politrauma</i>		
	<i>Trauma Abdominal + Sempurimais</i>		
	<i>beginal + suspeita de possuir h.i.d</i>		

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
Doenças Preexistentes: <i>HAS</i>			
Medicações em uso:			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS <i>Dipirona</i>			

PARÂMETROS

PA: <i>140</i>	P: <i>87</i>	R: <i>22</i>	T: <i>30</i>	SpO2: <i>99</i>	HGT: <i>90</i>	Peso: _____	Glasgow: _____
----------------	--------------	--------------	--------------	-----------------	----------------	-------------	----------------

RÉGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	GRAVE
------	----------	-------

 ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calmo
Agitado	Torpóroso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁXICA

INTENSA	MODERADA	LEVE
---------	----------	------

Duração da dor:

Localização:

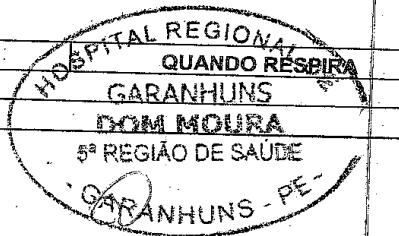
IRRADIAÇÃO DA DOR

Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdômen
---------	---------	----------	-----------	-----------------	---------

DOR PRESENTE

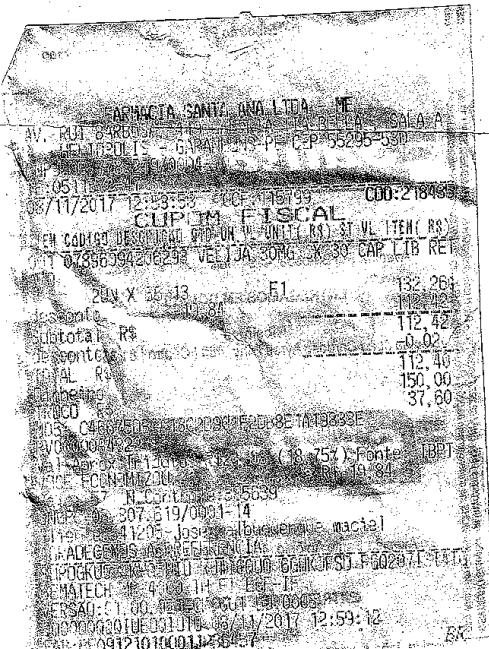
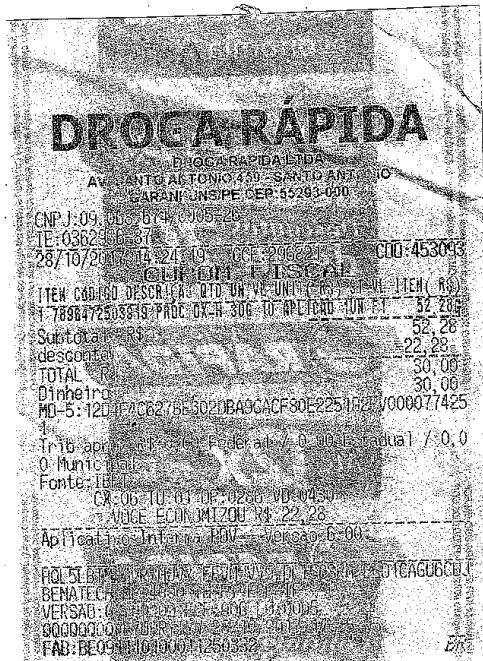
EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA
------------	--------------	----------------

 Fluxograma: *do e i i*

 Data: *12/10/2017*


Assinatura/Carimbo







Garanhuns, 01 de Dezembro de 2017.

R E C I B O

R\$ 360,00

Declaramos para os devidos fins ter recebido da Sra. Norma Teixeira Maciel, portadora do CPF: 682.466.414-68, a importância de R\$ 360,00 (Trezentos e Sessenta Reais), referente a material de órtese e prótese utilizado em procedimento cirúrgico em Outubro/2017. Ao qual dou plena e total quitação pelo presente recibo.


Jailson da Silva Batista

Supervisor de Vendas

WHITE PRODUTOS E MATERIAIS ORTOPÉDICOS LTDA.

Av. Simôa Gomes, 66, Heliópolis - Garanhuns/PE, CNPJ: 21.593.471/0001-20

E-mail: jotinoco@ig.com.br / jailson.batista3@hotmail.com

Fone: (87) 8108-0070 / 9998-3817



Assinado eletronicamente por: ALBERICO PEREIRA DE CARVALHO - 11/12/2019 15:41:33
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121115413297900000054478500>
Número do documento: 19121115413297900000054478500

