

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106734

Vítima: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Data do Acidente: 10/10/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora**.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Informamos que o reembolso de despesas médicas e suplementares é avaliado conforme critérios de análise praticados pelo mercado e tendo como limite mínimo os valores constantes na Tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo assim ser ou não reembolsado em sua totalidade, observando-se o limite da cobertura.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106734

Vítima: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Data do Acidente: 10/10/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Para que haja cobertura pelo Seguro DPVAT, é necessário que se comprove que o dano pessoal decorreu de acidente de trânsito causado por veículo automotor de via terrestre, ou por sua carga. Foi verificado que o veículo automotor não foi o efetivo causador dos danos pessoais, razão pela qual o seu pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

858 738 294-20 Josimere Bernoldino Marques

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

CPF:

Nº:

Estado:

CEP:

Complemento:

CEP:

Tel/DDP:

81 3410 3448

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECLUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4752

CONTA: 00005060

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



Local e Data: Juazeiro 22.11.2019

Nome: _____

CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90º CIRC
DINTER1/14º DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0180003162**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/11/2019** às **19:11**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 10/10/2019 às 12:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 01, RUA BARAO DE ITAMARACA, S/N, INDIANOPOLIS, CARUARU-PE** - Bairro: **INDIANOPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** -
Ponto de Referência: **POR TRAS DO MERCADO SANTA TEREZINHA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EZEQUIEL BRITO (OUTRO)
BRENO ANDRESSON SILVA BRITO (OUTRO)
JOSIMERE BERNARDINO MARQUES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): EZEQUIEL BRITO

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

JOSIMERE BERNARDINO MARQUES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ADELIA BERNARDINA MARQUES** Pai: **JOSE BERNARDINO MARQUES** Data de Nascimento: **15/10/1973** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5422526/SDS/PE (RG), 85873829420 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: - 81994103448

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, , RUA BARAO DE ITAMARACA, 284, 1º ANDAR, INDIANOPOLIS, CARUARU-PE - CEP: - Bairro: - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRAS DO MERCADO SANTA TEREZINHA**

EZEQUIEL BRITO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO BRITO** Data de Nascimento: **16/4/1948** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1100264/SSP/PE (RG), 02971666468 (CPF), 02838223844 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: - 81988356235

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, , RUA BARAO DE ITAMARACA, 284, 1º ANDAR, INDIANOPOLIS, CARUARU-PE - CEP: - Bairro: - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRAS DO MERCADO SANTA TEREZINHA**

BRENO ANDRESSON SILVA BRITO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Pai: **EZEQUIEL BRITO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **BRENO ANDRESSON SILVA BRITO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EZEQUIEL BRITO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PCW6216** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **119702302** Chassi: **9C6RG3810H0003687**

Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **YAMAHA / YS150 FAZER SED**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE TRANSITAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA CONDUZIDA POR SEU ESPOSO, PELA RUA BARAO DE ITAMARACA, BAIRRO INDIANOPOLIS, NESTA CIDADE, QUANDO AO CHEGAREM EM FRENTE A SUA RESIDENCIA, A VITIMA FOI DESCER DA MOTOCICLETA E NAO PERCEBEU QUE O CADARCO DO SAPATO ESTAVA DESAMARRADO E PRESO NO VEICULO. QUE DEVIDO AO CADARCO ESTAR PRESO NA MOTOCICLETA QUANDO A VITIMA FOI DESCER DO REFERIDO VEICULO PERDEU O EQUILIBRIO E CAIU NO CHAO. QUE DEVIDO AO ACIDENTE, A VITIMA QUEBROU O PULSO DIREITO. QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SEU ESPOSO E DEU ENTRADA NO HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL, NESTA CIDADE, CONFORME PRONTUARIO N°: 20279, REGISTRO N° 6995. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENCERRO O PRESENTE.

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

JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
(VITIMA)

EZEQUIEL BRITO
(OUTRO)

B.O. registrado por: **RAIMUNDO FERREIRA DE MENDONÇA** - Matrícula: **221538-1**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090^a CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90^aCIRC
DINTER1/14^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0180003290**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/11/2019** às **16:16**

Completa o BO Número: **19E0180003162**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **10/10/2019** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1, RUA BARAO DE ITAMARACA, S/N, INDIANOPOLIS, CARUARU-PE** - Bairro: **INDIANOPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** -

Ponto de Referência: **POR TRAS DO MERCADO SANTA TEREZINHA**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EZEQUIEL BRITO (OUTRO)
BRENO ANDRESSON SILVA BRITO (OUTRO)
JOSIMERE BERNARDINO MARQUES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): EZEQUIEL BRITO

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

JOSIMERE BERNARDINO MARQUES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ADELIA BERNARDINA MARQUES** Pai: **JOSE BERNARDINO MARQUES** Data de Nascimento: **15/10/1973** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5422526/SDS/PE (RG), 85873829420 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 81994103448**

EZEQUIEL BRITO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO BRITO** Data de Nascimento: **16/4/1948** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1100264/SSP/PE (RG), 02971666468 (CPF), 02838223844 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 81988356235**

BRENO ANDRESSON SILVA BRITO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Pai: **EZEQUIEL BRITO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **BRENO ANDRESSON SILVA BRITO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EZEQUIEL BRITO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PCW6216** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **119702302** Chassi: **9C6RG3810H0003687**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **YAMAHA / YS150 FAZER SED**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE TRANSITAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA CONDUZIDA POR SEU ESPOSO, PELA RUA BARAO DE ITAMARACA, BAIRRO INDIANOPOLIS, NESTA CIDADE, QUANDO AO CHEGAREM EM FRENTE A SUA RESIDENCIA, O CADARÇO DO SAPATO QUE A VÍTIMA ESTAVA USANDO, ENGANCHOU NO PEDAL DA MOTOCICLETA, O CONDUTOR PERDEU O EQUILÍBRIOS E A VITIMA CAIU NO CHÃO. QUE DEVIDO AO ACIDENTE, A VITIMA QUEBROU O PULSO DIREITO. QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SEU ESPOSO E DEU ENTRADA NO HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL, NESTA CIDADE, CONFORME PRONTUARIO Nº: 20279, REGISTRO Nº 6995. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENCERRO O PRESENTE.

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

Josimere Bernardino Marques
JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

(VITIMA)

Ezequiel Britto
EZEQUIEL BRITO

(OUTRO)

Ezequiel Britto

B.O. registrado por: **JOAO BERNARDO NETO** - Matrícula: **296958-0**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090^a CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90^aCIRC
DINTER1/14^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **19E0180003162**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/11/2019** às **19:11**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **10/10/2019** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 01, RUA BARAO DE ITAMARACA, S/N, INDIANOPOLIS, CARUARU-PE** - Bairro: **INDIANOPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **POR TRAS DO MERCADO SANTA TEREZINHA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EZEQUIEL BRITO (OUTRO)
BRENO ANDRESSON SILVA BRITO (OUTRO)
JOSIMERE BERNARDINO MARQUES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): EZEQUIEL BRITO

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

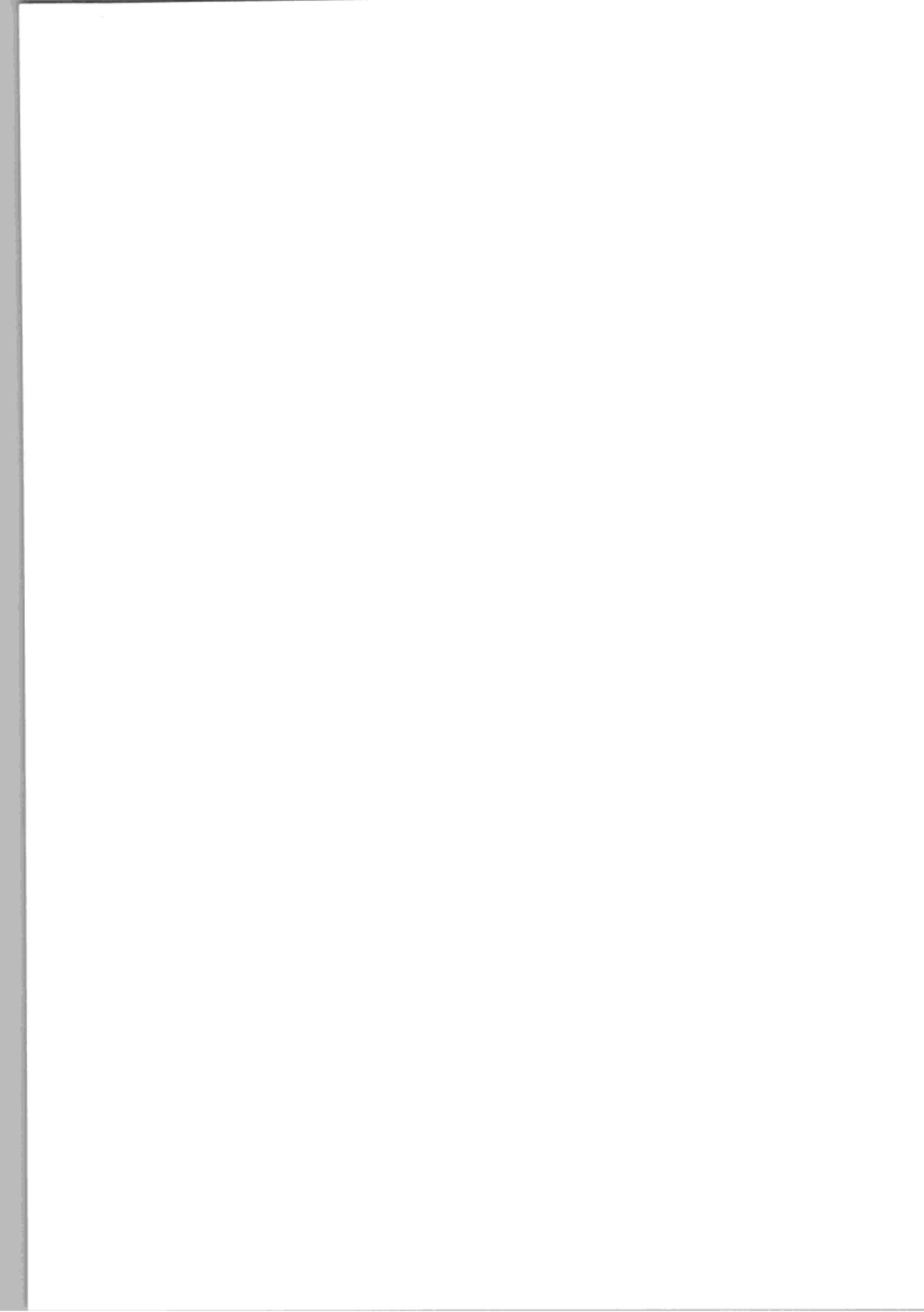
JOSIMERE BERNARDINO MARQUES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **ADELIA BERNARDINA MARQUES** Pai: **JOSE BERNARDINO MARQUES** Data de Nasimento: **15/10/1973** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5422526/SDS/PE (RG) 85873829420 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: - **81994103448**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, , RUA BARAO DE ITAMARACA, 284, 1º ANDAR, INDIANOPOLIS, CARUARU-PE - CEP: - Bairro: - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRAS DO MERCADO SANTA TEREZINHA**

EZEQUIEL BRITO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA DO CARMO BRITO** Data de Nascimento: **16/4/1948** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1100264/SSP/PE (RG) 02971666468 (CPF) 02838223844 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: - **81988356235**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, , RUA BARAO DE ITAMARACA, 284, 1º ANDAR, INDIANOPOLIS, CARUARU-PE - CEP: - Bairro: - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRAS DO MERCADO SANTA TEREZINHA**

BRENO ANDRESSON SILVA BRITO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Pai: **EZEQUIEL BRITO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**



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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **BRENO ANDRESSON SILVA BRITO**, que estava em posse
do(a) Sr(a): **EZEQUIEL BRITO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PCW6216** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **119702302** Chassi: **9C6RG3810H0003687**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **YAMAHA / Y5150 FAZER SED**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE TRANSITAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA CONDUZIDA POR SEU ESPOSO, PELA
RUA BARAO DE ITAMARACA, BAIRRO INDIANOPOLIS, NESTA CIDADE, QUANDO AO CHEGAREM EM FRENTE
SAPATO ESTAVA DESAMARRADO E PRESO NO VEICULO. QUE DEVIDO AO CADARCO DO
MOTOCICLETA QUANDO A VITIMA FOI DESCER DO REFERIDO VEICULO PERDEU O EQUILIBRIO E CAIU NO
CHAO. QUE DEVIDO AO ACIDENTE, A VITIMA QUEBROU O PULSO DIREITO. QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA
PRONTUARIO N°: 20279, REGISTRO N° 6995. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENCERRO O PRESENTE.

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

JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
(VITIMA)

EZEQUIEL BRITO
(OUTRO)

B.O. registrado por: **RAIMUNDO FERREIRA DE MENDONÇA** - Matricula: **221538-1**



 CARUARU	PREFEITURA DE CARUARU SECRETARIA DE NEGOCIOS DA FAZENDA MUNICIPAL NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e						Número da NFS-e 513			
	Data e Hora da Emissão	14/11/2019 16:55:47	Competência	14/11/2019	Código de Verificação	084401915				
Número do RPS		No. da NFS-e substituída	512	Local da Prestação	CARUARU - PE					
Dados do Prestador de Serviços										
	Razão Social/Nome	PABLO & TAMARA ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL LTDA								
	Nome Fantasia	C.O.T.								
	CNPJ/CPF	13.872.370/0001-60	Inscrição Municipal	90595880	Município	CARUARU - PE				
	Endereço e Cep	AVENIDA JOSÉ VERÍSSIMO ,186 - MAURÍCIO DE NASSAU CEP: 55014-250								
Complemento:		Telefone:	(81)3721-3957	e-mail:	cot.caruaru@gmail.com					
Dados do Tomador de Serviços										
Razão Social/Nome	JOSIMERE BERNARDINO MARQUES									
CNPJ/CPF	858.738.294-20	Inscrição Municipal		Município	CARUARU - PE					
Endereço e CEP	RUA BARAO DE ITAMARACA ,234 - INDIANÓPOLIS CEP: 55026-005									
Complemento:		Telefone:		e-mail:						
Discriminação dos Serviços										
REFERENTE A HONORÁRIO MEDICO - CIRURGIA										
CIRURGIÃO R\$1.000,00 INSTRUMENTADOR R\$230,00 ANESTESISTA R\$600,00										
Código do Serviço / Atividade										
4.03 / 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS										
Detalhamento Específico da Construção Civil										
Código da Obra						Código ART				
Tributos Federais										
	PIS		COFINS		IR(R\$)		INSS(R\$)		CSLL(R\$)	
Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços				Outras Retenções			Cálculo do ISSQN devido no Município			
Valor dos Serviços R\$	2.030,00		Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$		2.030,00			
(-) Desconto Incondicionado			1-Tributação no município		(+) Deduções permitidas em lei					
(-) Desconto Condicionado			Regime especial Tributação		(+) Desconto Incondicionado					
(-) Retenções Federais	0,00		0-Nenhum		Base de Cálculo		2.030,00			
Outras Retenções			Opção Simples Nacional		(x) Aliquota %		5,00			
(-) ISS Retido			1 - Sim		ISS a reter		() Sim (X) Não			
(=) Valor Líquido R\$	2.030,00		Incentivador Cultura		(=) Valor do ISS R\$		0,00			
2-Não										
Avisos	1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, CARUARU.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação. 3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI.									



CARUARU

PREFEITURA DE CARUARU
SECRETARIA DE NEGÓCIOS DA FAZENDA MUNICIPAL
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da
NFS-e
8487

Data e Hora da Emissão

12/11/2019 08:29:03

Competência

12/11/2019

Código de Verificação

585820635

Número do RPS

No. da NFS-e substituída

Local da Prestação

CARUARU - PE

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome: HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL LTDA.

Nome Fantasia: HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL

CNPJ/CPF: 22.721.288/0001-26 Inscrição Municipal: 90602272 Município: CARUARU - PE

Endereço e Cep: AVENIDA JOSÉ VERÍSSIMO ,752 - MAURÍCIO DE NASSAU CEP: 55014-250

Complemento: Telefone: (81)3727-7250 e-mail: jose505@zipmail.com.br

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

CNPJ/CPF: 858.738.294-20 Inscrição Municipal: Município: CARUARU - PE

Endereço e CEP: RUA BARAO DE ITAMARACA ,234 - INDIANÓPOLIS CEP: 55026-005

Complemento: Telefone: e-mail:

Discriminação dos Serviços

REFERENTE A SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES PRESTADOS:

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 166,99

Código do Serviço / Atividade

4.03 / 861010101 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra

Código ART

Tributos Federais

PIS

COFINS

IR(R\$)

INSS(R\$)

CSLL(R\$)

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços

Outras Retenções

Cálculo do ISSQN devido no Município

Valor dos Serviços R\$

1.870,00

Natureza Operação

Valor dos Serviços R\$

1.870,00

(-) Desconto Incondicionado

1-Tributação no município

(-) Deduções permitidas em lei

(-) Desconto Condicionado

Regime especial Tributação

(-) Desconto Incondicionado

(-) Retenções Federais

0,00

0-Nenhum

Base de Cálculo

1.870,00

Outras Retenções

Opção Simples Nacional

(x) Aliquota %

3,00

(-) ISS Retido

2 - Não

ISS a reter:

() Sim (X) Não

(-) Valor Líquido R\$

1.870,00

Incentivador Cultura

(-) Valor do ISS: R\$

56,10

2-Não

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.
 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, CARUARU.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

Avisos

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**TRAUMED COMERCIO LTDA. -
TRAUMED LTDA**

RUA NOSSA SENHORA DA SAUDE, 310 - CORDEIRO
50731-020 RECIFE - PE
FONE: (81) 3366-3750

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA **I**
000.045.239
SÉRIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
2619 1004 6961 0500 0188 5500 1000 0452 3912 0232 2771

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO
5102-VENDA PRODUTOS NO ESTADO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
126190059688537 14/10/2019 15:45:25

INSCRIÇÃO ESTADUAL

0.287.714-78

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

04.696.105/0001-88

DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL
JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

ENDEREÇO
RUA BARAO DE ITAMARACA, 234

MUNICÍPIO
CARUARU

BAIRRO / DISTRITO
INDIANOPOLIS

UF
PE

FONE / FAX

CNPJ / CPF
858.738.294-20

DATA DA EMISSÃO
14/10/2019

CEP
55026-005

DATA DA SAÍDA
14/10/2019

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
15:43:52

FATURA / DUPLICATA

045239 DUPLICATA/001 14/10/2019 600,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CALC ICMS	VALOR ICMS	BASE CALC ICMS ST	VALOR ICMS ST	TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	600,00
VALOR FRETE 0,00	VALOR SEGURO 0,00	VALOR DESCONTO 0,00	OUTRAS DESP. 0,00	VALOR IPI 0,00

