

B. Vester

[illegible]



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



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 Maciel

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





**CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENI
DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA.**

Av. Simão Gomes, 33 - Fone: (87) 3762.2002 - Fax: (87) 3762.200
CNPJ: 10.248.599/0001-30 - Heliópolis - CEP 55296-250 - Garanhur
e-mail: hpsocorro@hotmail.com

*Norma técnica
solicito*

20 sessões de

Fisioterapia


em reabilitação

do fratura

no tornozelo

Dr. Marlon Rodrigues
Ortopedista Traumatologia
CRM 13010-75018



 PREFEITURA MUNICIPAL DE GARANHUNS SECRETARIA DE FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e	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 CONGÊNERES.

ITEM	DESCRIÇÃO	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	Alíquota (%) 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



Fatura Individual de Internação

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

Informações do Paciente

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

Informações do Convênio

Convênio Particular **Categoria** **Matricula** **Validade** **Autorização** **Senha**

Informações do Atendimento

Nº de atendimento 200157 **Carater** Urgência/Emergência **Tipo de Internação** Cirúrgica **Regime de Internação** Hospitalar **Data de Entrada** 13/10/2017
Data de Saída **Motivo Saída** **Duração** 4 dias(s) **Setor/Acomodação/Leito** 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 MONIT. 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	DIARIA 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.UNIS/S	47,27	1,00	R\$ 47,27
70019835	ALGODAO HIDROFILO 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 1,375MT	51,75	1,00	R\$ 51,75
0000249448	ELETRODO 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 CIRURGICA ESTERIL LATEX S/PO NR.8,0-MAXITEX PF(PAR)	3,15	2,00	R\$ 6,30
0000247638	LUVA CIRURGICA 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



Assinado eletronicamente por: ALBERICO PEREIRA DE CARVALHO - 11/12/2019 15:41:32

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121115413257500000054478488>

Número do documento: 19121115413257500000054478488

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

Medicamentos

Posto - B

Código	Procedimento	Valor Unitário	Qtd.	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\$ 3,99
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

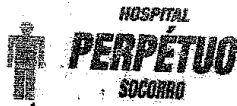
Bloco Cirúrgico

Código	Procedimento	Valor Unitário	Qtd.	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	Qtd.	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





CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE DE NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA.
AV. SIMÃO GOMES, 33, HELIÓPOLIS - GARANHUNS - PE, CEP 55296-250
CNPJ: 10.248.599/0001-30, FONE: (87) 3762-2002 - FAX: (87) 3762-2003

FICHA DE INTERNAÇÃO

Número do Registro 200157	Data e Hora do Atendimento 13/10/2017 10:57	CNS 200398174280006	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	Nº: 1105	Complemento:		
Bairro: BOA VISTA	Cidade: GARANHUNS	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: *Forção no tornozelo e*

Anamnese: *dor no tornozelo*

Exame médico físico: *Aumento de volume + dor.*

Diagnóstico: *Fratura no tornozelo e*

CID: _____ Hipótese diagnóstica: _____

Tratamento: *Tratamento Ortopédico*

Data da alta: ____/____/____ Motivo: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Eu, *Donalmeia M. Maciel de Vasconcelos*, pelo presente termo, autorizo aos médicos da CASA DE SAÚDE E MAT. N. SRA. PERPÉTUO SOCORRO a procederem no paciente acima relacionado, tudo que acharem necessário para o tratamento do mesmo (cirurgias, exames, transfusões, etc.) dando aos mesmos, plenos direitos para o tratamento indicado, conforme necessário e em observação às normas do decorrente de despesas não autorizadas pelos convênios, mas necessárias ao tratamento do paciente. Com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) NÃO TERÃO QUE FAZER NENHUMA COMPLEMENTAÇÃO nos procedimentos realizados neste nosocômico. Pacientes PARTICULARES será cobrada taxa administrativa de 10% sobre o valor da conta em pacientes internados.

