

REGISTRO
CARTÃO
NOME
7.146.124
DATA DE
EXPIÇÃO
03/01/2019

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

<< MACIEL JOSÉ DE MENEZES >>
FILIAÇÃO
<< JOSÉ MARCONI DE MENEZES >>
<< COSMA FLORES DE MENEZES >>

NATURALIDADE
SÃO JOAQUIM DO MONTE - PE
DATA DE NASCIMENTO
05/10/1981

COD. ORIGIN
<< CA 9.605 LA33 F122 CART. SÃO
JOAQUIM DO MONTE-PE 12.03.1985 >>
CPF
098.895.504-07

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83
F-64 64.615 - 4373

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

09R-47

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E VALORES BÍO

CARTERA DE IDENTIDADE

ma Cul gar de menezes



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Marcel José de Menezes,
brasileiro(a), estado civil solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 028.895.504-07 e portador da cédula de identidade
nº 7246424 residente e domiciliado(a) na
Rua República, Campesina
nº 14 bairro de Centro
CEP 55610-000 na cidade de
São Joaquim / 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 judiciais, 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.

CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL: Pelo exercício do
mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de
honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e
qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da
parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto,
desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se,
ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais
disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios
celebrado em instrumento próprio.

Recife, 02 de 04 de 2020

Marcel José de Menezes
Outorgante





PREFEITURA DE
SÃO JOAQUIM DO MONTE
NOVO, RUMO NOVA CIDADE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA/SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Data 09 / 12 / 18 Hora 14:30 Registro 390.901

Nome Marcel José de Menezes

Data de Nascimento 05/10/81 Idade 37 anos Sexo M

Endereço/Procedência R. São Bento da cidade

Naturalidade S. J. do Monte Profissão Agricultor

Responsável _____ Identidade SID

Peso _____ PA _____ Temp _____ Pulso _____ FC _____ FR _____ HGT _____

Queixa Principal Diarréia de mto + hemorragia em

Dados Clínicos nauxia esquerda

Hipótese Diagnóstica hemorragia

Exames Solicitados _____

Tratamento Proposto _____

Exames Físicos _____

Evolução/Prescrição _____

Curativo

Volante 01 Amp. Im. 462

Diagnóstico (Inicial) _____

Diagnóstico Definitivo _____

DESTINO DO PACIENTE

Alta p/ observação ☐

Liberação p/ Residência com medicação aplicada ☐

Alta p/ residência c/ medicação prescrita ☐

Transferência p/ outra cidade ☐

Pedido ☐

Óbito ☐

Referido para _____

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

São Joaquim do Monte - CNPJ: 10.122.561/0001-43

Handwritten signature and date: 15/12/18





150
80

BOLETIM DE OCORRÊNCIA/SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Data 09 / 12 / 18 Hora 14:30 Registro 390.901

Nome Maril José de Meneses

Data de Nascimento 05/10/81 Idade 37 anos Sexo m

Endereço/Procedência R. São Bento da creche

Naturalidade S. J. do Monte Profissão Agricultor

Responsável Idade 519

Peso PA Temp Pulso FC FR HGT

Queixa Principal Dor de mto + desconforto em

Dados Clínicos dor na esquerda

Hipótese Diagnóstica Isquemia

Exames Solicitados

Tratamento Proposto

Exames Físicos

Evolução / Prescrição

Anticoagulante

Volante Olamp, Imi, A6P, 14 15

Diagnóstico Inicial

Diagnóstico Definitivo

DESTINO DO PACIENTE

Alto por observação ☐ Liberação p/ Residência com medicação aplicada ☐

Alto p/ residência c/ medicação prescrita ☐ Transferência p/ outra cidade ☐

Pedido ☐ Óbito ☐

Referido para

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

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

Guilherme
15.20



DATA: 10 112 120 13

Endereço:

Prontuário: _____

Situação Clínica

Motorista:

Unidade de Referência:

Senha da Central de Regulação:

Dr. José Alvarado Nieto
CREMEPE: 4080

Av. Estácio Coimbra, Nº 45 - CEP: 55670-000 - São Joaquim do Monte - Pernambuco - Brasil
Fone: (81) 3753.1118 - Fax: (81) 3753. 156 - E-mail: psjmonte@uol.com.br