VALOR APROX TRIB.
0,00

TOTAL DA NOTA
600,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEIC.	UF	CNPJ / CPF
0-Remetente						
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	

QUANTIDADE

0

ESPECIE

Nenhuma

MARCA

Generica

NUMERAÇÃO

0

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	Descrição do Produto / Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ ICMS	V.APROX. TRIBUTOS
98	PLACA EM T 3.5MM 03X03F HEX LOTE: HEX25255	90211020	040	5102	PC	1	500,00	500,00	0,00	0,00		0,00
106	PARAFUSO CORTICAL 3.5X16MM HEX LOTE: (2) HEX23941	90211020	040	5102	PC	2	25,00	50,00	0,00	0,00		0,00
107	PARAFUSO CORTICAL 3.5X18MM HEX LOTE: HEX23944	90211020	040	5102	PC	1	25,00	25,00	0,00	0,00		0,00
109	PARAFUSO CORTICAL 3.5X22MM HEX LOTE: HEX19547	90211020	040	5102	PC	1	25,00	25,00	0,00	0,00		0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PACIENTE JOSIMERE BERNARDINO MARQUES - PRONTUARIO 6872|MEDICO PABLO
TIAGO - HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL - CONVENIO PARTICULAR - PEDIDO
044982 - COMANDA 13004

RESERVADO AO FISCO

RECEBEMOS DE TRAUMED COMERCIO LTDA. OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO. EMISSÃO:
14/10/2019 VALOR TOTAL: 600,00 DESTINATÁRIO: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES - RUA BARAO DE ITAMARACA, 234, INDIANOPOLIS, 55026-005-
CARUARU-PE

DATA DO RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
000.045.239
SÉRIE 1



HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL
Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CNPJ: 22.721.288/0001-26 | CEP 55.014-250 - Caruaru - PE

RECIBO R\$ 100,00

RECEBEMOS DE

Josémine Bernardino Marques

A IMPORTÂNCIA DE R\$

1000,00

Um mil reais

REFERENTE A

Pct Dr Pablo

CARUARU,

11

DE

10

DE

19

Assinatura

Lee

HOSPITAL MEMORIAL DE CARUARU S/C LTDA	Fone..: MAURÍCIO DE NAS	C.G.C....: 00.972.860/0001-97	Pag: 001	
AV JOSÉ VERÍSSIMO	Bairro: MAURÍCIO DE NASSAU CEP: 0-	Municipio: CARUARU	UF.: PE	
Paciente: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES	Idade: 45 anos 15/10/ 973 Empresa:	Senha:		
Segurado:	Matricula: 449761001	Guia.:	Remessa: 10 10/2019	
Convenio: 0031 PARTICULAR HSG	Registro: 000006995 Cod.p/Conv:	Emissao: 15/10/2019 as 09:17		
Inicio Tratamento.: 10/10/2019 as 18:23	Alta: 11/10/2019 as 09:06	Motivo: Melhorado	Permanencia: 1 dia	
Localizacao..Bloco: 3ANDA 3º ANDAR	Acomodacao: ENF30		Leito: A	
Procedimento: 30734061 FRATURAS - REDUCAO E ESTABILIZACAO DE CADA SUPERFICIE		Horario do procedimento: 18:23		
Medico: 15172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE	Cod. Convenio:			
Tipo de Atendimento: 07 - INTERNAÇÃO				
		Usuario: SARASILVA		
----- DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES -----				
-----	-----	-----	-----	
Código Descrição	(Cod. THM Qt UPH Data Perc. Qtde Valor Unit. Valor Total			
60022990 TAXA DE SALA CIRÚRGICA, ATÉ 3 HORAS	10 1 10/10/19 1,00 1,00 450,00 450,00			
60027169 ALUGUEL / TAXA DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM, PIO	1 1 10/10/19 1,00 1,00 300,00 300,00			
60031760 TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE OXÍMETRO, PIO	1 1 10/10/19 1,00 1,00 75,00 75,00			
		Total Sala de Cirugia --->>	825,00	
----- Enfermaria -----				
60000805 DIÁRIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BAN	30734061 1 10/10/19 1,00 1,00 220,00 220,00			
		Total Enfermaria --->>	220,00	
----- Bloco Cirúrgico-Ortese e Proteses -----				
60033487 TAXA DE SERVIÇO DE ARMAZENAMENTO, MANIPULAÇÃO, IO	10 1 10/10/19 1,00 1,00 60,00 60,00			
		Total Bloco Cirúrgico-Ortese e Prot	60,00	
	5	Subtotal Serv.Hosp.->>	1.105,00	
----- MATERIAIS E MEDICAMENTOS -----				
-----	-----	-----	-----	
----- Materiais Médico Hospitalares - Sala de Cirugia -----				
-----	-----	-----	-----	
Código Descrição	Laborat Data Hora Unid. Perc. Quantidade Valor Unit. Valor Total			
7001534.1 AGULHA P/ANESTESIA 22GA 2" A50 PLEXO STIMUPLE B.BRAUN 11/10 01:08 UNID -10,00% 1,00 224,3430 224,34				
7017622.1 CAMPO OPERATORIO TIPO COMPRESSA 25X28CM ETO PINEVE	11/10 01:08 PCT	-10,00% 1,00 58,1760 58,18		
0234014.7 CATETER NASAL OXIGENIO TP.OCULOS 1,40CM	EMBRAME 11/10 01:08 UNID	-10,00% 1,00 14,3010 14,30		
7851596.3 CATETER VENOSO PERIFERICO PUR DISP.SEGURANCA	B.BRAUN 11/10 01:08 UNID	-10,00% 1,00 86,1030 86,10		
01848.2 COMPRESSA GAZE NIDIA 11FIOS 7,5X7,5CM ESTERIL	11/10 01:08 PCT	-10,00% 3,00 5,2020 15,61		
17888.6 CONECTOR COMPLETO C/TAMPA DIALINE	PRONEFR 11/10 01:08 UNID	-10,00% 1,00 4,0500 4,05		
7826781.1 CURATIVO ADESIVO FIXADOR 5X5,7CM P/CATETER 10 LABOR I 11/10 01:08 UNID	-10,00% 1,00 10,8000 10,80			
0028036.1 EQUIPO MICROGOTAS L15 COMPLETO 25UNID	LABOR I 11/10 01:08 UNID	-10,00% 1,00 12,6450 12,65		
16969.5 ESCOVA SOL.CLOREXIDINA 2% 22ML	VIC PHA 11/10 01:08 UNID	3,00 5,7400 17,22		
7022710.1 ESPARADRAPO 10,0CMX4,5MT	NEVE 11/10 01:08 CM	-10,00% 20,00 0,1211 2,42		
28792.1 FIO KIRSCHNER 2,00X280MM LISO ACO	ORTOCIR 11/10 01:08 UNID	-10,00% 1,00 33,3000 33,30		
0395022.9 FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 3-0 45CM AG.3CM J&J ETH 11/10 01:08 UNID	-10,00% 1,00 23,5170 23,52			
7036097.9 LAMINA BISTURI EST.NR.24 100UNID.FEATHER	CIRURGI 11/10 01:08 UNID	-10,00% 1,00 4,8438 4,84		
7840770.2 LUVA CIRURGICA EST.LATEX C/PO NR.7,0 MAXITEX KEVENOL 11/10 01:08 UNID	-10,00% 1,00 2,6550 2,66			



HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL
Av. José Veríssimo, 752 - Mauricio de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CNPJ:22.721.288/0001-26 | CEP 55.014-250 - Caruaru - PE

R\$ 3.500,00

RECEBIBO

RECEBEMOS DE Bernardino Juváquez

IMPORTÂNCIA DE R\$ 3.500,00

REFERENTE A Extrusão de Dr. Pallo Thüiga
(pacote) em 3x no cartão

Djalma
Assinatura

CARUARU, 10 DE 10 DE 19

HOSPITAL MEMORIAL DE CARUARU S/C LTDA
Paciente: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Fone..: MAURÍCIO DE NAS
Registro: 000006995 Guia.:

C.G.C....: 00.972.860/0001-97

Pag: 002

Senha:

Usuario: SARASILVA

7840770.2 LUVA CIRURGICA EST.LATEX C/PO NR.7,5-MAXITEX KEVENCL 11/10 01:08 UNID	CSE 11/10 01:08 UNID	INJEX 11/10 01:08 UNID	DESCARP 11/10 01:08 UNID	DESCARP 11/10 01:08 UNID	10,00% 10,00% 10,00% 10,00%	2,00 1,00 1,00 2,00	2,6550 33,0750 2,0250 4,7700	5,31 33,08 2,03 9,54
25805.7 MANGUEIRA P/CONEXAO TANDEM								
27386.0 SERINGA 05ML C/AG.BICO LOCK 25X7MM								
15781.3 SERINGA DESC.10ML BICO SLIP C/AG.25X7MM								
15781.4 SERINGA DESC.20ML BICO SLIP C/AG.25X7MM								

Total de Materiais Médico Hospitalares Sala d 562,65

Desconto de materiais ----> 0,00
Acrescimo de materiais ----> 0,00
Total apos acres/desc concedido --> 562,65

---- Medicamentos - Sala de Cirugia

#Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
9016702.3 CEFAZOLINA SODICA - GENERICO 1 g po inj. + so NOVAFAR 11/10 01:08 FRS/AM							1,00	10,7242	10,72
9006554.9 CLORETO DE SODIO 0,9% - SISTEMA FECHADO 500 m EQUIPLE 11/10 01:08 FRS							2,00	5,6258	11,65
9004710.9 NAUSEDRON 4 mg 50 amps. x 2 ml		CRISTAL	11/10 01:08 AMP				1,00	27,5396	27,54
9030393.8 RINGER COM LACTATO - SISTEMA FECHADO 500 ml - FARMACE 11/10 01:08 FRS							2,00	6,9000	13,80
9004859.8 XYLESTESIN + EPINEFRINA 2% C/V 10 etj. 20 ml	CRISTAL 11/10 01:08 ML						20,00	0,6566	13,13
9025758.8 XYLESTESIN 2% S/V 10 fr. 20 ml		CRISTAL 11/10 01:08 ML					20,00	0,5009	10,02

Total de Medicamentos Sala de Cirugia 86,86

Desconto de medicamentos --> 0,00
Acrescimo de medicamentos --> 0,00
Total apos acres/desc concedido --> 86,86

--- Materiais Médico Hospitalares - Enfermaria

16220.5 AGULHA HIPODERMICA 25X0,7MM C/SIST.SEGURANCA SMITHS 10/10 23:35 UNID	10,00%	4,00	5,3460	21,38
16220.5 AGULHA HIPODERMICA 25X0,7MM C/SIST.SEGURANCA SMITHS 10/10 23:45 UNID	10,00%	1,00	5,3460	5,35
7003436.2 ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNI CREMER 11/10 08:13 UNID	10,00%	1,00	5,4735	5,47
01848.2 COMPRESSA GAZE NIDIA 11FIOS 7,5x7,5CM ESTERIL 11/10 08:13 PCT	10,00%	2,00	5,2020	10,40
0028086.1 EQUIPO MICROGOTAS L15 COMPLETO 25UNID LABOR II 10/10 23:35 UNID	10,00%	1,00	12,6450	12,65
7821593.5 LUVA P/PROCEDIMENTO EST.SANRO AMBI MED.(PAR) LATEX S 11/10 08: 3 UNID	10,00%	1,00	1,1700	1,17
17503.6 SERINGA 10ML LUER LOCK SR 10/10 23:35 UNID	10,00%	3,00	2,5020	7,51
07427.2 SERINGA 3ML S/AG.DESC. INJEX 10/10 23:35 UNID	10,00%	1,00	1,3500	1,35
07427.3 SERINGA 5ML S/AG.DESC. INJEX 10/10 23:45 UNID	10,00%	1,00	1,6110	1,61

Total de Materiais Médico Hospitalares Enferm 66,89

Desconto de materiais ----> 0,00
Acrescimo de materiais ----> 0,00
Total apos acres/desc concedido --> 66,89

--- Medicamentos - Enfermaria

9007208.1 AGUA PARA INJECAO 10 ml cx. 200 amp. plast. FARMACE 10/10 23:35 AMP	1,00	3,00	0,6092	1,83
9007208.1 AGUA PARA INJECAO 10 ml cx. 200 amp. plast. FARMACE 10/10 23:45 AMP	1,00	1,00	0,6092	0,61
9040435.1 CEFALOTINA - GENERICO 1 g. po sol. inj. cx. 5 TEUTO B 10/10 23:35 FRS/AM			1,00	7,5918
9040435.1 CEFALOTINA - GENERICO 1 g. po sol. inj. cx. 5 TEUTO B 10/10 23:40 FRS/AM			1,00	7,5918
9007237.5 CLORETO DE SODIO - SISTEMA FECHADO 0,9% 100 m FARMACE 10/10 23: 5 FRS			1,00	5,8522
9006554.9 CLORETO DE SODIO 0,9% - SISTEMA FECHADO 500 m EQUIPLE 10/10 23:35 FRS			2,00	5,8258
9020757.2 CLORIDRATO DE TRAMADOL - GENERICO 50 mg/ml so UNIAO Q 10/10 23:35 AMP			1,00	6,7956
9009692.4 DIPIRONA SODICA - GENERICO 500 mg/ml. sol. in HIPOLAB 10/10 23:35 AMP			1,00	1,4229

P/ JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

SOLICITO:

• FISIOTERAPIA MOTORA (20) SEÇÕES.

HD: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

~~Dr. Pablo Thiago C. de Albuquerque~~
~~Ortopedia / Traumato~~
~~CRM 15.172~~
Dr. PABLO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 15.172
- 24/10/2019

P/ JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

SOLICITO :

- ✓ RX PUNHO DIREITO AP/P

Pablo Thiago C. de Albuquerque
Dr. PABLO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 15.172
24/10/2019

LAUDO MÉDICO:

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE JOSIMERE BERNARDINO MARQUES FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, NO DIA 10/10/2019, COM TRAUMA NO PUNHO DIREITO, OCASIONANDO FRATURA DE RÁDIO DISTAL. FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, FIXADO COM PLACA DCP 3.5mm.

CID: S52.5

Dr. Pablo Thiago C. da Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.172
Dr. PABLO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE
CRM 15.172
28/10/2019

Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE

Rosângela Bernadino Marques
15.10.1973
Female
6995
Particular
Dr. Pablo
Fiat-Radio

HOSP. M. M. SÃO GABRIEL
23.47.54
10.10.2019

51 kVp
0.7 mA

(R) 196 (L)

74



Rosângela Bernadino Marques
15.10.1973
Female
6995
Particular
Dr. Pablo
Fiat-Radio

HOSP. M. M. SÃO GABRIEL
23.47.44
10.10.2019

51 kVp
0.7 mA

(R) 196 (L)

74





BOLETIM DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

NOME PACIENTE: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES				SEXO: Feminino	NASCIMENTO: 15/10/1973	IDADE: 45 anos, 11 meses e 25 dias	
NOME DA MAE: ADELIA BERNARDINA MARQUES		NOME DO PAI: JOSE BERNARDINO MARQUES		IDENTIDADE: 5422526	CPF: 858.738.294-20	TELEFONE: (81) 98835-6235	
ENDERECO: BARAO DE ITAMARACA		Nº: 234	BAIRRO: INDIANOPOLIS	CIDADE: CARUARU	UF: PE	CEP: 55026005	CELULAR:
CONVÊNIO: 31 PARTICULAR	MATRICULA: 449761001	VALIDADE CARTEIRA: 30/12/1899		SENHA:	UNIDADE DE ATENDIMENTO: INTERNACAO- HSG		
CRM/MEDICO: 015172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE			ESPECIALIDADE: Ortopedia	CODIGO CBO: 225270	USUARIO DO ATENDIMENTO: AMANDASOUZA		
BLOCO: 3º ANDAR	ACOMODACAO: ENFERMARIA 308	LEITO: A	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE: CARUARU	PROFISSÃO:		

Queixa Principal:

História Clínica:

Exames:

HD:

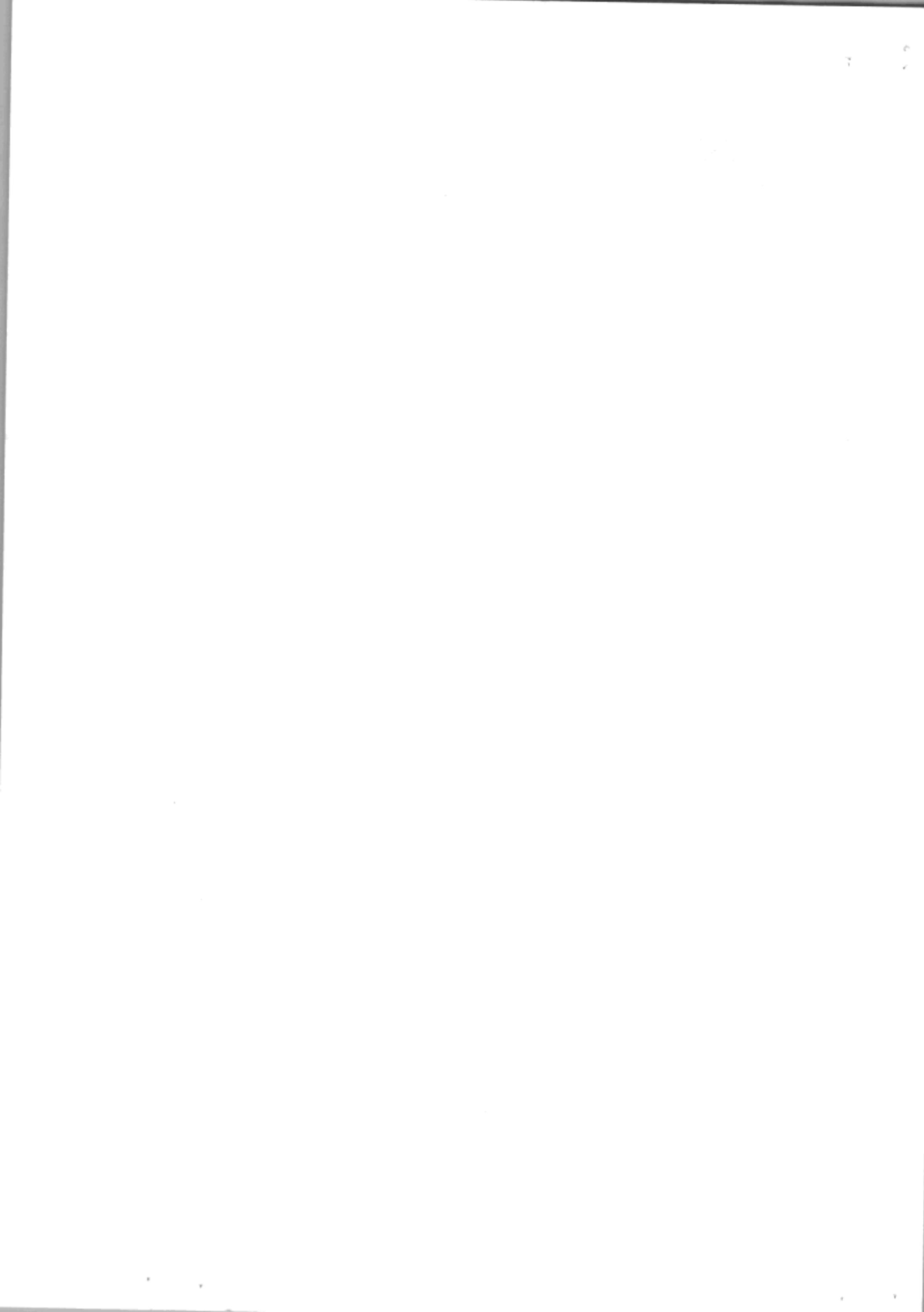
Condição: Curado Melhorado Transferido Óbito