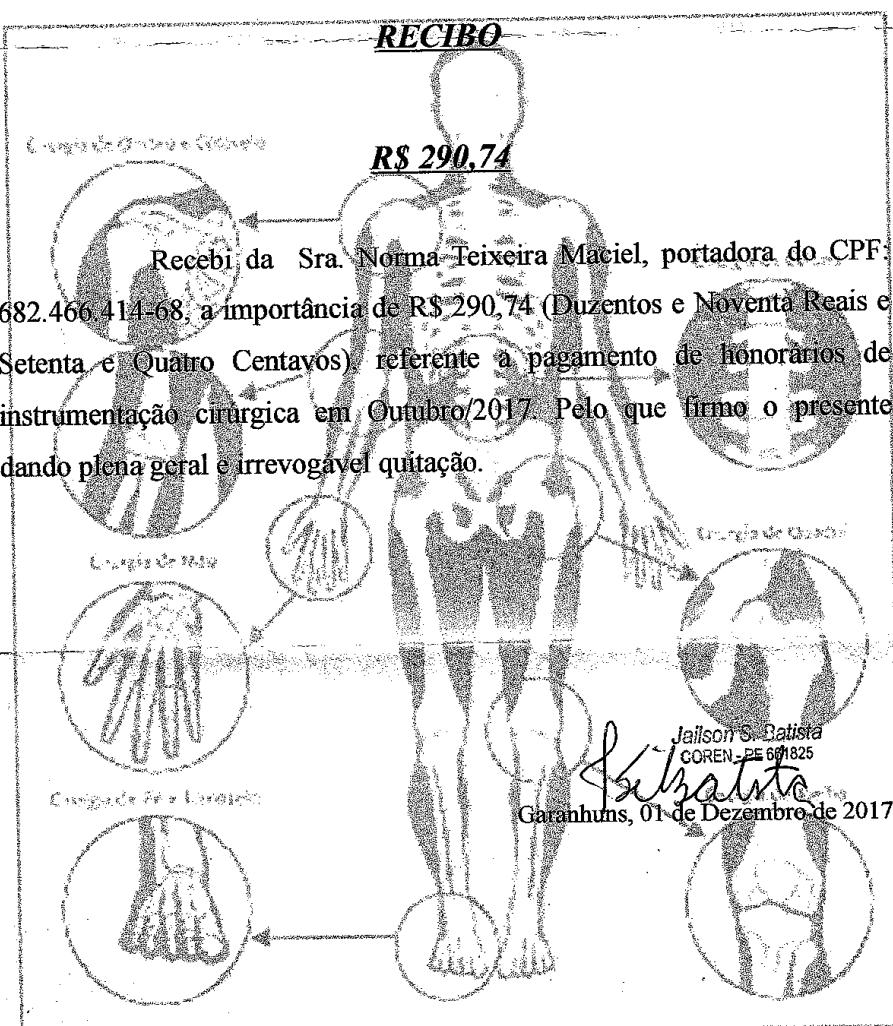
Num. 55373023 - Pág. 1

Instrumentador Cirúrgico Ortopédico

Jailson da Silva Batista

CPF: 038.692.344-23

Coren/PE 661825



Dr. Marconi Rodrigues de Souza Leite
Traumato-Ortopedia
Tel.: (87) 3762-5041
CRM: 13.010 CPF: 900.103.534-53

RECIBO

R\$ 1.200,00

Recebi da Sra. Norma Teixeira Maciel, portadora do CPF 682.466.414-68, a importância de R\$ 1.200,00 (Hum Mil e Duzentos Reais), referente a pagamento de honorários médicos de Procedimento Cirúrgico em Outubro/2017. Pelo que firmo o presente dando plena geral e irrevogável quitação.

Garanhuns, 01 de Dezembro de 2017

Dr. Marconi Rodrigues
Ortopedista e Traumatólogo
CRM: 13.010 - DT9129



Cecílio Pereira Lima
Anestesista
CPF: 009.673.244-08
CRM: 16716

RECIBO

R\$ 600,00

Recebi da Sra. Norma Teixeira Maciel, portadora do CPF 682.466.414-68, a importância de R\$ 600,00 (Seiscentos Reais), referente a pagamento de honorários médicos de anestesia em Outubro/2017. Pelo que firmo o presente dando plena geral e irrevogável quitacão.

Garanhuns, 01 de Dezembro de 2017

Dr. Cecílio Pereira Lima
Anestesista
CREMPE





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
2ª Vara Cível da Comarca de Garanhuns

AV RUI BARBOSA, 479, - até 1061 - lado ímpar, HELIÓPOLIS, GARANHUNS - PE - CEP: 55295-530 - F:(87) 37649074

Processo nº **0005249-54.2019.8.17.2640**

REQUERENTE: NORMA TEIXEIRA MACIEL

REQUERIDO: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT

DESPACHO

R. h.

Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.

À Secretaria para designação de audiência de conciliação.

Designada a audiência de conciliação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

Proceda-se a citação do Réu pelo correio (caso não tenha sido requerido de outra forma, com pelo menos 20 dias de antecedência da audiência da conciliação) e intime-se o Advogado do Autor.

Posteriormente, encaminhe-se para o CEJUSC.



GARANHUNS, 12 de dezembro de 2019

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: GLACIDELSON ANTONIO DA SILVA - 12/12/2019 11:58:41
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121211584157600000054529178>
Número do documento: 19121211584157600000054529178

Num. 55424276 - Pág. 2