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: MACIEL JOSE DE MENEZES
Data Nasc.: 05/10/1981 Idade: 37 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 706508364392890
Endereço: RUA ANTONIO BENICIU VAZ CAVALCANTE Nº: 94
Bairro: CRECHE Cidade: SAO JOAQUIM DO MONTE Estado: PE
CEP: 55670000 Fone: 996056744 Profissão: AGRICULTOR
Nome da Mãe: COSMA FLORIPES DE MENEZES
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 04/20/2018 Médico: MARIO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Queda de moto e fratura do
funho (E) com dor + inchaço na base

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

Fratura do Radio distal (E)

Tela a ser fixada

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

Dr. Leonardo Canêla
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13783 - RBO 11154





Num. 61142731 - Pág. 5

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

10/12/2018 10:36

Nome Paciente: MACIEL JOSE DE MENEZES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/10/1981
Sexo: Masculino
Idade: 37
Senha: U0009
Convênio:
Atendimento:

10/12/2018 10:36 - KARINA ALBUQUERQUE NEGROMONTE - COREN: SE/NÚ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

POUCO URGENTE

VERDE

Cor:

Queixa Principal:

PCTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM FRATURA DE TERÇO DISTAL DO ANTEBRACO
ESQUERDO SENHA 5573632

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - EDEMA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA





ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADES HOSPITALARES

DATA: 10/12/2018

Nome: Marcel José de Menezes

Endereço: _____

Data de Nascimento: / /

Prontuário: _____

Situação Clínica

paciente vítima de acidente de trânsito
fratura do 1º distal do antebraço

Hipótese Diagnóstica: Fratura Radio (E)

Motorista: _____

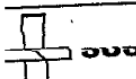
Unidade de Referência: 14.12-A - Inferência

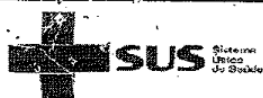
Senha da Central de Regulação: 5573632

Dr. José Abrantes Neto
CREMEDEO 4080
Dr. José Abrantes Neto

Av. Estácio Coimbra, Nº 45 - CEP: 55670-000 - São Joaquim do Monte - Pernambuco - Brasil
Fone: (81) 3753.1118 - Fax: (81) 3753.156 - E-mail: psjmonte@uol.com.br



 Sistema de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HRA	
2 - CNES 2427419	
4 - CNES 	
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE Macedo José de Menezes	
6 - Nº DO PRONTUÁRIO 330369	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 7061016366392890	
8 - DATA DE NASCIMENTO 05/10/81	
9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	
10 - RAÇA/COR 	
11 - NOME DA MÃE Costa Flávia de Menezes	
12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 8390605674	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL 	
14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R. Ant. Bonifácio Calabanti, 94 B. Quebra	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA João Pessoa	
17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 55671000	
18 - UF PB	
19 - CEP 55671000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Queda com trauma no punho direito com dor + edema no local	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Lesão no punho	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Radiografia de punho direito	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL fx no punho direito	
24 - CID 10 PRINCIPAL 	
25 - CID 10 SECUNDÁRIO 	
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Ortopedia	
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 	
29 - CLÍNICA 	
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Urgência	
31 - DOCUMENTO () CNS () CPF 	
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. José de Menezes	
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 10/12/18	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	
39 - CNPJ DA SEGURADORA 	
40 - Nº DO BILHETE 	
41 - SÉRIE 	
42 - CNPJ EMPRESA 	
43 - CNAE DA EMPRESA 	
44 - CBOR 	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 	
47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR 	
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF 	
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 	
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 	



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente MACIEL JOSE DE MENEZES	6 - Número. do Prontuário 122861			
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 706508364392890	8 - Data Nascimento 05/10/1981	9 - Sexo MASCULINO 1	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe COSMA FLORIPES DE MENEZES	12 - Telefone de Contato 81.95409343			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA 03, 94 () - CREHE				
16 - Município de residência SAO JOAQUIM DO MONTE	17 - Cod. IBGE município 2613305	18 - UF PE	19 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos
Queda de moto com trauma no punho
e edema há 1 dia.