Data Alta: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

Médico Responsável: _____

Josimere Marques Veroncelos
Paciente ou Responsável

AMANDASOUZA



RELATÓRIO CIRÚRGICO

PACIENTE:

Josimice Bernadino Marques

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura radio distal

OPERAÇÃO PROPOSTA:

Osteosíntese TTO corrugado com osso santo

OPERAÇÃO REALIZADA:

O mesmo

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

O mesmo

DATA:

10/10/10

INÍCIO:

TÉRMINO:

EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO:

Dr Pablo Farias

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTA:

Dr Eduardo

TIPO DE ANESTESIA:

Bloco seco

INSTRUMENTADOR(A):

Finckley

POSIÇÃO DO PACIENTE:

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA NA SALA DE CIRURGIA

SOLUTO GLICOSADO:

SOLUTO FISIOLÓGICO:

RINGER LACTATO:

ANTIBIÓTICOS:

REPOSIÇÃO DE SANGUE E DERIVADOS

SANGUE TOTAL:

CONCENTRAÇÃO DE HEMÁCIAS:

CONC. PLAQUETAS:

PLASMA FRESCO:

ALBUMINA HUMANA:

HAEMACEL OU SIMILAR:

- 1 - PREPARO DO CAMPO
- 2 - VIA DE ACESSO
- 3 - ORGÃOS E LESÕES

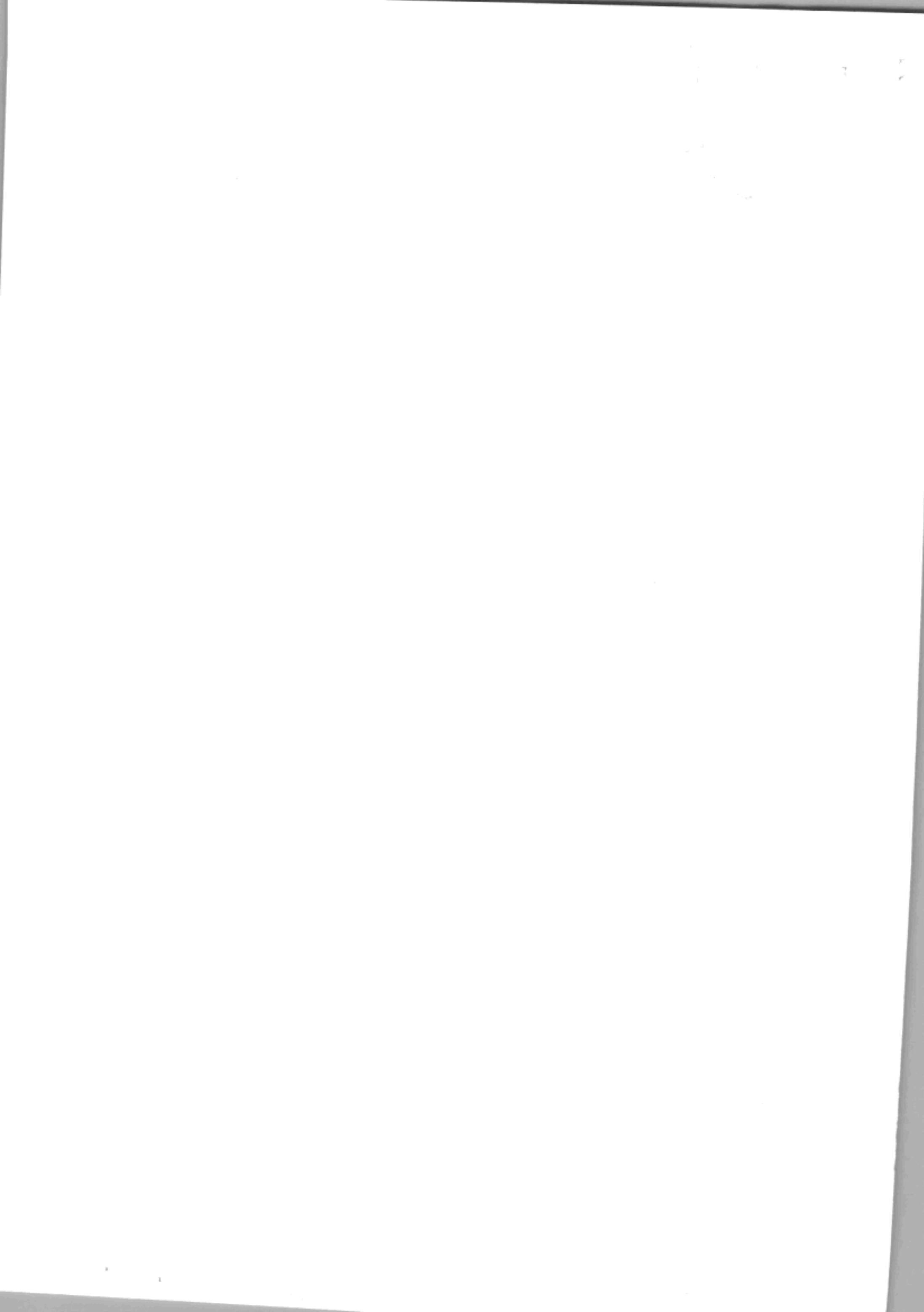
- 4 - TÉCNICA E TÁTICA
- 5 - FECHAMENTO (FIOS E SUTURA)
- 6 - DRENO E SONDA (PENROSE, KERH, ETC.)

- 7 - ACIDENTES E COMPLICAÇÕES
- 8 - GRÁFICO DA CIRURGIA
- 9 - PEÇA OPERATÓRIA-ANAT.PATOL

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

O paciente é uma senhora
Agostina de Souza
Nascido 1960
Visualização da ferida
Reduzir cruento
Exceder com plástica "T" 3,5 mm
Drigar com lidocaína
Suturar com Nylon 3-0
Cerrado

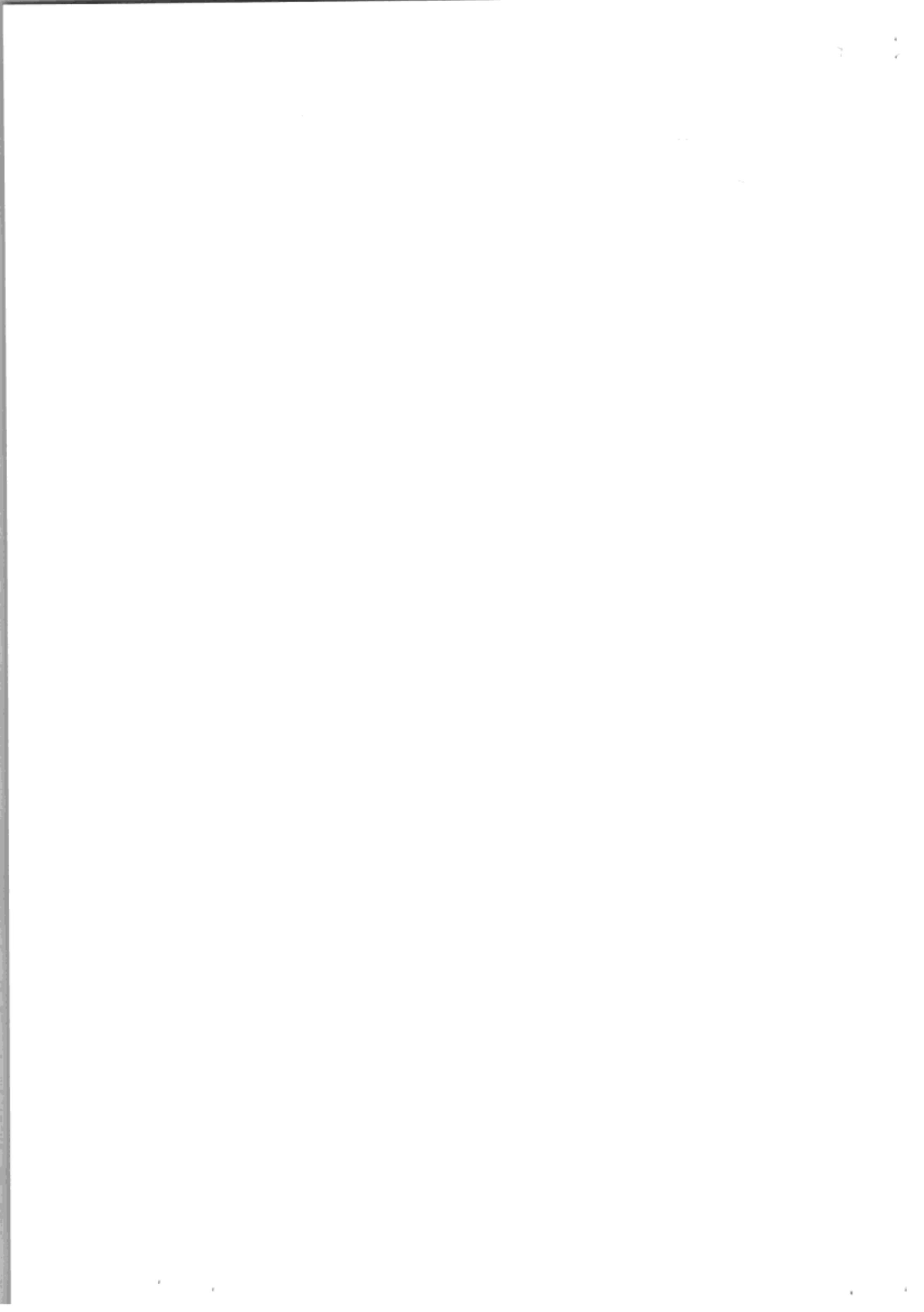
X-PADIM T. C. G. N. M. G.
Ortopedia / Traumatologia
CRM 2172



Paciente _____ Registro Nº _____

Clinica _____ Registro N.º _____
Apto. N.º _____

DATA	HORA	EVOLUÇÃO CLÍNICA (cada evolução deve ser assinada)
10/10/19		Pt. gr. subungual a ffo unguo SI unidensum
11/10/19	# Chacando #	Pt. inflam. SI unguo fo SI unguo flogostico mucoanalco (x)



Nº Registro 6995

Paciente: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Convênio: PARTICULAR HSG

Médico: 15172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE

Data Internamento: 10/10/2019 18:23:00

Bloco: 3º Enf/Apt: ENFE Leito: A

Carteira: 449761001

Data Evento: 11/10/2019 08:07:07

EVOLUCAO NUTRICAO

1 - Evolução

1.1 - Descrição

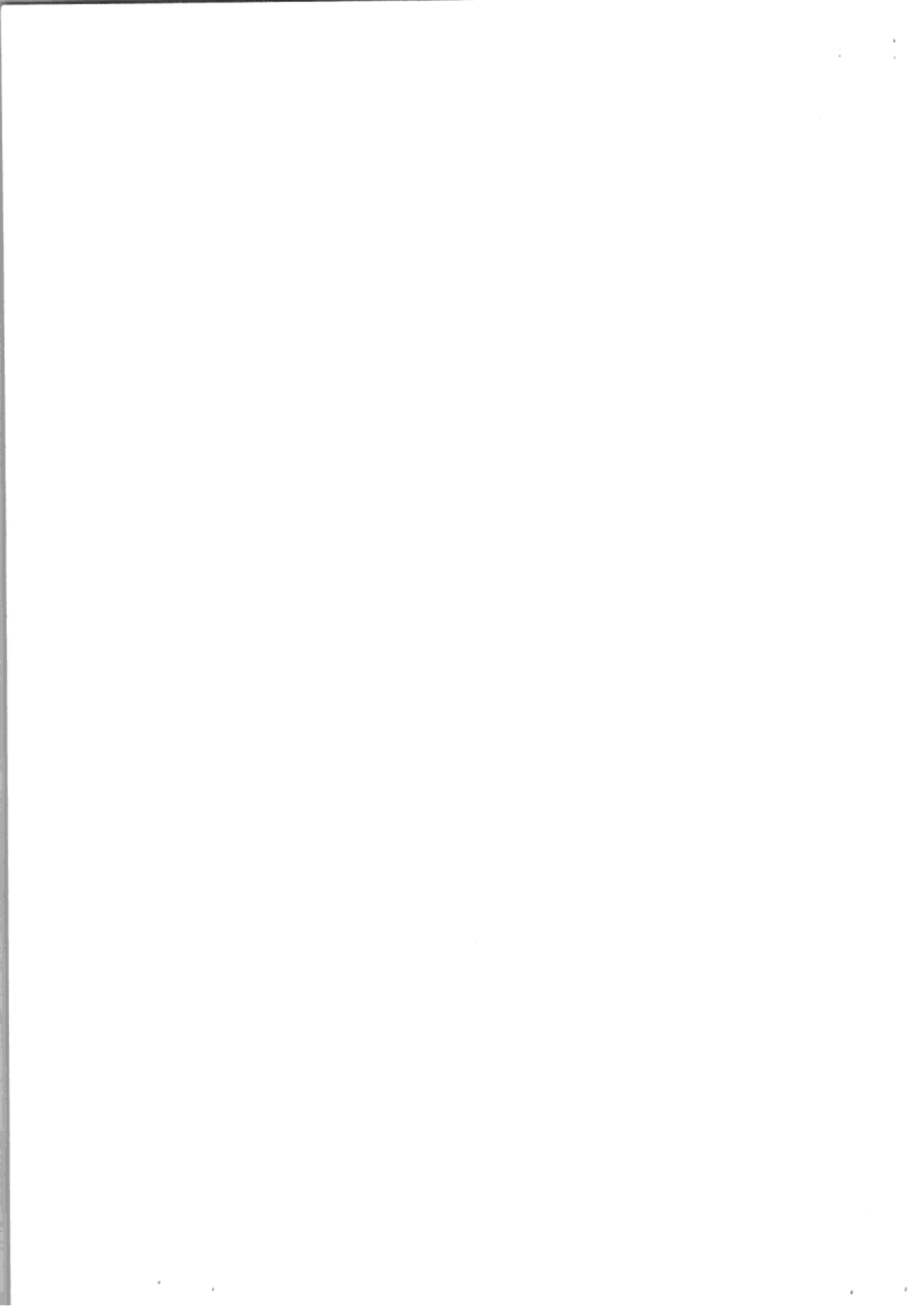
DIETA V.O, LIVRE, NORMOCALÓRICA, NORMOPROTEICA, NORMOLIPIDICA, NORMOGLICDIICA, RICA EM MICRONUTRIENTES, FRACIONADA EM 06 REFEIÇÕES/DIA. VET:2.000KCAL/DIA.PCT NÃO APRESENTA ALERGIAS OU INTOLERANCIAS ALIMENTARES.

Tatiana S. Oliveira Ferreira Nunes
Nutrocionista

TATIANA DA SILVA OLIVEIRA FERREIRA NUNES

11/10/2019 08:07:07

CRN-PE-14911





GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
Prontuário: 202/79
Sexo: Feminino
Localização: 3ANDA, ENF308, A
Clínica: Cirúrgica

Registro: 6995
Idade: 45a 11m 26d

Médico: Simone Rafela de Andrade Santos
Convênio: PARTICULAR HSG
C.I.D.:
Entrada: 10/10/2019 às 18:23
Alta:

Evolução do paciente

1

11/10/2019 as 00:36:41 - SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA A ENFERMAGEM

Localização: 3ANDA, ENF308, A

COREN: PE-199796 SIMONE RAFAELA DE ANDRADE SANTOS

1 - CABEÇALHO

1.1 - Procedência: Casa
1.2 - Alergia
Não

1.3 - Jejum

Sim

Após às: RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

1.4 - Acesso Venoso

Sim

Local:

2 - EXAME FÍSICO

3 - Integridades da pele

3.1 - Estado Geral: Regular
3.2 - Nível de Consciência

Consciente
Orientado
Calmo
Sonolento

3.3 - Hidratação: Hidratado

3.4 - Sono e repouso: Preservado

3.5 - Higiene Corporal: Adequada

3.6 - Higiene Bucal: Adequada

3.7 - Alimentação

Suspensa

Qual motivo: PCTE SOB EFEITO ANESTÉSICO

3.8 - Deambulação: Proibida por ordem médica

3.9 - Regulação Térmica: Afebril

3.10 - Oxigenação

Eupnéico
MVP+ s/RA

3.11 - Regulação Vascular: Normocárdico

3.12 - Pulso: Filiforme

3.13 - Regulação Abdominal

Plano
Indolor

3.14 - RHA

Presente

3.15 - Ferida Operatória

Sim
Local: MSD

3.16 - Dreno

Não

4 - Diagnóstico de Enfermagem

Risco para Infecção

Risco para sangramento

5 - Condutas de Enfermagem

Lavagem das mãos antes e após os procedimentos, utilizar EPI'S E técnicas assépticas.

Manter vias aéreas pélvias, monitorar FR, observar sinais de esforço respiratório

Manter decúbito adequado ao paciente conforme orientação Médica

Verificar o local da incisão cirúrgica após cada curativo.

Avaliar o processo de cicatrização da ferida operatória.



GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
Prontuário: 202/79
Sexo: Feminino
Localização: 3ANDA, ENF308, A
Clínica: Cirúrgica

Registro: 6995
Idade: 45a 11m 26d

Médico: Simone Rafela de Andrade Santos
Convênio: PARTICULAR HSG
C.I.D.:
Entrada: 10/10/2019 às 18:23
Alta:

Evolução do paciente

2

Evolução Enfermagem

3.1 - Descrição

PCIENTE SEGUE EM P.O.I TTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO, NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE EORIENTADA, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, EUPNÉICA, NORMOCORADA, SONOLENTA, EM REPOUSO NO ELITO, COM CURATIVO OCLUSIVO EM MSD, MEMBRO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM

Avaliação do Grau de Risco - Escala de Braden

7.1 - Percepção Sensorial: Muito Limitado

7.2 - Umidade: Rara

7.3 - Atividade: Acamado

7.4 - Mobilidade: Discreta Limitação

7.5 - Nutrição: Adequada

7.6 - Fricção Cisalhamento: Sem Problema Aparente

7.7 - Total: 16 Pontos

7.8 - Classificação: (15 - 16) Risco Brando

Escala de Coma de Glasgow

8.1 - Abertura Ocular: Espontânea

8.2 - Resposta Verbal: Orientado e Conversando

8.3 - Resultado: 15 Pontos

8.4 - Resposta Motora: Ao Comando

COREN: PE-199796 SIMONE RAFAELA DE ANDRADE SANTOS



GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
Prontuário: 202/79
Sexo: Feminino
Localização: 3ANDA, ENF308, A
Clínica: Cirúrgica

Registro: 6995
Idade: 45a 11m 25d

Médico: Maria Helena Vila Nova
Convênio: PARTICULAR HSG
C.I.D.:
Entrada: 10/10/2019 às 18:23
Alta:

Evolução do paciente

1

10/10/2019 às 23:30:45 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 3ANDA, ENF308, A

COREN: PE-354799 MARIA HELENA VILA NOVA

1 - Evolução

1.1 - Descrição

Paciente retorna do BC com procedimento de punho realizado, afebril, eupneica, curativo em FO limpo, segue medicada e aos cuidados da equipe.

11/10/2019 às 04:14:08 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 3ANDA, ENF308, A

COREN: PE-354799 MARIA HELENA VILA NOVA

1 - Evolução

1.1 - Descrição

Paciente EVOLUI no momento em egr no momento sem queixas do seu 1dpo de punho realizado, afebril, eupneica, curativo em FO limpo, segue medicada e aos cuidados da equipe.

11/10/2019 às 06:44:57 - Sinais Vitais

Localização: 3ANDA, ENF308, A

COREN: PE-354799 MARIA HELENA VILA NOVA

1 - Formulario SSVV

1.1 - Sinais vitais

Hora	P.Arterial	Pulso/FC	Temperatura	Respiração	Sat.O2
06:15	110/60	74	36	20	97

1.2 - Drenagens

1.2.1 - Outros Drenos

Qual:

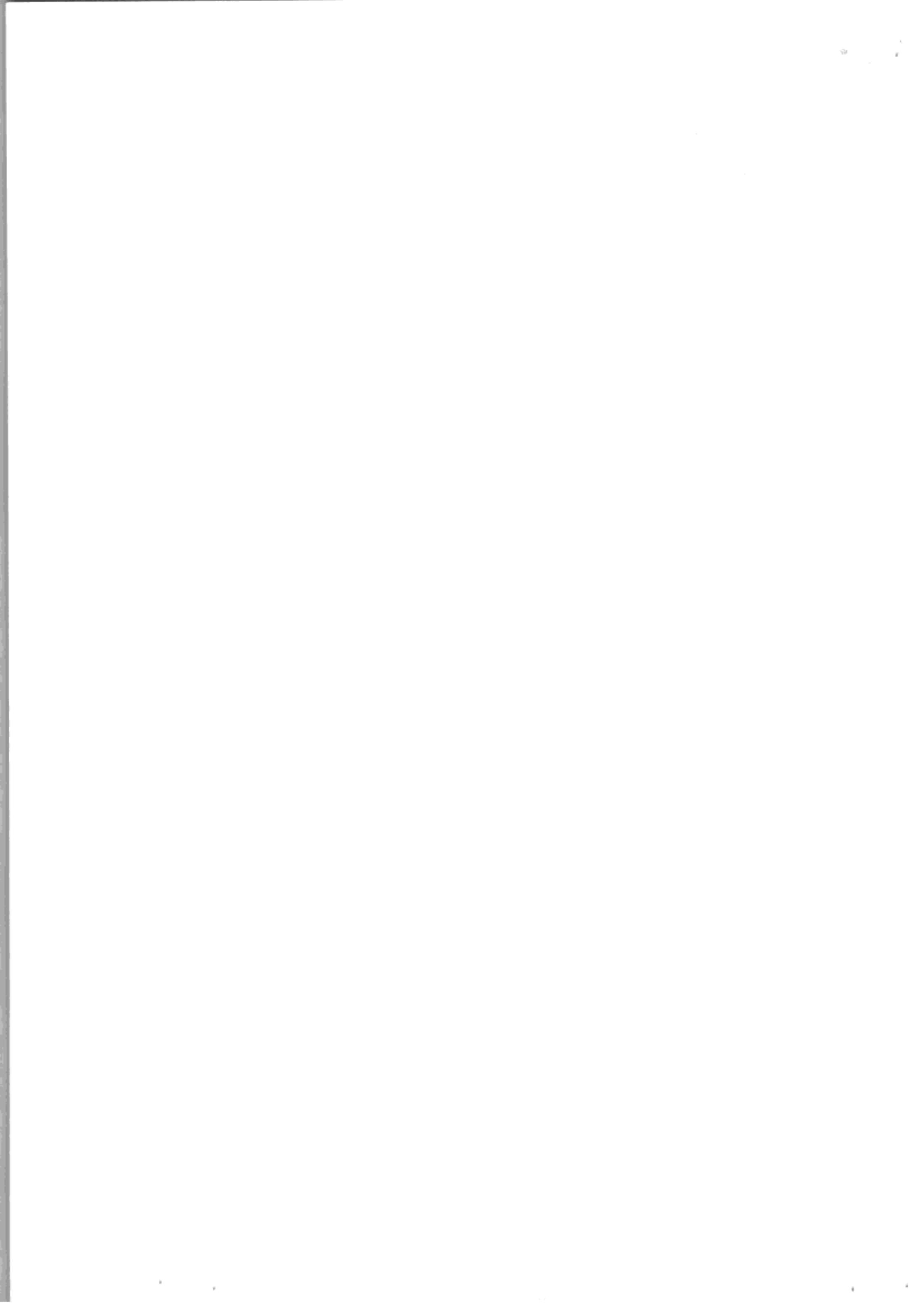
1.2.2 - Diurese

(X) Espontânea

() SVA

*Maria Helena Vila Nova
Aux. Enfermeira
COREN-PB 354799*

COREN: PE-354799 MARIA HELENA VILA NOVA





GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
Prontuário: 202/79
Sexo: Feminino
Localização: 3ANDA, ENF308, A
Clínica: Cirúrgica

Registro: 6995
Idade: 45a 11m 26d

Médico: Claudeane Nunes Pereira da Silva
Convênio: PARTICULAR HSG
C.I.D.:
Entrada: 10/10/2019 às 18:23
Alta:

Evolução do paciente

1

11/10/2019 as 07:21:37 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 3ANDA, ENF308, A
COREN: PE-653200 CLAUDEANE NUNES PEREIRA DA SILVA

1 - Evolução

1.1 - Descrição

ÀS 07:00 RECEBO PACIENTE EM POI PUNHO,EGR,CONCIENTE,ORIENTADA,EUPINEICA,COM AVP FUNCIONANTE,CURATIVO EM F.O,DIETA V.O,DIURESE ESPONTANEA,SEGUE AOS CUIDADOS GERAIS.

11/10/2019 as 09:05:18 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 3ANDA, ENF308, A
COREN: PE-653200 CLAUDEANE NUNES PEREIRA DA SILVA

1 - Evolução

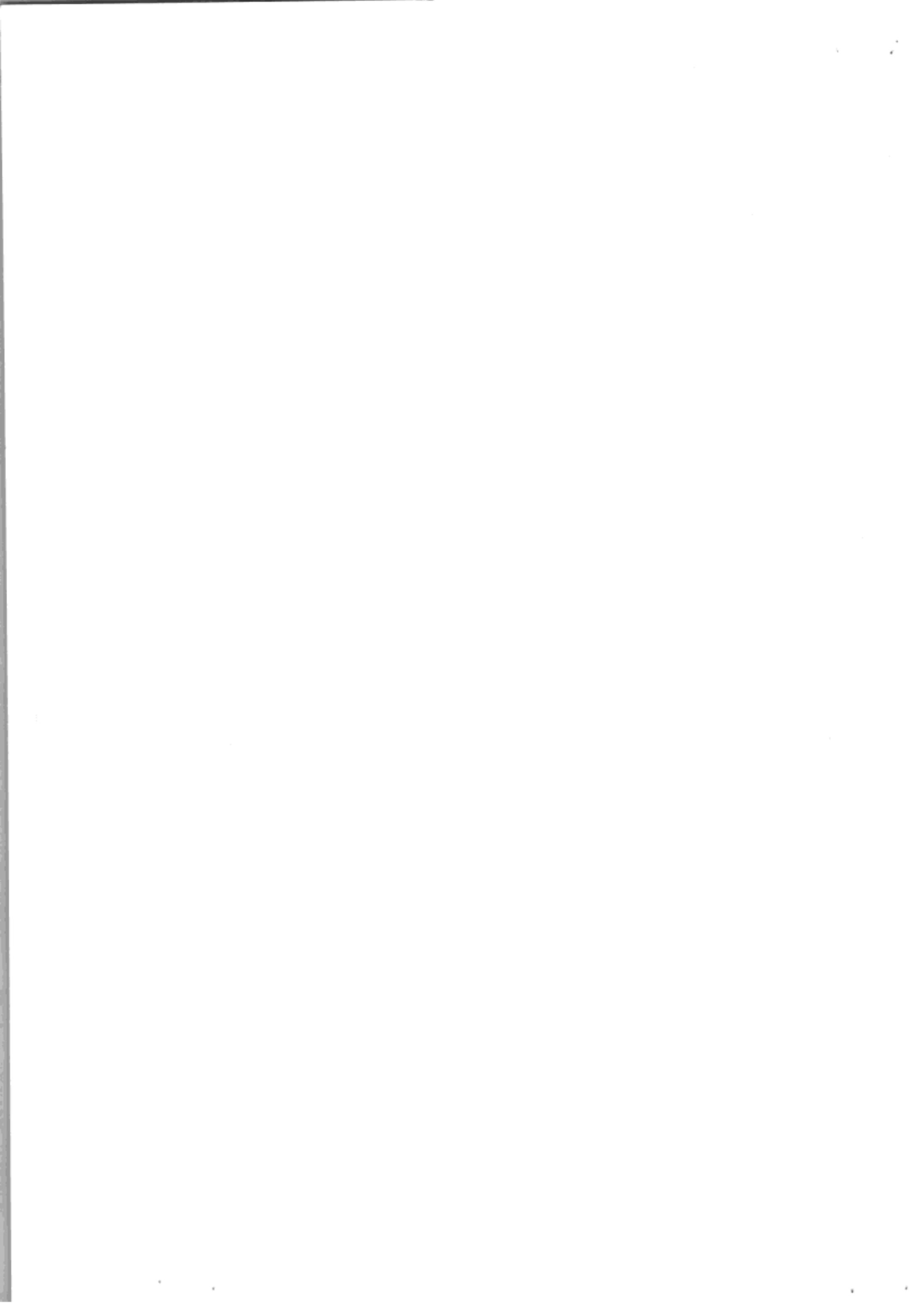
1.1 - Descrição

ÀS 09:00 PACIENTE REBE ALTA HOSPITALAR,RENOVADO CURATIVO EM F.O LIMPA E SECA UTILIZADO:

01 LUVA ESTERIL
02 GASES
01 ATADURA DE 10CC
15CM DE MICROPORE
10ML DE ALCOOL

COREN: PE-653200 CLAUDEANE NUNES PEREIRA DA SILVA

*Claudeane Nunes
de Enfermagem
PE-653200*



tem.

Bn.

45A.

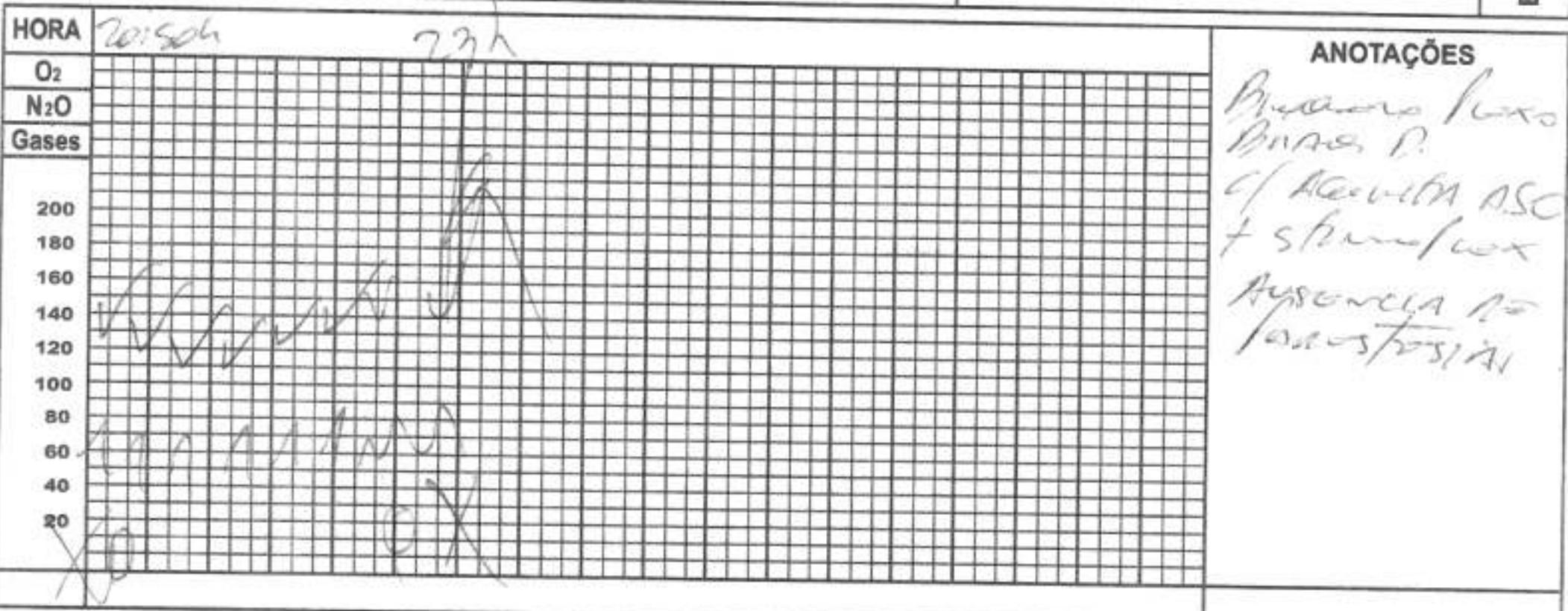
20K

monit.

SC.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO								Anestesia nesse paciente				
SANGUE	HEMÁCIAS	HCTQ	HB	LEUCÓCITOS	P.A.	F.C.	TEMP.	RESPIRAÇÃO		ASA	II	
	GRUPO SANG	TC	TS	PROTOMBINA	ANESTESIA PROPOSTA							
	GLICOSE	URÉIA	CREATININA	PROTEÍNAS	Benzodiazepina							
	NA	K	CL	RESERVA ACL								
OP. PROPOSTA Intervenção bl. nesse paciente								ALERGIA: Negativa				
OP. REALIZADA: A Realizada								ANEST. ANTERIOR:				
								PRÉ-ANESTÉSICO:				

ECG.

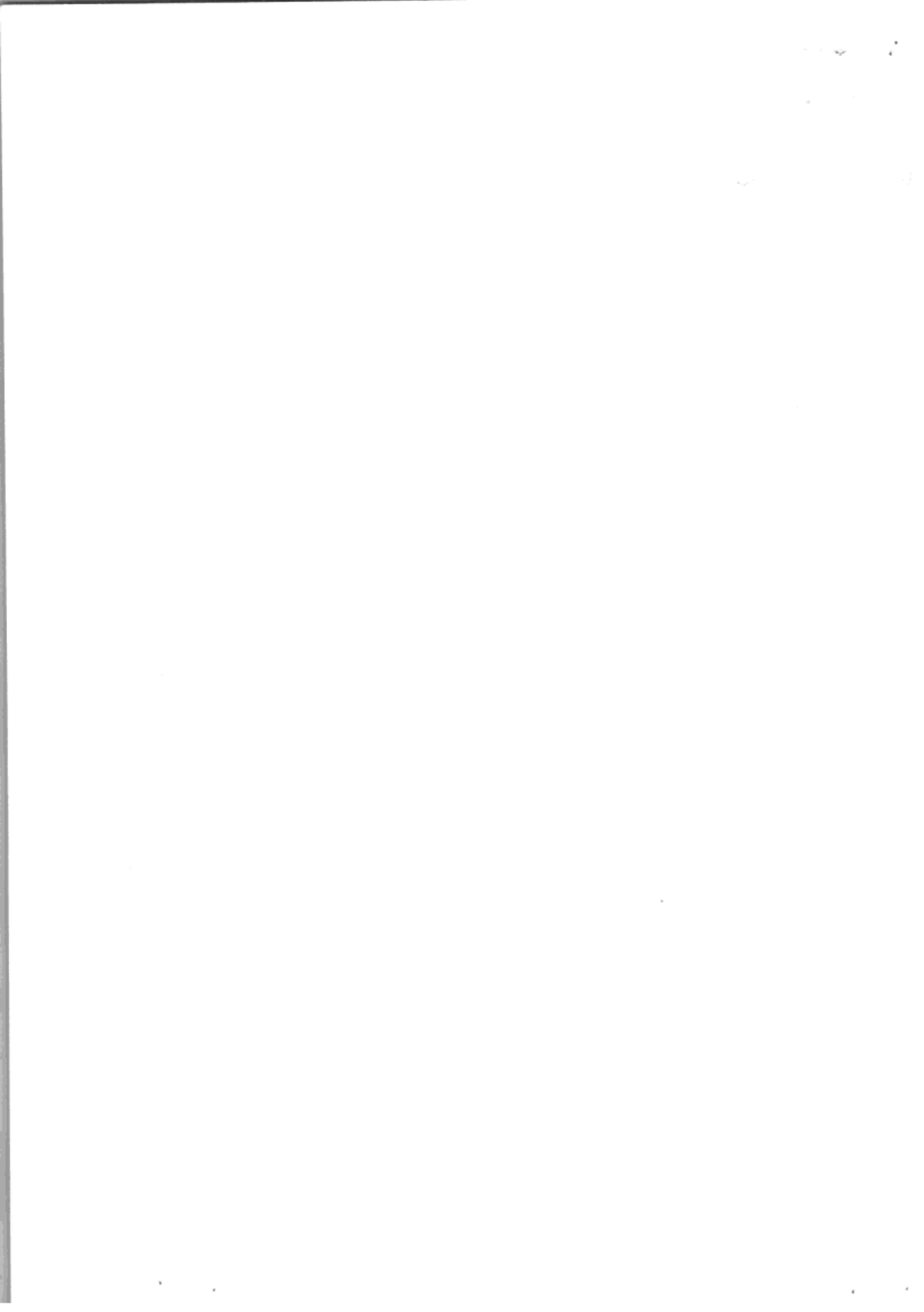


AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO ₂				
Lorazepam c/v 0.25%			Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda				Intubação
Atropina c/v 0.5%							
Cofaziconas			Posição	Local Punção	Liq. Ret.	Téc. Inj.	
Doxa			Pos. Pós	Pos. Pós	Aparelho	Cond. Final	
Nasotracheus			Resultado	Reflexo			
			Duração da Op.		Duração da Anest.		
			Monitorização	Oxímetro / NIT / Cianoclorina			
			Teste Aldrete e Koulik	MOV.	CONS	COR	CIRC RESP S.R