[Assinatura]
Assinatura Médico c/ Carimbo

[Assinatura]
Assinatura / Responsável

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





EVOLUÇÃO MÉDICA





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

180 N°

7172117

Série-A
1ª Parte

Unidade Operacional _____ **Circunscrição** _____ **Data de Registro** 12/10/2013 **Nº de Registro** 14.02.01/03 **Nº de Inscrição / Tít. de Faltas** _____

Delegacia de Natureza _____ **Assistente** _____ **Assessor** _____ **Assessor** _____

Transcrição de Registro (Fato) **ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL**

Data (dd / mm / aaaa) 12/10/2013 **Hora (hh:mm)** 12:20 **Autoria Conhecida** ☒ **Autoria Desconhecida** ☐ **Concomitante** ☐ **Culposa** ☐ **Delosa** ☐ **Plágio** ☐ **Alto Infracional** ☐

Comunicação do Fato **GABANHUNS** **Local Principal da Ocorrência** **GABANHUNS** **Número** _____ **CEP** _____

Complemento (Apto, Sala, Andar) **RUA SÃO MIGUEL** **Bairro** **BOA VISTA** **UF** **PE** **Ponto de Referência** **PRÓXIMO AO POSTO DE GASOLINA**

☐ **VÍTIMA** ☒ **IMPUTADO** ☐ **SUSPEITO** ☐ **TESTEMUNHA** ☐ **OUTROS** ☐ **TURISTA** ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Nome / Razão Social **ALFÉ FERREIRA BEZERRA** **Sexo** ☒ **M** ☐ **F** **Estado Civil** **1. Solteiro(a)** **2. Casado(a)** **3. Viúvo(a)** **4. Divorciado(a)** **5. Amasiado(a)** **6. Separado(a)** **7. Não Informado**

País **OSVALDO PEREIRA DA SILVA** **Idade** **11** **1. Menor de 12 anos** **2. Criança (1-12 anos)** **3. Adolescente (13-17 anos)** **4. Adulto - Jovem (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 Completo** **6. Superior Incompleto** **7. Analfabeto**

Assinatura **JOSEFA BEZERRA ALVES** **Órgão Expedidor** **UF** **PE** **CNPJ** **Outro-Cód?** **Órgão Expedidor** **Naturalidade** **SÃO PAULO**

Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc) **RUA VALDEMAR JOSÉ DOS SANTOS** **Bairro** **CEP** **Município** **GABANHUNS** **Profissão** **VENDEDO**

Dados Profissionais/Empresas **PROTEGE** **AVILIONS CLUB** **Número** **669** **Complemento** **CASA** **Telefone / Contato (DDD-Número)** **DE** **(81) 98131-2028**

Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc) **AV. PROTÉG** **Bairro** **CEP** **Município** **GABANHUNS** **Profissão** **VENDEDO**