21 - Condições que justificam a internação
AC + EF

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)
RX

23 - Diagnóstico inicial Fratura distal do rádio (E)	24 - CID 10 Principal 5525	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas 04.08.02.040.7
---	-------------------------------	------------------	---

27 - Descrição do Procedimento Solicitado
Internamento

29 - Clínica Ortopedia	30 - Caráter de Internação	31 - Documento () CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante 089.141.954-30
---------------------------	----------------------------	-----------------------------------	---

33 - Nome do Profissional Solicitante Lúcia Valéria	34 - Data da solicitação 11/10/18	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho) CREMEPE: 5279
--	--------------------------------------	--

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	
38 - () Acidente de Trabalho trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado Não segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar Prefeitura Municipal de Bezerros Secretaria de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 261810761567-3
48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho) Prefeitura Municipal de Bezerros Secretaria Municipal de Saúde Dr. Mauricio Cabral da Silva CRM: 23.402	

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 15/10/18
Hospital Jesus Pequeno

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 27/04/2020 20:38:46
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042720384666100000060071402
Número do documento: 20042720384666100000060071402



HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Atendimento:	525467	Data:	11/12/2018	Hora:	19:09	Recepc.:	MARIA DE LOURDES SILVA		
Convênio:	SES - ORTOPEDIA					Matrícula:	706508364392890		
Responsável:						Identidade:			
Médico:	DRA. CINTIA VALERIA DA SILVA					Cartão SUS:	706508364392890		
Paciente:	122861	MACIEL JOSE DE MENEZES				Sexo:	MASCULINO	Cor:	MORENO
Nascimento:	05/10/1981	- 37 Anos e 2 Meses				Est. Civil:			
Endereço:	RUA 03, 94					C.P.F.	09889550407		
Bairro:	CREHE					Identidade:			
IBGE/Cidade:	2613305	SAO JOAQUIM DO MONTE	CEP:			Telefone:	81.95409343		
Pai:	JOSE MARCONE DE MENEZES		UF:	PE		G.Instrução:			
Mãe:	COSMA FLORIPES DE MENEZES					Ocupação:			
Nacionalidade:	BRASIL					Naturalidade:			
Obs.:	SENHA ORTOPEDIA 517563								

Queixa do Paciente:

*Queixa de dor com trauma no
punho esquerdo, associado com dor e inchaço
na mão.*

H.D.A.:

Exame Físico:

EGP.

H.D.:

Exatidão dos dados físicos

Tratamento:

Procedimento Cirúrgico

Bezerros, 11 de dezembro de 2018

Cintia Valéria
Médica
CRM-PE 20681

Assinatura e Carimbo do Médico

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 13/10/19
Hospital Jesus Pequeno

José Lourenço dos Santos
Assistente Social
CRESS 10150



FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Recepç.: MARIA DE LOURDES SILVA
Matrícula: 706508364392890
Identidade:
Cartão SUS: 706508364392890

Sexo: MASCULINO Cor: MORENO
Est. Civil:
C.P.F. 09889550407
Identidade:
Telefone: 81.95409343
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Recepcionista: _____

Motivo Alta: () Curado () Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 horas:
() Assinou o termo

ta Hospitalar

Data: 14/12/2018

Médico: _____

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM: 21025

Assinatura / CRM _____

Transferência Hospitalar Data: ____/____/____

Médico: _____

Assinatura / CRM

Óbito Data: ____/____/____

Médico: _____

Assinatura / CRM

[illegible]

Original Bezerros PE 1510119
Hospital Jesus Pequeno



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 27/04/2020 20:38:46
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042720384666100000060071402>
 Número do documento: 20042720384666100000060071402

Hospital Regional
JESUS PEQUENO
EVOLUÇÃO MÉDICA

MACIEL JOSE DE MENEZES

11/12/2018: PACIENTE COM FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO + FERIMENTO EM MÃO ESQUERDA. AGUARDANDO CIRURGIA. MEDICADO.

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM: 21025

12/12/2018: PACIENTE EVOLUINDO BEM. MEDICADO.

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM: 21025

13/12/2018: OPERADO: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO + DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM MÃO ESQUERDA + NEUROLISE DO MEDIANO + TENOLISE DOS EXTENSORES.

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM: 21025

14/12/2018: PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR.