Paulo Antunes

Médico Cirurgião

Médico Anestesista

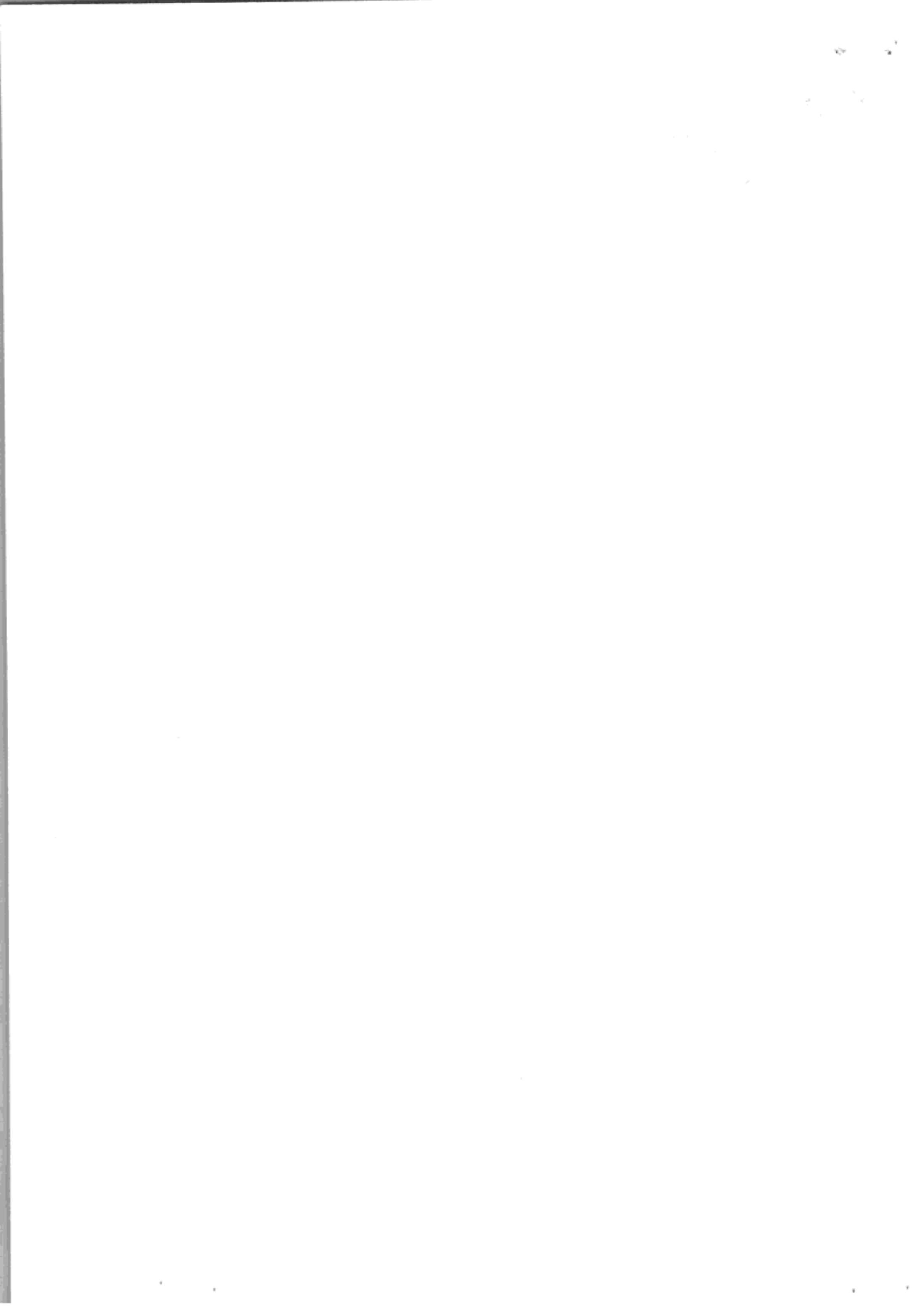


HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL
NOTA DE SALA DE CIRURGIA

5072

PACIENTE	<i>Denimere Burandina</i>	REGISTRO	<i>6095</i>	DATA	<i>10.10.19</i>
CONVÉNIO	<i>Parkinson</i>	PROCEDIMENTO	<i>3cat náusea em nsd</i>		
CIRURGÃO	<i>Pablo</i>	ANESTESISTA	<i>Edilvander</i>		
1º AUXILIAR		2º AUXILIAR			
INSTRUMENTADOR	<i>marley</i>	INÍCIO	<i>20:50</i>	TÉRMINO	<i>23:00</i>
ANESTESIA	<i>Bloqueio de pleto 180cc</i>	CIRCULANTE	<i>Patrícia</i>		
Medicamento	Quant.	Material Médico Hospitalar	Quant.	Fios de Sutura	Quant.
Ácido Tranexâmico sol. inj. 250mg/5ml		Aguilha descartável nº		Algodão c/agulha nº	
Água destilada sol. inj. 1000ml		Aguilha Gengival		Algodão s/agulha	
Água destilada sol. inj. 10ml		Aguilha para Raqui nº		Caprofyl nº	
Alfentanila sol. inj. 0,544mg/ml - amp 5ml		Aguilha Peridural nº 18		Catgut Cromado nº	
Atropina sol. inj. 0,25mg/ml - amp 1ml		Algodão bola		Catgut Simples nº	
Flupivacaína + Glicose sol. inj. 0,5% - amp 4ml		Atadura de Crepe nº		Ethibond nº	
Supivacaína Isobárica sol. inj. 0,5% - amp 4ml		Atadura gessada nº		Fio de Aço nº	
Cefalotina sol. inj. 1g - fr/amp		Cateter para Oxigênio		Kit Catarata	
Cefazolina sol. inj. 1g - fr/amp		Cateter para venopuncção nº	<i>2,9</i>	Monocryl nº	
Cetoprofeno sol. inj. 1M 50mg/ml - amp 2ml		Cera para Osso		Nylon nº	<i>BC</i>
Cetoprofeno sol. inj. IV 100mg - fr/amp		Coletor Sistema Aberto		PDS nº	
Cetorolaco sol. inj. 30mg/ml - amp 1ml		Coletor Sistema Fechado		Prolene nº	
Cisatracúrio sol. inj. 2mg/ml - amp 5ml		Compressa de gaze 7,5 x 7,5	<i>1</i>	Seda nº	
Clonidina sol. inj. 150mcg/ml - amp 1ml		Dreno		Vicryl nº	
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 100ml		Eletrodo		Fio de cerclagem nº	
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 250ml		Equipo macro com injetor		Fio de Kirschner nº	<i>0,0</i>
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 500ml		Equipo para hemoderivados			
Dexametasona sol. inj. 4mg/ml - amp 2,5ml		Escova para degernação			
Dextroacetamina sol. inj. 50mg/ml - TAXA		Espadrapo			
Diazepam sol. inj. 5mg/ml - amp 2ml		Luva estéril nº	<i>20 451</i>		
Diclofenaco sol. inj. 25mg/ml - amp 3ml		Máscara descartável			
Enoxaparina sol. inj. 40mg seringa 0,4ml		Micropore			
Epinefrina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml		Palito			
Etiléfrina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml		Sapatilha descartável	<i>1</i>		
Etomidato sol. inj. 2mg - amp 10ml		Scalp nº			
Fentanil sol. inj. 0,05mg/ml - TAXA		Seringa 10ml	<i>1</i>		
Glicose sol. inj. 5% - fr 250ml		Seringa 1ml			
Glicose sol. inj. 5% - fr 500ml		Seringa 20ml	<i>1</i>		
Heparina sol. inj. 5.000UI - TAXA		Seringa 3ml			
Hidrocortisona sol. inj. 100mg - fr/amp		Seringa 5ml			
Hidrocortisona sol. inj. 500mg - fr/amp		Seringa 60ml			
Hioscina + Dipirona sol. inj. - amp 5ml		Seringa Perda de Resistência			
Levobupivacaína sol. inj. 0,5% CV - TAXA		Sonda de Foley 02 vias nº			
Levobupivacaína sol. inj. 0,5% SV - TAXA		Sonda de Foley 03 vias nº			
Lidocaína sol. inj. 2% CV - Fr/Amp - TAXA		Sonda endotraqueal nº			
Lidocaína sol. inj. 2% SV - Fr/Amp - TAXA		Sonda nasogástrica curta nº			
Metronidazol sol. inj. 5mg/ml - bolsa 100ml		Sonda nasogástrica longa nº			
Midazolam sol. inj. 5mg/ml - amp 3ml		Sonda uretral nº			
Morfina sol. inj. 0,2mg/ml - amp 1ml		Stimuplex	<i>1</i>		
Morfina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml		Torneira de 03 vias			
Morfina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml		Touca descartável	<i>1</i>		
Nalbufina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml		Tubo de silicone			
Naloxona sol. inj. 0,4mg/ml - amp 1ml		<i>Desinfecção AVP</i>			
Neostigmina sol. inj. 0,5mg/ml - amp 1ml		<i>Funilaria AVP</i>			
Omeprazol sol. inj. 40mg - fr/amp		<i>Funilaria de novo</i>			
Ondasetrona sol. inj. 4mg - amp 2ml		<i>Funilaria de novo</i>			
Ondasetrona sol. inj. 8mg - amp 2ml		<i>Funilaria de novo</i>			
Peticina sol. inj. 50mg/ml - amp 2ml		<i>Funilaria de novo</i>			
Prometazina sol. inj. 50mg - amp 2ml		<i>Funilaria de novo</i>			
Propofol sol. inj. 10mg/ml - amp 20ml		<i>Funilaria de novo</i>			
Ranitidina sol. inj. 25mg/ml - amp 2ml		<i>Funilaria de novo</i>			
Remifentanila sol. inj. 2mg - fr/amp		<i>Funilaria de novo</i>			
Ringer com Lactato sol. inj. - fr 500ml		<i>Funilaria de novo</i>			
Rocurônio sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 5ml		<i>Funilaria de novo</i>			
Ropivacaína sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 20ml		<i>Funilaria de novo</i>			
Sevoflurano sol. p/ inalação 1mg/ml - TAXA		<i>Funilaria de novo</i>			
Sufentanila sol. inj. 5mcg/ml - amp 2ml		<i>Funilaria de novo</i>			
Suxametônio sol. inj. 100mg - fr/amp		<i>Funilaria de novo</i>			
Tenoxicam sol. inj. 20mg - fr/amp		<i>Funilaria de novo</i>			
Tenoxicam sol. inj. 40mg - fr/amp		<i>Funilaria de novo</i>			

TAXAS E EQUIPAMENTOS	INÍCIO	TÉRMINO	TAXAS E EQUIPAMENTOS	INÍCIO	TÉRMINO
Taxa de aparelho de anestesia			Taxa de Capnógrafo		
Taxa de Aspirador			Taxa de Intensificador	<i>(adição)</i>	
Taxa de Bisturi Elétrico			GAZES		
Taxa de Monitor Cardíaco	<i>TK</i>	<i>23:00</i>	Air comprimido		
Taxa de Motor	<i>TK</i>	<i>23:00</i>	CO ₂		
Taxa de Oxímetro de Pulso	<i>TK</i>	<i>23:00</i>	Oxigênio		
Taxa de Sala	<i>TK</i>	<i>23:00</i>	Nitrogênio		
Taxa de Videolaparoscopia					



FICHA DE INTERNAÇÃO
TERMO DE RESPONSABILIDADE

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES		Registro: 6995
Nascimento: 15/10/1973	45 Anos	Sexo: Feminino
Identidade: 5422526	CPF: 858.738.294-20	Profissão:
Endereço: BARAO DE ITAMARACA		Bairro: INDIANOPOLIS
Cidade: CARUARU	UF	CEP: 55026005
Filiação: ADELIA BERNARDINA MARQUES		/ JOSE BERNARDINO MARQUES
Telefone: (81) 98835-6235	Celular:	Religião:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Médico Internação: PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE		Prontuário: 20279
Convênio: PARTICULAR HSG		Data Internação:
Matrícula: 449761001	Guia:	Validade Guia:
Tipo Acomodação: Enfermaria		Clínica: Cirúrgica
Bloco: 3º ANDAR	Acomodação: ENFERMARIA 308	
	Leito: A	

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES	CPF: 858.738.294-20	Identidade: 5422526
Endereço: BARAO DE ITAMARACA		Bairro: INDIANOPOLIS
Cidade: CARUARU	UF	Telefone: 81988356235

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O responsável, já devidamente qualificado e abaixo assinado, declara para todos os efeitos de direito que assume plena e total responsabilidade na condição de pagador solidário e/ou principal, por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima residente e domiciliado no endereço supra mencionado, atendido e/ou internado neste Hospital.

No caso de o paciente acima mencionado ser associado a qualquer Instituição que mantenha convênio com este Hospital, seja para pagamento total ou parcial do tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial, declara para todos os fins de direito que assume inteira responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital pela Instituição conveniada, seja a que título for, incluindo atraso de pagamento em relação ao pactuado entre Instituição e o Hospital.

Declara, ainda, a validade das despesas já mencionadas até a liquidação do débito, independente de notificação prévia e em caso de inadimplência, acrescidos de juros de mora a partir da alta hospitalar, despesas de cobrança e correção pelos índices de juros bancários.

Outrossim, autoriza que as despesas que forem realizadas, seja(m) emitidas(s)duplicata(s) correspondente(s) a esses valores, em nome do responsável e/ou do paciente, ficando sob a responsabilidade de qualquer dos indicados honrar o pagamento do(s) referido(s) título(s).

Fica eleito como foro competente para dirimir eventuais dissídios decorrentes deste termo ou de qualquer procedimento realizado neste hospital, o foro da comarca de CARUARU/PE, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais especial que seja.

OBSERVAÇÕES GERAIS:

Este hospital não dispõe de qualquer tipo de cofre para guarda de pertences e/ou valores de seus pacientes e/ou acompanhantes, como também nenhum funcionário do Hospital encontra-se autorizado a proceder à guarda e/ou vigilância dos mesmos, cabendo aos senhores pacientes e acompanhantes a responsabilidade única e exclusiva de guarda e, vigilância de seus pertences e/ou valores, não devendo deixá-los no apartamento quando de sua(s) ausência(s).

Caso o paciente de CONVÉNIO possua autorização de internamento em ENFERMARIA, por opção do paciente ou responsável seja solicitada a troca de acomodação por APARTAMENTO o responsável deverá se encaminhar ao setor financeiro para pagamento dela diferença no ato da internação.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Será realizado algum outro procedimento além do que está autorizado na guia do convênio? () Sim (X) Não

(Caso Afirmativo Descreva: _____)

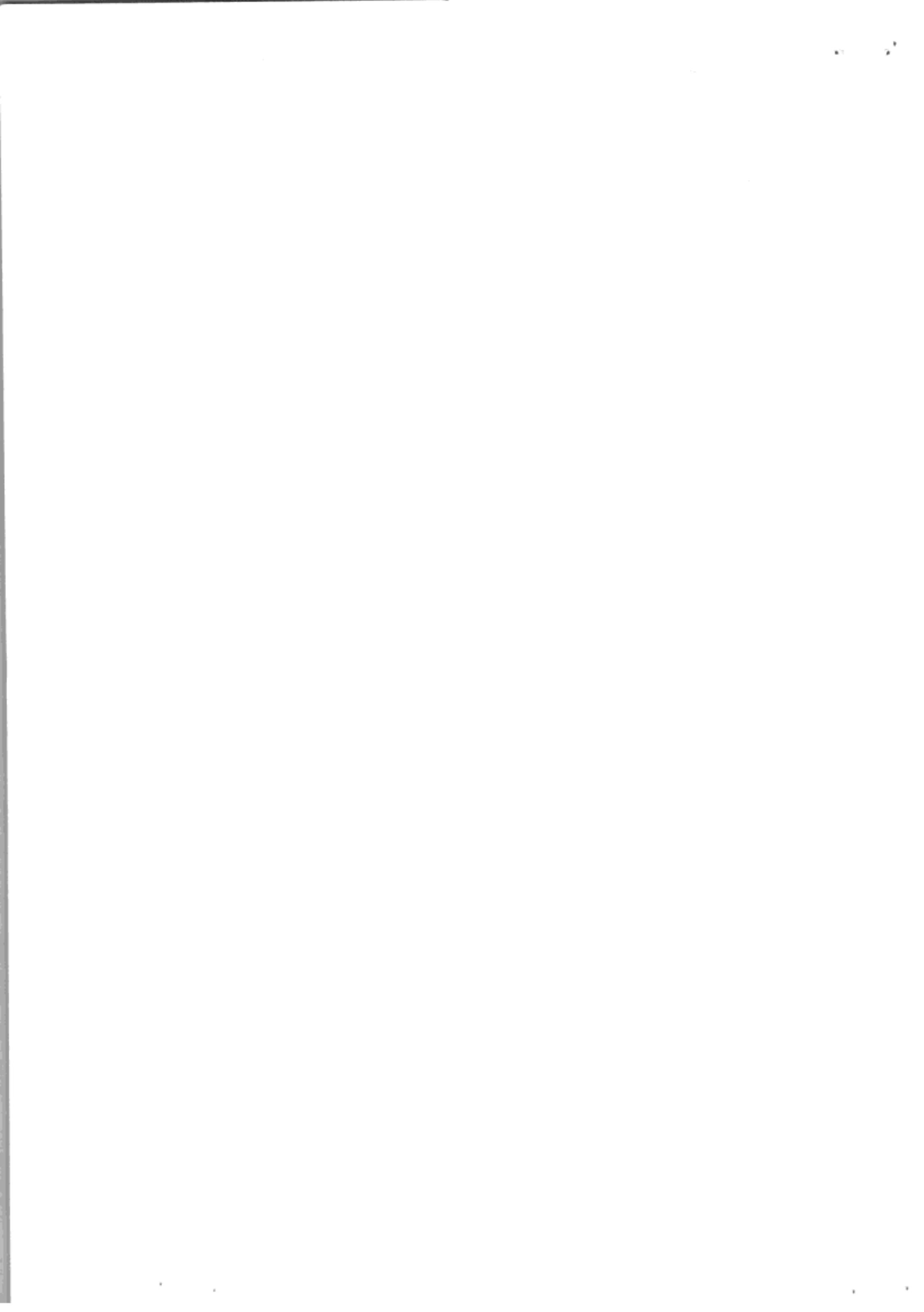
COBERTURAS PARA ACOMPANHANTE? () SIM (X) NÃO

Caruaru, 10 de Outubro de 2019.