Altura (mm) **1,70m** **1. 1,50m** **2. 1,60m** **3. 1,70m** **4. 1,80m** **5. 1,90m** **6. 2,00m** **7. 2,10m** **8. 2,20m** **9. 2,30m** **10. 2,40m** **11. 2,50m** **12. 2,60m** **13. 2,70m** **14. 2,80m** **15. 2,90m** **16. 3,00m** **17. 3,10m** **18. 3,20m** **19. 3,30m** **20. 3,40m** **21. 3,50m** **22. 3,60m** **23. 3,70m** **24. 3,80m** **25. 3,90m** **26. 4,00m** **27. 4,10m** **28. 4,20m** **29. 4,30m** **30. 4,40m** **31. 4,50m** **32. 4,60m** **33. 4,70m** **34. 4,80m** **35. 4,90m** **36. 5,00m** **37. 5,10m** **38. 5,20m** **39. 5,30m** **40. 5,40m** **41. 5,50m** **42. 5,60m** **43. 5,70m** **44. 5,80m** **45. 5,90m** **46. 6,00m** **47. 6,10m** **48. 6,20m** **49. 6,30m** **50. 6,40m** **51. 6,50m** **52. 6,60m** **53. 6,70m** **54. 6,80m** **55. 6,90m** **56. 7,00m** **57. 7,10m** **58. 7,20m** **59. 7,30m** **60. 7,40m** **61. 7,50m** **62. 7,60m** **63. 7,70m** **64. 7,80m** **65. 7,90m** **66. 8,00m** **67. 8,10m** **68. 8,20m** **69. 8,30m** **70. 8,40m** **71. 8,50m** **72. 8,60m** **73. 8,70m** **74. 8,80m** **75. 8,90m** **76. 9,00m** **77. 9,10m** **78. 9,20m** **79. 9,30m** **80. 9,40m** **81. 9,50m** **82. 9,60m** **83. 9,70m** **84. 9,80m** **85. 9,90m** **86. 10,00m** **87. 10,10m** **88. 10,20m** **89. 10,30m** **90. 10,40m** **91. 10,50m** **92. 10,60m** **93. 10,70m** **94. 10,80m** **95. 10,90m** **96. 11,00m** **97. 11,10m** **98. 11,20m** **99. 11,30m** **100. 11,40m** **101. 11,50m** **102. 11,60m** **103. 11,70m** **104. 11,80m** **105. 11,90m** **106. 12,00m** **107. 12,10m** **108. 12,20m** **109. 12,30m** **110. 12,40m** **111. 12,50m** **112. 12,60m** **113. 12,70m** **114. 12,80m** **115. 12,90m** **116. 13,00m** **117. 13,10m** **118. 13,20m** **119. 13,30m** **120. 13,40m** **121. 13,50m** **122. 13,60m** **123. 13,70m** **124. 13,80m** **125. 13,90m** **126. 14,00m** **127. 14,10m** **128. 14,20m** **129. 14,30m** **130. 14,40m** **131. 14,50m** **132. 14,60m** **133. 14,70m** **134. 14,80m** **135. 14,90m** **136. 15,00m** **137. 15,10m** **138. 15,20m** **139. 15,30m** **140. 15,40m** **141. 15,50m** **142. 15,60m** **143. 15,70m** **144. 15,80m** **145. 15,90m** **146. 16,00m** **147. 16,10m** **148. 16,20m** **149. 16,30m** **150. 16,40m** **151. 16,50m** **152. 16,60m** **153. 16,70m** **154. 16,80m** **155. 16,90m** **156. 17,00m** **157. 17,10m** **158. 17,20m** **159. 17,30m** **160. 17,40m** **161. 17,50m** **162. 17,60m** **163. 17,70m** **164. 17,80m** **165. 17,90m** **166. 18,00m** **167. 18,10m** **168. 18,20m** **169. 18,30m** **170. 18,40m**

Impresso no Parque Gráfico da Pólis / 20



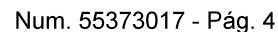
2.ä Via

JEON

7172/17

SERIE A MILITARE
1ª Parte

Impresso no Parque Gráfico da PNB



Fato	Unidade Operacional	Circunscrição	Data do Registro	Hora do Registro	Nº de Folhas / Total de Folhas
	Forma de Aproximação?	Forma de Ação da Abordagem?			
	Local de Entrada?	Forma de Entrada?			
	Alterações no Local?	Forma de Evasão?			
Modus Operandi	Crimes Sexuais?		Estimativo?		
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido?	
	Qual o motivo do registro do objeto?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Objeto Envolvido	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido?	
	Qual o motivo do registro do objeto?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
Dados do Veículo	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ass	Renavam
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido?	
	Qual o motivo do registro do veículo?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ass	Renavam
Dados Complementares	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido?	
	Qual o motivo do registro do veículo?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ass	Renavam
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido?	
<p>Cumprindo determinação da Central de Operações p/ averiguar um acidente de trânsito na R. das Ligeiras. Chegando ao local, constatou-se que se tratava de um atropelamento, informando duas pessoas citadas no boletim - 01 e 02. Onde estas foram socorridas pelo SAMU e BMPE, encaminhadas ao HBM, ficando em observação médica. Informo, por ainda, que segundo o médico responsável pelo caso cirurgião, ainda segundo populares e impulsionado do local com um suposto furto, onde ninguém para o testemunho anexada, no boletim, segundo a mesma presença pela mãe a Senhora Jexia Bezerra. Presença encaminhada p/ Exames Periciais: S. Solicitada R. Realizado. Mediadas assim cabíveis.</p>					
<p>Exames Periciais: S. Solicitada R. Realizado</p> <p>Tipo do Exame Envolvido S R Tipo do Exame Envolvido S R Tipo do Exame Envolvido S R</p> <p><input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Recabador</p>					
Responsáveis	Responsável pelo Procedimento		Interessado(a)		Responsável pela Validação
	Matrícula Nº 150986-3		Matrícula Nº 540176		Matrícula Nº 273.588-1
	Ass: Debona Ferreira		Ass:		Ass:
	Nome:		Nome:		Nome: CRISTIANO



HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
SIMOA GOMES, HELIOPOLIS, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 394019	Data e Hora do Atendimento 12/10/2017 às 12:00:40	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada 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: 12/10/17 Hora: 12:00 Médico: [Assinatura] CRM: 2288

Queixa Principal:

HDA:

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:

Local 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 ☐ Não ☒

O paciente fala: Sim ☐ Não ☒

Temp.: °C

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mm Hg

Pulso: bpm

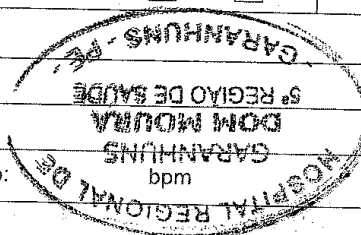
D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Verbal
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motora
Escore: Hora:





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS/PE
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO: **VERMELHO** AMARELO VERDE AZUL

Nome:	Nelson Teixeira Maciel	Idade:	43
Situação/Queixa:	Acidente, Anepelomente, Politrauma Trauma Abdominal e Somatômico e original e sistema exposto M + D		

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
Doenças Preexistentes: HAS			
Medicações em uso:			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS: Dipsiron			

PARÂMETROS

PA: 140/90	P: 87	R: 22	T:	SpO2: 99	HGT: 90	Peso:	Glasgow:
------------	-------	-------	----	----------	---------	-------	----------

RÉGUA DE DOR

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

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☐ NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calm
Agitado	Torporoso	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	Abdôme
---------	---------	----------	-----------	-----------------	--------

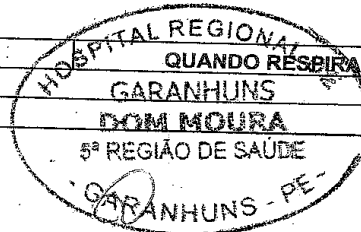
DOR PRESENTE

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

Fluxograma: Ao EIT

Data:

12/10/2017



Assinatura/Carimbo





Garanhuns, 01 de Dezembro de 2017.

RECIBO

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. Simão Gomes, 56, Heliópolis - Garanhuns/PE, CNPJ 21.593.471/0001-20

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

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



Instrumentador Cirúrgico Ortopédico

Jailson da Silva Batista

CPF: 038.692.344-23

Coren/PE 661825

RECIBO

R\$ 290,74

Recebi da Sra. Norma Teixeira Maciel, portadora do CPF: 682.466.414-68, a importância de R\$ 290,74 (Duzentos e Noventa Reais e Setenta e Quatro Centavos) referente a pagamento de honorários de instrumentação cirúrgica em Outubro/2017. Pelo que firmo o presente dando plena geral e irrevogável quitação.

Jailson S. Batista
COREN - PE 661825
Garanhuns, 01 de Dezembro de 2017



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 de Souza Leite



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 quitação.

Garanhuns, 01 de Dezembro de 2017.

Dr. Cecílio Pereira Lima

Dr. Cecílio Pereira Lima
Anestesista
CRM: 16716





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