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM: 21025

Conferido Com Documento

Original Bezerros PE 15/10/19

Hospital Jesus Pequeno


Jose Lourenço dos Santos
Assistente Social
CRESS 10150



RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE MACIEL JOSÉ DE MENEZES	NÚMERO DO REGISTRO 122861
CLÍNICA ORTOPÉDICA	
CIRURGIÃO JOSÉ FELIPE GUEDES	ANESTESISTA DR ADERLANDRO
ANESTESIA BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL	
DATA DA OPERAÇÃO 13/12/2018	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO + FERIMENTO EM MÃO ESQUERDA	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO + FERIMENTO EM MÃO ESQUERDA	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO + NEUROLISE DO MEDIANO + TENOLISE DOS FLEXORES + DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM MÃO ESQUERDA	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA + ANTISEPSIA + APOSICAO DE CAMPOS ESTÉREIS 3. DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM MAO ESQUERDA 4. INCISAO VOLAR PARA ACESSO AO RADIO DISTAL 5. DIVULSAO POR PLANOS 6. NEUROLISE DO MEDIANO 7. TENOLISE DOS FLEXORES 8. REDUCAO DE FRATURA 9. FIXACAO COM PLACA E PARAFUSOS 10. LAVAGEM COM SF0,9% 11. SUTURA POR PLANOS 12. CURATIVO	

Conferido Com Documento
 Assinatura: PE 13/12/18
 Hospital Regional Jesus Pequeno

José Lourivaldo dos Santos
 Assistente Social
 CRESS 10150



FICHA DE ANESTESIA

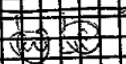
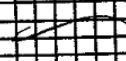
Nº _____

Data: 13/02/8

NB 13 1219

Anestesia: _____
Nome: Marcel José de Souza Nº do Registro _____ Nº. na Clínica: _____
Clínica: _____ Quarto: _____ Leito: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Cor: _____
Operador: Dr. Felipe Assist.: _____ Anestesista: J. J. J.
Diag. Preop.: fobias de vida diária Diag. Posop.: 0
Op. Proposta: _____ Op. Realizada: _____
Premedicação: _____ Hora: _____ Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco 1 - 2 - 3 - 4

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

		15			30			45			15			30			45			15			30		
AGENTES	N2O																								
	O2																								
Líquidos venosos																									
PA	°C	240																							
V		38	220																						
PULSO		36	200																						
		34	180																						
ANES		32	160																						
x		30	140																						
OP			120																						
O			100																						
TEMP.			80																						
A			60																						
ASPIR.			40																						
A			20																						
RESP.																									
O																									
	Export																								
	Assist.																								
	Contro.																								
SÍMBOLOS																									

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
Xylor Nalox Sedat Vet Vet		Alguns intervalos + 2ml de fobias bom	3
F.			
G.			
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/OTROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA	
TEMP.		Tempo de Anestesia	
OPERAÇÃO:			Laríngo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "BUCKING" - Vômito
ANESTESISTA:	Dr. André Adalberto F. Oliveira Médico CREMEPE - 16989	CIRURGIÃO:	Hemorragia Arritmia Bradi - Taquicardia - Choque
		Dr. Felipe Guedes Anestesiologista	PERDA SANGÜÍNEA:





HOSPITAL
JESUS PEQUENININO

CATEGORIA: P: 420566

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Mauro José de Menezes Registro Nº: 122861
Aptº: _____ Enfermaria: _____ Data: 13 / 12 / 18
Cirurgia: Trat Radio Duto (E) Cirurgião: Dr. Felipe
Anestesia: Bloqueio Anestesista: Dr. Adelarino
Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Nalorfin			
Aminofilina				Narcan			
Água Destilada	<u>1 + 02</u>	<u>Amp.</u>		Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil			
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemietina			
Cedilanide				Quelicin			
Decadron	<u>01</u>	<u>Amp.</u>		Rifocina 150			
Dormonid				Rifocina 500			
Diazepan				Rocefin I. M.			
Dolantina				Rocefin I. V.			
Etrane				Revivan			
Efortil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Flaxedil				Styptanon			
Fentanil	<u>01</u>	<u>Amp.</u>		Solu-Cortef			
Fibrase				Sulfato Magnésio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Furacin Sol				Soro Fisiológico	<u>500</u>	<u>ml</u>	
Furacin Pomada				Thionembatal			
Gluconato Cálcio				Xylocaina Pesada			
Glicose				Xylocaina 2% s/a			
Garamicina 80				Xylocaina 2% c/a	<u>01</u>	<u>Amp.</u>	
Heparina 5.000				Xylocaina 1% s/a			
Halotano				Xylocaina Geléia			
Haemacel				Xylocaina Spray			
Inoval				<u>Diprione</u>	<u>02</u>	<u>Amp.</u>	
Keflin	<u>01</u>	<u>Amp.</u>		<u>Nausearum</u>	<u>01</u>	<u>Amp.</u>	
Ketalar				<u>Edetato</u>	<u>05</u>	<u>Unid.</u>	
Lasix							
Methergin							
Marcaína Pesada							
Marcaína s/a							
Marcaína c/a	<u>01</u>	<u>Amp.</u>					