Josimere Marques Vencenzo

Fornecimento de cópia de prontuário.

Ramila
HOSPITAL MEMORIAL CARUARU S/C
Usuário Internação:





CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TODAS AS OPERAÇÕES CIRÚRGICAS

Este é um formulário padrão de consentimento orientado para operações cirúrgicas. As informações aí contidas servem tanto para pequenas cirurgias como para grandes em pacientes com várias complicações.

Estas informações não pretendem assustá-lo, e sim lhe oferecer dados sobre todos os riscos que eventualmente possam acontecer com procedimentos cirúrgicos. Por exemplo: em muitas operações há uma possibilidade muito remota de se precisar de transfusão sanguínea, mas assim a possibilidade de de transfusão é mencionada. Esperamos que este formulário o ajude a compreender melhor eventuais acontecimentos que venham a ocorrer depois da cirurgia. Se você não entender alguma coisa, PERGUNTE.

Entendi que para evitar sangramento não devo ingerir produtos com aspirina (ácido acetilsalicílico) por 7 a 10 dias antes da cirurgia.

Reconheço que, durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais aqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico abaixo e os seus assistentes designados por ele, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional dele, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em quo o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou informado de que existem riscos significantes, como perda severa de sangue, infecção e ataque cardíaco que podem levar à morte ou à incapacidade parcial ou permanente que, podem acontecer durante o desenvolvimento de qualquer procedimento. Estou ciente que nos casos de cirurgias abertas, em que se faz uma incisão, podem ocorrer infecção, dor no local da incisão ou o aparecimento de hérnia (fraqueza ou pequena abertura da parede muscular), levando a necessidade de futuros tratamentos ou procedimentos cirúrgicos.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista dos riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Estou ciente de que não existe garantia ou segurança absoluta referente aos resultados deste procedimento ou referente à cura da minha condição.

Autorizo a administração de anestesia por um médico anestesiologista aprovado pelo meu médico. Compreendo que toda anestesia envolve um certo risco ou complicações e possivelmente danos severos aos órgãos vitais, como cérebro, coração, pulmões, fígado e rins, que podem resultar em paralisia, ataque cardíaco e/ou morte cerebral por causas conhecidas ou desconhecidas.

Autorizo o uso de transfusões de sangue ou derivados do sangue se forem necessários e indicados pelos médicos. Estou ciente que existem doenças que podem ser transmitidas por meio destes produtos derivados

do sangue incluindo AIDS e hepatite. Estou ciente de que qualquer tecido ou órgão cirurgicamente removido pode ser utilizado pelo hospital ou pelo médico de acordo com a prática médica hospitalar.

Estou ciente que posso apresentar reações alérgicas desconhecidas por mim e pelos médicos aos medicamentos ou soluções utilizadas no procedimento.

Estou ciente que qualquer aspecto deste formulário de consentimento que eu não consiga entender pode ser explicado para mim em maiores detalhes apenas perguntando ao meu médico ou aos seus associados. Certifico que o meu médico me informou sobre a natureza e características do tratamento proposto, dos resultados antecipados do tratamento proposto, de outras possíveis alternativas de tratamento para esta patologia, e dos possíveis riscos conhecidos, complicações e dos benefícios antecipados envolvidos no tratamento proposto e nas formas alternativas de tratamento, incluindo o não tratamento.

Assinatura do paciente ou do responsável:

Camila Marques Venczel

Nome em letra de forma:

Camila Marques Venczel RG: _____

CPF: _____

O procedimento médico ou cirúrgico descrito no formulário, incluindo os possíveis riscos, complicações, tratamentos alternativos (incluindo o no tratamento) e resultados antecipados, foram explicados por mim ao paciente ou ao seu responsável antes que o consentimento fosse assinado.

Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____ : _____

Assinatura do médico: _____

NOME em letra de forma: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhes todas as informações necessárias e aconselhá-lo, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

HOSPITAL MEMORIAL DE CARUARU S/C LTDA
 AV JOSÉ VERÍSSIMO
 Paciente: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
 Segurado:
 Convenio: 0031 PARTICULAR HSG
 Inicio Tratamento.: 10/10/2019 as 18:23
 Localizacao..Bloco: 3ANDA 3º ANDAR
 Procedimento: 30734061 FRATURAS - REDUCAO E ESTABILIZACAO DE CADA SUPERFICIE
 Medico: 15172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE
 Tipo de Atendimento: 07 - INTERNAÇÃO

Fone.: MAURÍCIO DE NAS
 Bairro: MAURÍCIO DE NASSAU CEP: 0-
 Idade: 45 anos 15/10/ 973 Empresa:
 Matricula: 449761001
 Registro: 000006995 Cod.p/Conv:
 Alta: 11/10/2019 as 09:06 Motivo: Melhorado
 Acomodacao: ENF30
 Cod. Convenio:
 Horario do procedimento: 18:23
 Leito: A

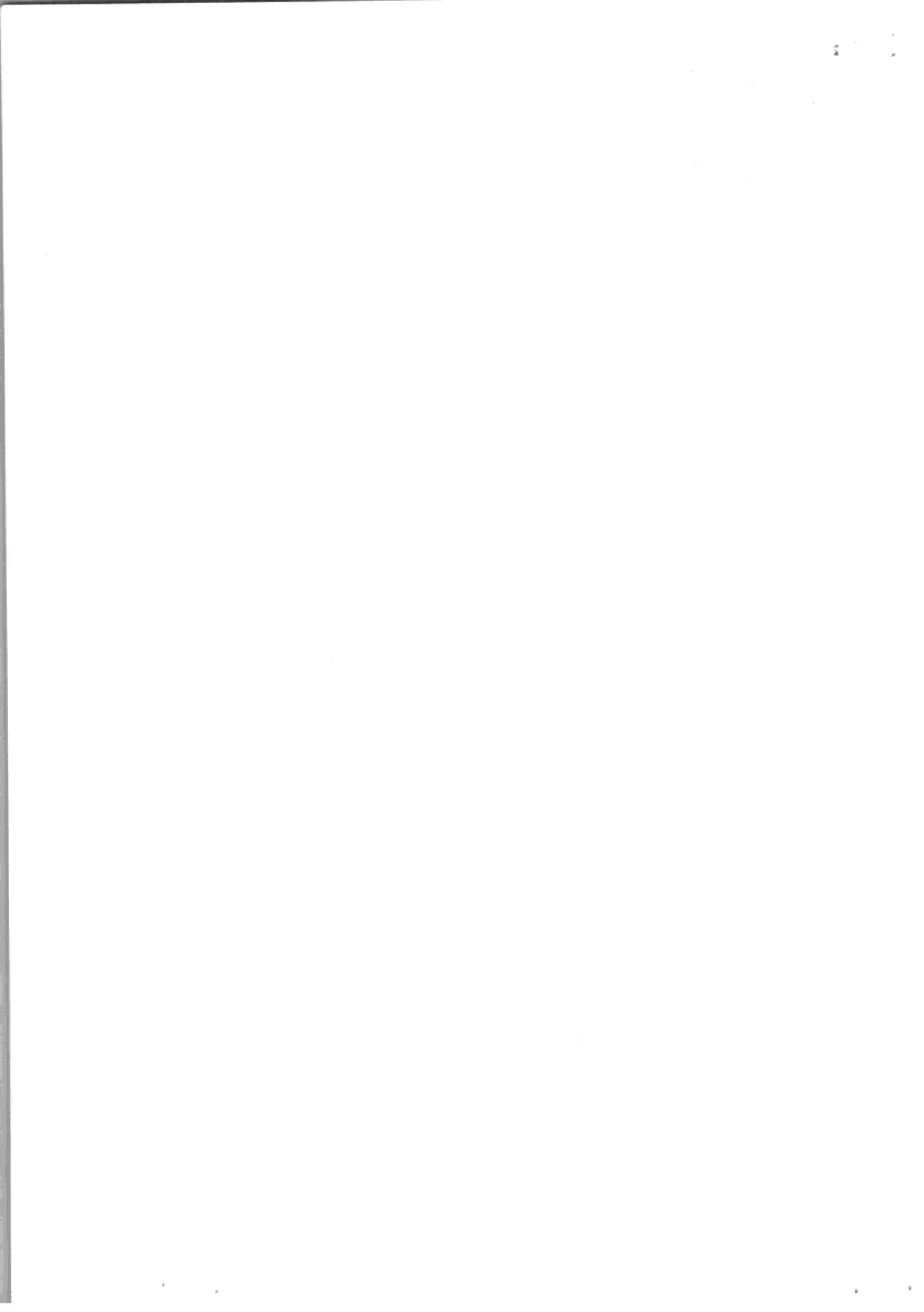
C.G.C....: 00.972.860/0001-97
 Municipio: CARUARU
 Senha:
 Remessa: 10 10/2019
 Emissao: 15/10/2019 as 09:17
 Permanencia: 1 dia
 Usuario: SARASILVA

--- DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES ---

Codigo	Descricao	Cod. THM	Qt UPH	Data	Perc.	Qtde	Valcr Unit.	Valor Total
--- Sala de Cirugia ---								
60022990	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, ATÉ 3 HORAS	10	1	1 10/10/19		1,00	450,000	450,00
60027169	ALUGUEL / TAXA DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM, P10	1	1	1 10/10/19		1,00	300,000	300,00
60031760	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE OXÍMETRO, P10	1	1	1 10/10/19		1,00	75,000	75,00
Total Sala de Cirugia ----->>								825,00
--- Enfermaria ---								
60000805	DIÁRIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BAN	30734061	1	1 10/10/19		1,00	220,000	220,00
Total Enfermaria ----->>								220,00
--- Bloco Cirurgico-Ortese e Proteses ---								
60033487	TAXA DE SERVIÇO DE ARMAZENAMENTO, MANIPULAÇÃO, 10	1	1	1 10/10/19		1,00	60,000	60,00
Total Bloco Cirurgico-Ortese e Prot								60,00
5	Subtotal Serv.Hosp.->>							1.105,00

--- MATERIAIS E MEDICAMENTOS ---

Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
--- Materiais Médico Hospitalares - Sala de Cirugia ---									
17001534.1	AGULHA P/ANESTESIA 22GA 2" A50 PLEXO STIMUPLE B.BRAUN 11/10 01:08 UNID					-10,00%	1,00	224,3430	224,34
17017622.1	CAMPO OPERATORIO TIPO COMPRESSA 25X28CM ETO P/NEVE	11/10 01:08 PCT				-10,00%	1,00	58,1760	58,18
0234014.7	CATETER NASAL OXIGENIO TP.OCULOS 1,40CM	EMBRAME 11/10 01:08 UNID				-10,00%	1,00	14,3010	14,30
17851596.3	CATETER VENOSO PERIFERICO PUR DISP.SEGURANCA B.BRAUN 11/10 01:08 UNID					-10,00%	1,00	86,1030	86,10
101848.2	COMPRESSA GAZE NIDIA 11FIOS 7,5X7,5CM ESTERIL	PRONEPR 11/10 01:08 PCT				-10,00%	3,00	5,2020	15,61
17888.6	CONECTOR COMPLETO C/TAMPA DIALINE	PRONEPR 11/10 01:08 UNID				-10,00%	1,00	4,0500	4,05
17826781.1	CURATIVO ADESIVO FIXADOR 5X5,7CM P/CATETER 10 LABOR I 11/10 01:08 UNID					-10,00%	1,00	10,8000	10,80
10028086.1	EQUIPO MICROGOTAS L15 COMPLETO 25UNID	LABOR I 11/10 01:08 UNID				-10,00%	1,00	12,6450	12,65
116969.5	ESCOVA SOL.CLOREXIDINA 2% 22ML	VIC PHA 11/10 01:08 UNID					3,00	5,7400	17,22
17022710.1	ESPARADRAPO 10,0CMX4,5MT	NEVE 11/10 01:08 CM				-10,00%	20,00	0,1211	2,42
128792.1	FIO KIRSCHNER 2,00X280MM LISO ACO	ORTOCIR 11/10 01:08 UNID				-10,00%	1,00	33,3000	33,30
10395022.9	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 3-0 45CM AG.3CM J&J ETH 11/10 01:08 UNID					-10,00%	1,00	23,5170	23,52
17036097.9	LAMINA BISTURI EST.NR.24 100UNID.FEATHER	CIRURGI 11/10 01:08 UNID				-10,00%	1,00	4,8438	4,84
17840770.2	LUVA CIRURGICA EST.LATEX C/PO NR.7,0 MAXITEX(KEVENOL 11/10 01:08 UNID					-10,00%	1,00	2,6550	2,66



HOSPITAL MEMORIAL DE CARUARU S/C LTDA
Paciente: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Fone..: MAURÍCIO DE NAS
Registro: 000006995 Guia.:
-----| Usuario: SARASILVA

C.G.C....: 00.972.860/0001-97

Pag: 002

Senha:

7840770.2 LUVA CIRURGICA EST.LATEX C/PO NR.7,5-MAXITEX(KEVENCL 11/10 01:08 UNID -10,00% 2,00 2,6550 5,31
25805.7 MANGUEIRA P/CONEXAO TANDEM CSE 11/10 01:08 UNID -10,00% 1,00 33,0750 33,08
27386.0 SERINGA 05ML C/AG.BICO LOCK 25X7MM INJEX 11/10 01:08 UNID -10,00% 1,00 2,0250 2,03
15781.3 SERINGA DESC.10ML BICO SLIP C/AG.25X7MM DESCARP 11/10 01:08 UNID -10,00% 1,00 2,7000 2,70
15781.4 SERINGA DESC.20ML BICO SLIP C/AG.25X7MM DESCARP 11/10 01:08 UNID -10,00% 2,00 4,7700 9,54

Total de Materiais Médico Hospitalares Sala d 562,65

Desconto de materiais ----> 0,00

Acrescimo de materiais ----> 0,00

Total apos acres/desc concedido -> 562,65

--- Medicamentos - Sala de Cirugia

#Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
9016702.3 CEFAZOLINA SODICA - GENERICO 1 g po inj. + so NOVAFAR 11/10 01:08 FRS/AM 1,00 10,7242 10,72									
9006554.9 CLORETO DE SODIO 0,9% - SISTEMA FECHADO 500 ml EQUIPLE 11/10 01:08 FRS 2,00 5,6258 11,65									
9004710.9 NAUSEDRON 4 mg 50 amps. x 2 ml CRISTAL 11/10 01:08 AMP 1,00 27,5396 27,54									
9030393.8 RINGER COM LACTATO - SISTEMA FECHADO 500 ml FARMACE 11/10 01:08 FRS 2,00 6,9000 13,80									
9004859.8 XYLESTESIN + EPINEFRINA 2% C/V 10 etj. 20 ml CRISTAL 11/10 01:08 ML 20,00 0,6566 13,13									
9025758.8 XYLESTESIN 2% S/V 10 fr. 20 ml CRISTAL 11/10 01:08 ML 20,00 0,5009 10,02									

Total de Medicamentos Sala de Cirugia 86,86

Desconto de medicamentos --> 0,00

Acrescimo de medicamentos -> 0,00

Total apos acres/desc concedido -> 86,86

--- Materiais Médico Hospitalares - Enfermaria

16220.5 AGULHA HIPODERMICA 25X0,7MM C/SIST.SEGURANCA SMITHS 10/10 23:35 UNID -10,00% 4,00 5,3460 21,36
16220.5 AGULHA HIPODERMICA 25X0,7MM C/SIST.SEGURANCA SMITHS 10/10 23:45 UNID -10,00% 1,00 5,3460 5,35
7003436.2 ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNI CREMER 11/10 08:13 UNID -10,00% 1,00 5,4735 5,47
01848.2 COMPRESSA GAZE NIDIA 11FIOS 7,5X7,5CM ESTERIL 11/10 08:13 PCT -10,00% 2,00 5,2020 10,40
0028086.1 EQUIPO MICROGOTAS L15 COMPLETO 25UNID LABOR I 10/10 23:35 UNID -10,00% 1,00 12,6450 12,65
7821593.5 LUVA P/PROCEDIMENTO EST.SANRO AMBI MED.(PAR) LATEX S 11/10 08: 3 UNID -10,00% 1,00 1,1700 1,17
17503.6 SERINGA 10ML LUER LOCK SR 10/10 23:35 UNID -10,00% 3,00 2,5020 7,51
07427.2 SERINGA 3ML S/AG.DESC. INJEX 10/10 23:35 UNID -10,00% 1,00 1,3500 1,35
07427.3 SERINGA 5ML S/AG.DESC. INJEX 10/10 23:45 UNID -10,00% 1,00 1,6110 1,61

Total de Materiais Médico Hospitalares Enferm 66,89

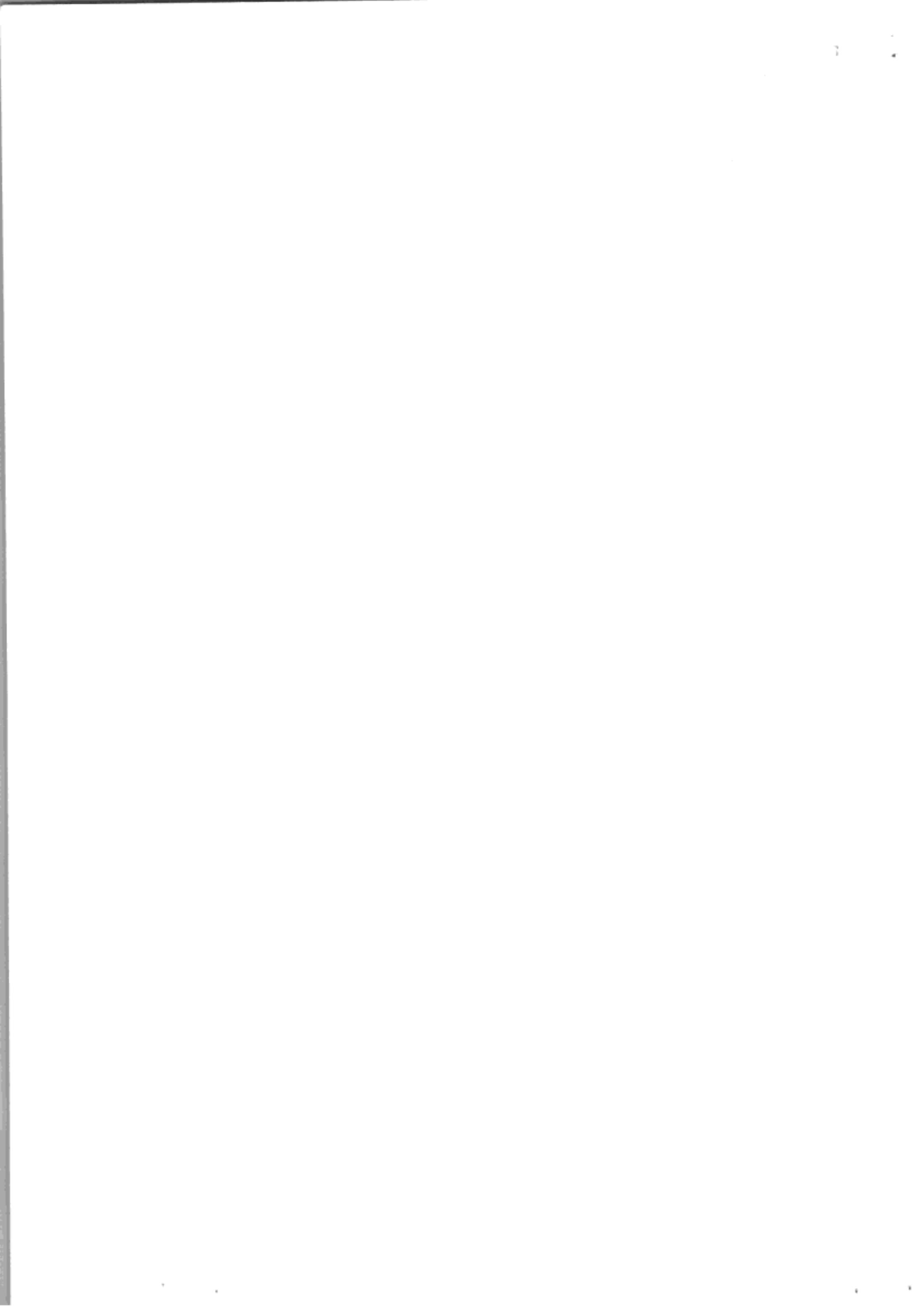
Desconto de materiais ----> 0,00

Acrescimo de materiais ----> 0,00

Total apos acres/desc concedido -> 66,89

--- Medicamentos - Enfermaria

9007208.1 AGUA PARA INJECAO 10 ml cx. 200 amp. plast. FARMACE 10/10 23:35 AMP 3,00 0,6092 1,83
9007208.1 AGUA PARA INJECAO 10 ml cx. 200 amp. plast. FARMACE 10/10 23:45 AMP 1,00 0,6092 0,61
9040435.1 CEPALOTINA - GENERICO 1 g. po sol. inj. cx. 5 TEUTO B 10/10 23:35 FRS/AM 1,00 7,5918 7,59
9040435.1 CEPALOTINA - GENERICO 1 g. po sol. inj. cx. 5 TEUTO B 10/10 23:40 FRS/AM 1,00 7,5918 7,59
9007237.5 CLORETO DE SODIO - SISTEMA FECHADO 0,9% 100 ml FARMACE 10/10 23: 5 FRS 1,00 5,8522 5,85
9006554.9 CLORETO DE SODIO 0,9% - SISTEMA FECHADO 500 ml EQUIPLE 10/10 23:35 FRS 2,00 5,8258 11,65
9020757.2 CLORIDRATO DE TRAMADOL - GENERICO 50 mg/ml so UNIAO Q 10/10 23:35 AMP 1,00 6,7956 6,80
9009692.4 DIPIRONA SODICA - GENERICO 500 mg/ml. sol. in HIPOLAB 10/10 23:35 AMP 1,00 1,4229 1,42



HOSPITAL MEMORIAL DE CARUARU S/C LTDA
Paciente: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Fone...: MAURÍCIO DE NAS
Registro: 000006995 Gu.a.:

C.G.C....: 00.972.860/0001-97
Senha:

Pag: 003 |

| Usuario: SARASILVA |

|-----+|

| 9007127.1 | TENOXICAM - GENERICO 20 mg. 50 FA + dil. 2 ml |EUROFAR|10/10|23:45|FRS/AM | | 1,00 | 7,4376 | 7,44 |
+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+

Total de Medicamentos Enfermaria

50,78

Desconto de medicamentos ->>

0,00

Acrescimo de medicamentos ->

0,00

Total apos acres/desc concedido ->>

50,78

Total Geral Materiais --->>>

629,54

Total Geral Medicamentos --->>>

137,64

Total Mat / Med ----->>>

767,18

Total de Diarias e Taxas ->

1.105,00 |

Total de Materiais ----->>>

629,54 |

Total de Medicamentos -->>>

137,64 |

Total de Mat./Med. ----->>>

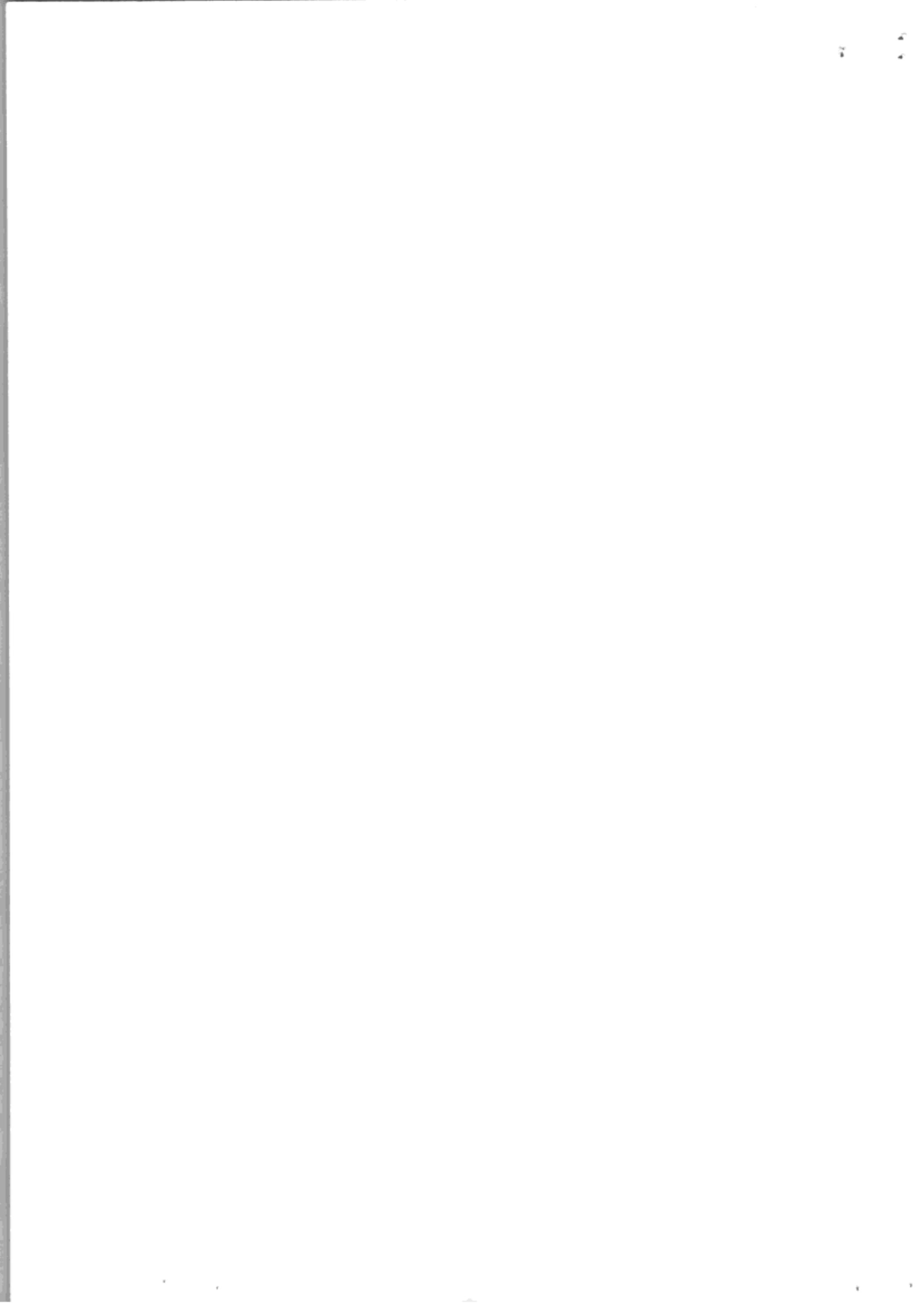
767,18 |

Total de Serv. Hosp. --->>>

1.872,18 |

Total Geral da Conta --->>>

1.872,18 |



Lumis

georat
do e



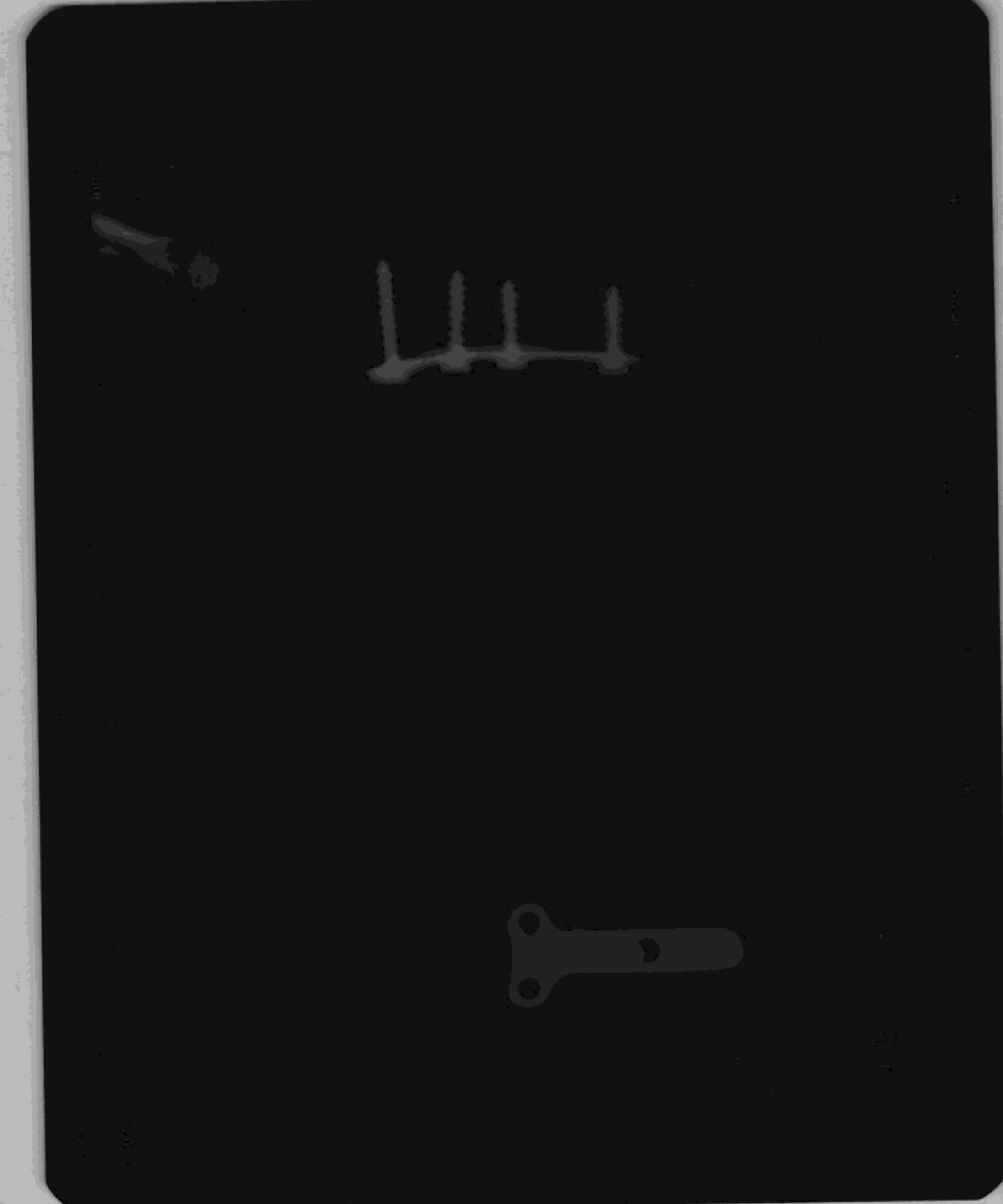
1000
CD

CD



1000
CD





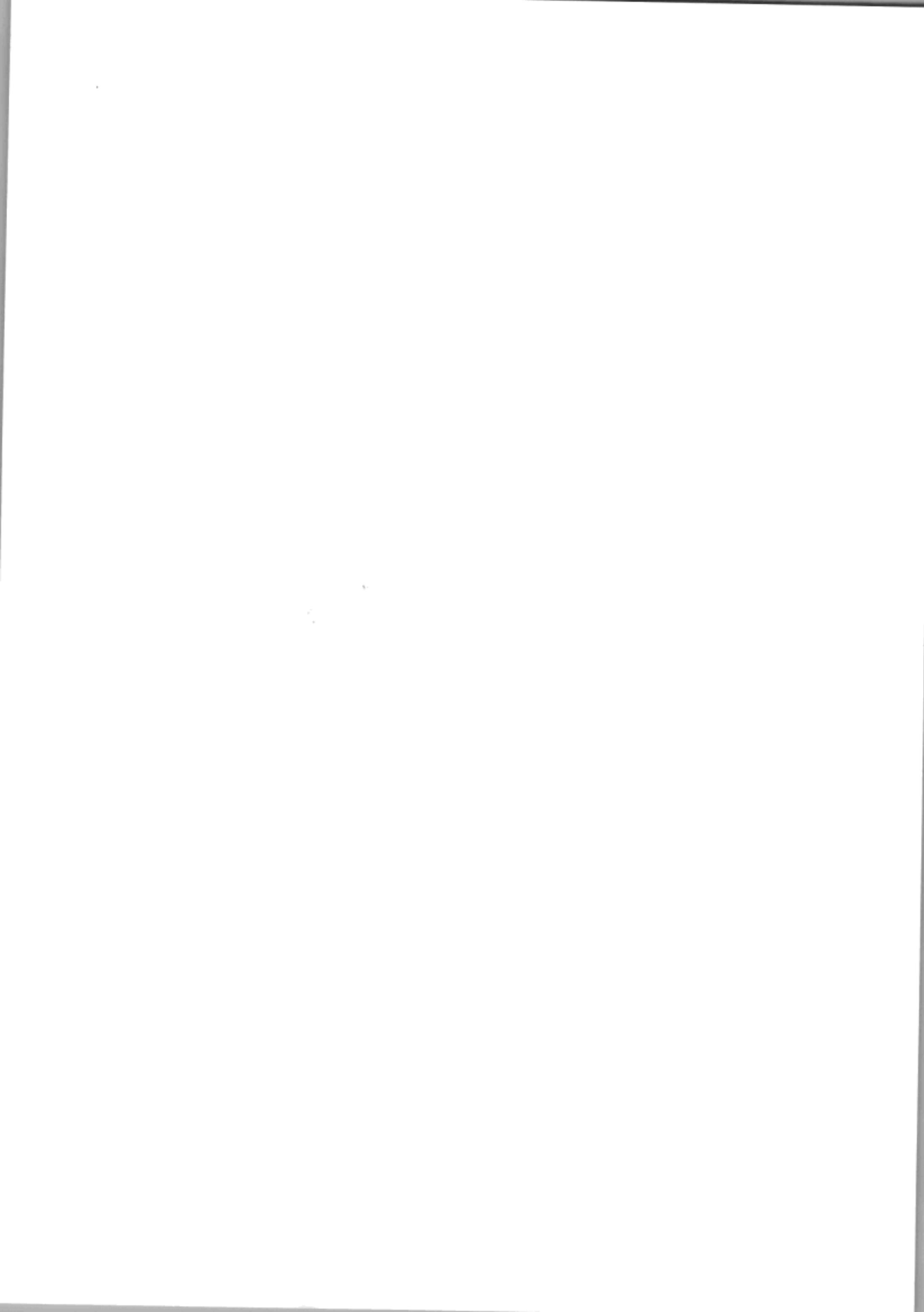
P/ JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

SOLICITO:

↓ FISIOTERAPIA MOTORA (20) SEÇÕES.