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 15 1101 9

Hospital Jesus Pequeninino

Assistente Social
CRESS 10150

Jessica C. S. Santos
Téc. Enfermagem
COREN-PE 150.605



NOME: Marcos Jore de Moraes

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura do pulso (E) CID-10: S52.5, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 13, 12, 18. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, 10, 01, 19.

Dr. Fátima de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-29.155





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 097ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOAQUIM DO MONTE -
DP97ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0187000393**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/05/2019** às **11:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **9/12/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 112, 0001** - Bairro: **CENTRO - SÃO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ENTRADA PARA O SÍTIO MUXITO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
GENIVALDO JOSÉ DA SILVA (OUTRO)
MACIEL JOSÉ DE MENEZES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GENIVALDO JOSÉ DA SILVA

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

MACIEL JOSÉ DE MENEZES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **COSMA FLORIPES DE MENEZES** Pai: **JOSÉ MARCONE DE MENEZES** Data de Nascimento: **5/10/1981** Naturalidade: **SÃO JOAQUIM DO MONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7146124/SDS/PE (RG), 09889550407 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81998509783**

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

GENIVALDO JOSÉ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA ADOLFO TIBURCIO, 33 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SÃO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GENIVALDO JOSÉ DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GENIVALDO JOSÉ DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIK0388** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **546310451** Chassi: **9C2JC4110DR731680**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **GASOLINA**



SINISTRO 3200106652 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MACIEL JOSE DE MENEZES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Recife-PE

BENEFICIÁRIO MACIEL JOSE DE MENEZES**CPF/CNPJ:** 09889550407**Posição em 09-04-2020 14:28:51**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/04/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Maíel José de Menezes,
brasileiro(a), estado civil solteiro,
profissão agricultor Inscrito no CPF/MF sob o
nº 028 895 504 07, e portador da cédula de
identidade nº 7 146 124, residente e
domiciliado(a) rua Pipituna, Composto
nº 14, bairro Centro,
CEP 55670-000 na cidade de
São Joaquim / 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, 09 de 04, de 2020.

NOME: maíel José de menezes





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: 202001103707506

Escritório: SÃO JOAQUIM DO MONTE

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

MARIA MARGARIDA DA SILVA
R PREFEITURA, COMPEA 0014 - CENTRO SAO JOAQUIM DO MONTE PE 55670-000
INSCRIÇÃO: 133.810.232.0005.320

MATRÍCULA:

10370750.6

01/2020-4

GRUPO: 12

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 10370750.6

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
HIDRÔMETRO A12F003557	DATA LEIT. ANTERIOR 07/01/2020	DATA LEIT. ATUAL 06/02/2020			TIPO DE CONSUMO(A/E) REAL /
ÁGUA LEIT. ANT.: 410 LEIT. ATUAL: 425 LEIT. FAT.: 425	CONSUMO: 15	ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:			VOLUME: 0
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
12/2019 19/	A E	PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
11/2019 8/	A E	TURBIDEZ			
10/2019 8/	A E	COR APARENTE			
09/2019 8/	A E	CLORO RESIDUAL			
08/2019 8/	A E	COLIFORMES TOTAIS			
07/2019 7/	A E	E. Coli			
MÉDIA 9/ 0	A E	OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 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

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

ATE 10 M3 - R\$ 44,08 (POR UNIDADE)

11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3

MULTA P/IMPUNTUALIDADE 12/2019

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

10 M3 44,08

5 M3 25,25

1,79

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	69,33	1,65	1,14
COFINS	69,33	7,60	5,27

VENCIMENTO: 20/02/2020

TOTAL A PAGAR: 71,12

IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 71.12. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA- TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE AGUA.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 27/04/2020



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185



0800-2813844

MATRÍCULA:

10370750.6

01/2020-4

VENCIMENTO: 20/02/2020

TOTAL A PAGAR: 71,12

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPEA

82870000000-4 71120018133-5 10370750601-9 01202040003-2



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