HD: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

Dr. Pablo Thiago C. de Albuquerque
Ortopedia / Traumato
CRM 15.172
Dr. PABLO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 15.172
24/10/2019





P/ JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

SOLICITO :

✓ RX PUNHO DIREITO AP/P

Dr. Pablo Thiago C. de Albuquerque
Ortopedia / Traumatologista
CRM 15.172
24/10/2019

Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE

RETORNO

DIA 21/11/2019

ÀS 13h

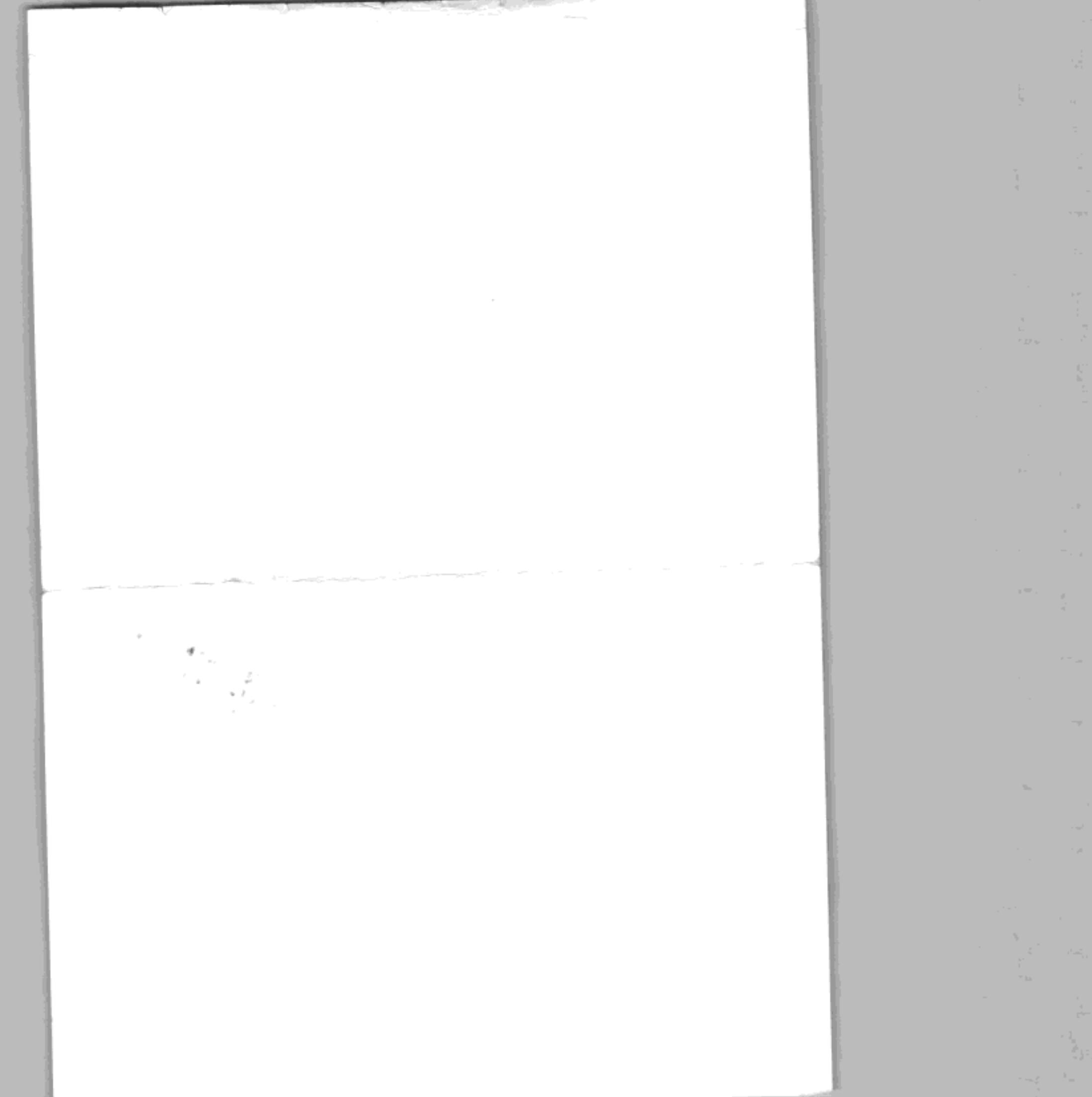
LAUDO MÉDICO:

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE JOSIMERE BERNARDINO MARQUES FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, NO DIA 10/10/2019, COM TRAUMA NO PUNHO DIREITO, OCASIONANDO FRATURA DE RÁDIO DISTAL. FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, FIXADO COM PLACA DCP 3.5mm.

CID: S52.5

Dr. Pablo Thiago C. de Albuquerque
Ortopedia / Traumatologista
CRM 15.172
28/10/2019

Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE



Kamero Bernardino Marques
15.10.1973
Female
6995
Particular
Dr. Pablo
Frat. Rude

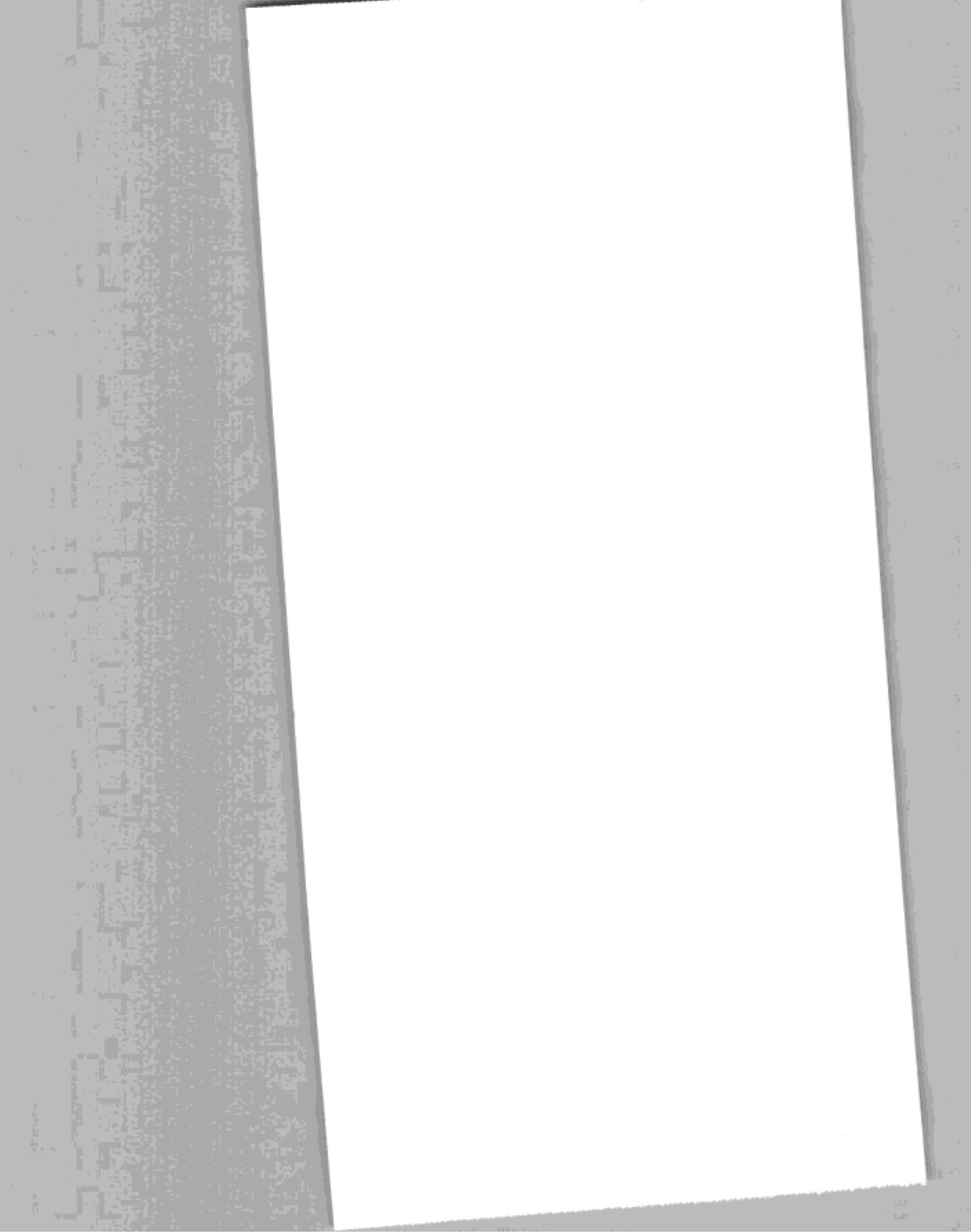
HOSP. MEM. SAO GABRIEL
23.47.54
10.10.2019



Juliane Bernardino Marques
15.10.1973
Female
6995
Particular
Dr. Pablo
Frat. Rude

HOSP. MEM. SAO GABRIEL
23.47.44
10.10.2019







BOLETIM DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

NOME PACIENTE: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES				SEXO: Feminino	NASCIMENTO: 15/10/1973	IDADE: 45 anos, 11 meses e 25 dias	
NOME DA MAE: ADELIA BERNARDINA MARQUES		NOME DO PAI: JOSE BERNARDINO MARQUES		IDENTIDADE: 5422526	CPF: 858.738.294-20	TELEFONE: (81) 98835-6235	
ENDERECO: BARAO DE ITAMARACA		Nº: 234	BAIRRO: INDIANOPOLIS	CIDADE: CARUARU	UF: PE	CEP: 55026005	CELULAR:
CONVÊNIO: 31 PARTICULAR	MATRICULA: 449761001	VALIDADE CARTEIRA: 30/12/1899		SENHA:	UNIDADE DE ATENDIMENTO: INTERNACAO- HSG		
CRM/MEDICO: 015172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE			ESPECIALIDADE: Ortopedia	CODIGO CBO: 225270	USUARIO DO ATENDIMENTO: AMANDASOUZA		
BLOCO: 3º ANDAR	ACOMODACAO: ENFERMARIA 308	LEITO: A	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE: CARUARU	PROFISSÃO:		

Queixa Principal:

História Clínica:

Exames:

HD:

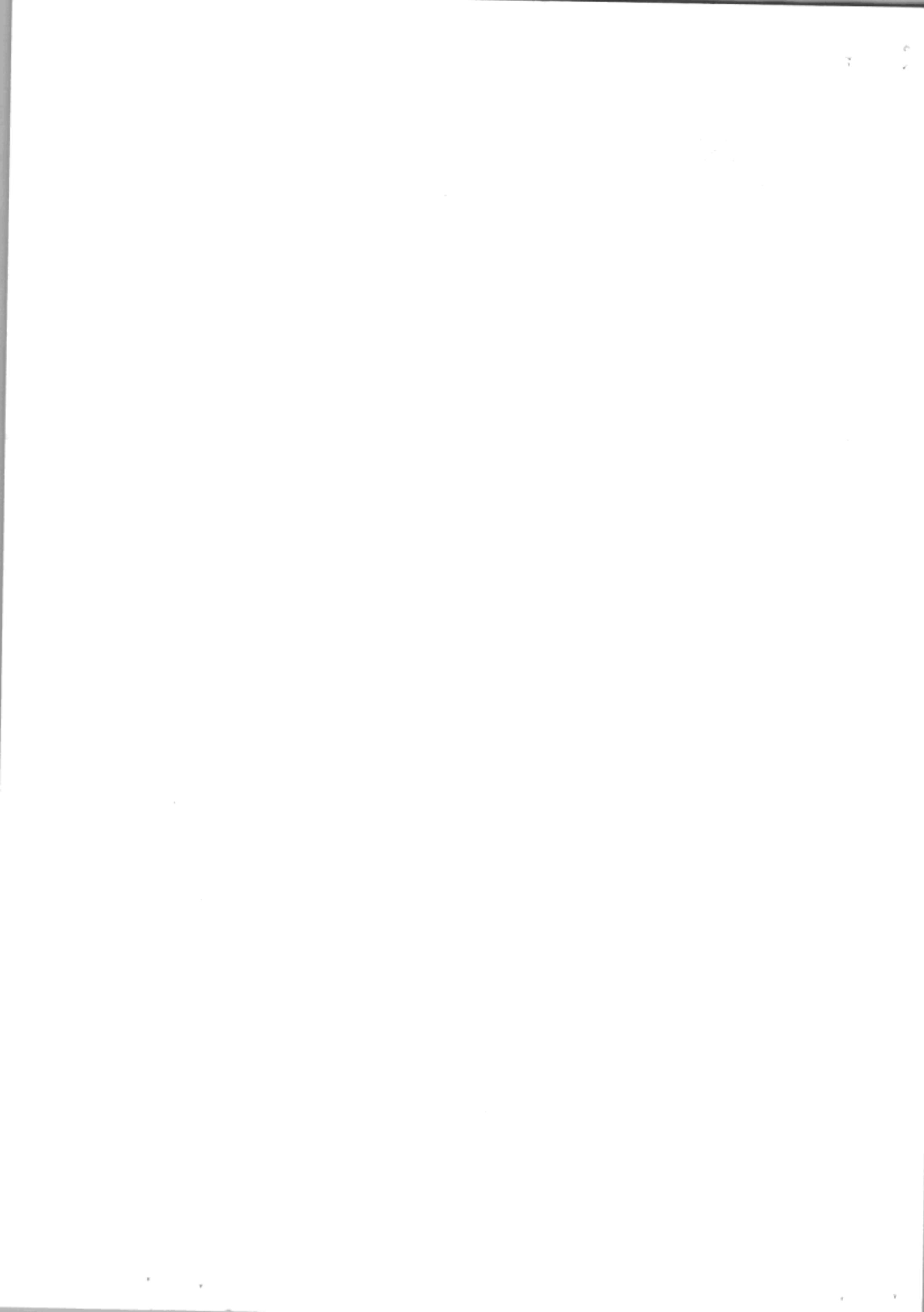
Condição: Curado Melhorado Transferido Óbito

Data Alta: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

Médico Responsável: _____

Josimere Marques Veroncelos
Paciente ou Responsável

AMANDASOUZA



RELATÓRIO CIRÚRGICO

PACIENTE:

Josimice Bernadino Marques

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura radio distal

OPERAÇÃO PROPOSTA:

Osteosíntese TTO corrugado com osteossíntese

OPERAÇÃO REALIZADA:

O mesmo

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

O mesmo

DATA:

10/10/10

INÍCIO:

TÉRMINO:

EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO:

Dr Pablo Farias

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTA:

Dr Eduardo

TIPO DE ANESTESIA:

Bloco seco

INSTRUMENTADOR(A):

Florley

POSIÇÃO DO PACIENTE:

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA NA SALA DE CIRURGIA

SOLUTO GLICOSADO:

SOLUTO FISIOLÓGICO:

RINGER LACTATO:

ANTIBIÓTICOS:

REPOSIÇÃO DE SANGUE E DERIVADOS

SANGUE TOTAL:

CONCENTRAÇÃO DE HEMÁCIAS:

CONC. PLAQUETAS:

PLASMA FRESCO:

ALBUMINA HUMANA:

HAEMACEL OU SIMILAR:

- 1 - PREPARO DO CAMPO
- 2 - VIA DE ACESSO
- 3 - ORGÃOS E LESÕES

- 4 - TÉCNICA E TÁTICA
- 5 - FECHAMENTO (FIOS E SUTURA)
- 6 - DRENO E SONDA (PENROSE, KERH, ETC.)

- 7 - ACIDENTES E COMPLICAÇÕES
- 8 - GRÁFICO DA CIRURGIA
- 9 - PEÇA OPERATÓRIA-ANAT.PATOL

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

O paciente é uma senhora
Agostina de Souza
Nascido 1960
Visualização da ferida
Reduzir cruento
Exceder com plástica "T" 3,5 mm
Drigar com lidocaína
Suturar com Nylon 3-0
Cerrado

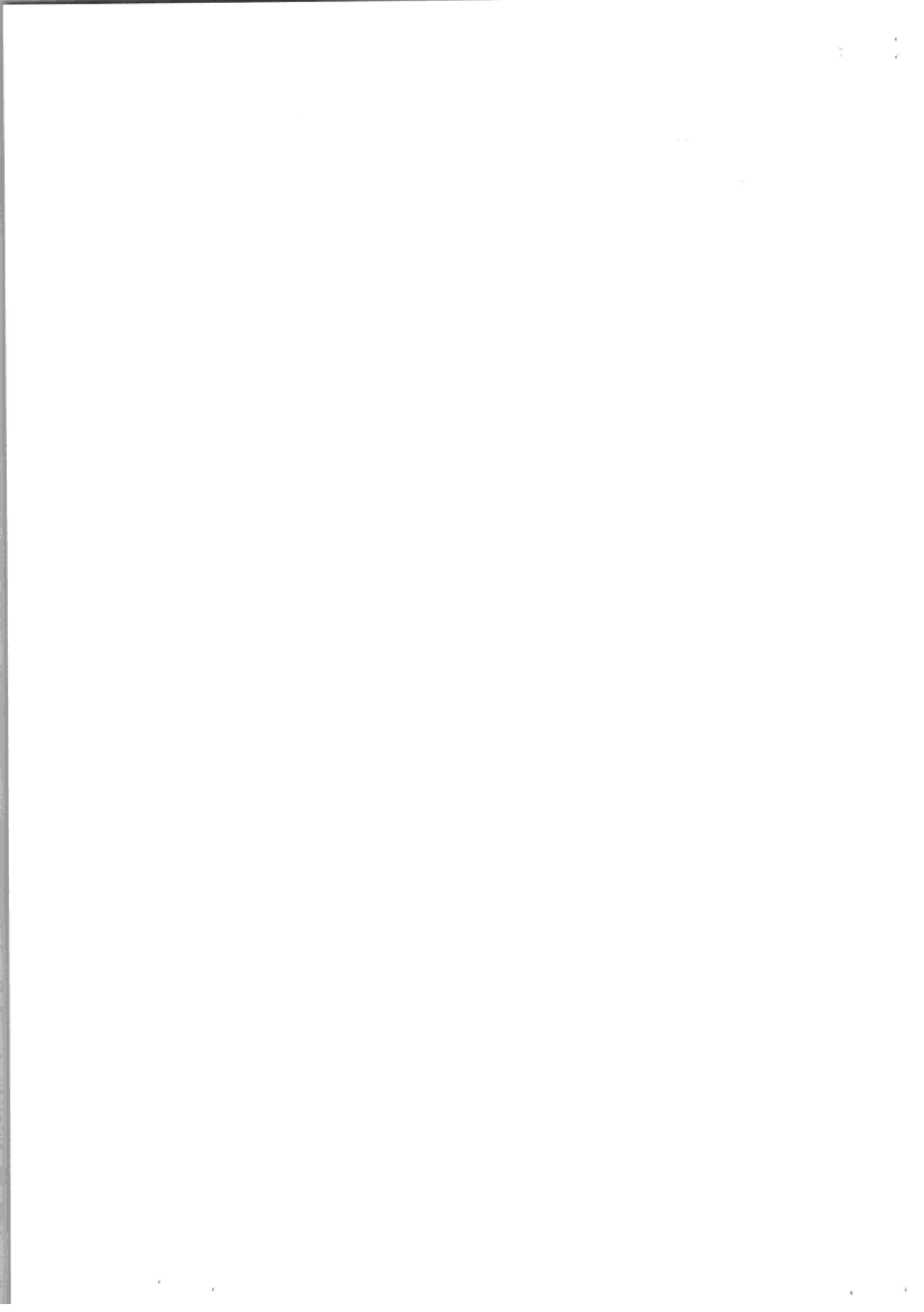
X-PADIM T. C. G. N. M. G.
Ortopedia / Traumatologia
CRM 2172



Paciente _____ Registro Nº _____

Clinica _____ Registro N.º _____
Apto. Nº _____

DATA	HORA	EVOLUÇÃO CLÍNICA (cada evolução deve ser assinada)
10/10/19		Pt. gr. subungual a ffo unguo SI unidensum
11/10/19	# Chacando #	Pt. inflam. SI unguo fo SI unguo flogostico mucoanalco (x)



Nº Registro 6995

Paciente: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Convênio: PARTICULAR HSG

Médico: 15172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE

Data Internamento: 10/10/2019 18:23:00

Bloco: 3º Enf/Apt: ENFE Leito: A

Carteira: 449761001

Data Evento: 11/10/2019 08:07:07

EVOLUCAO NUTRICAO

1 - Evolução

1.1 - Descrição

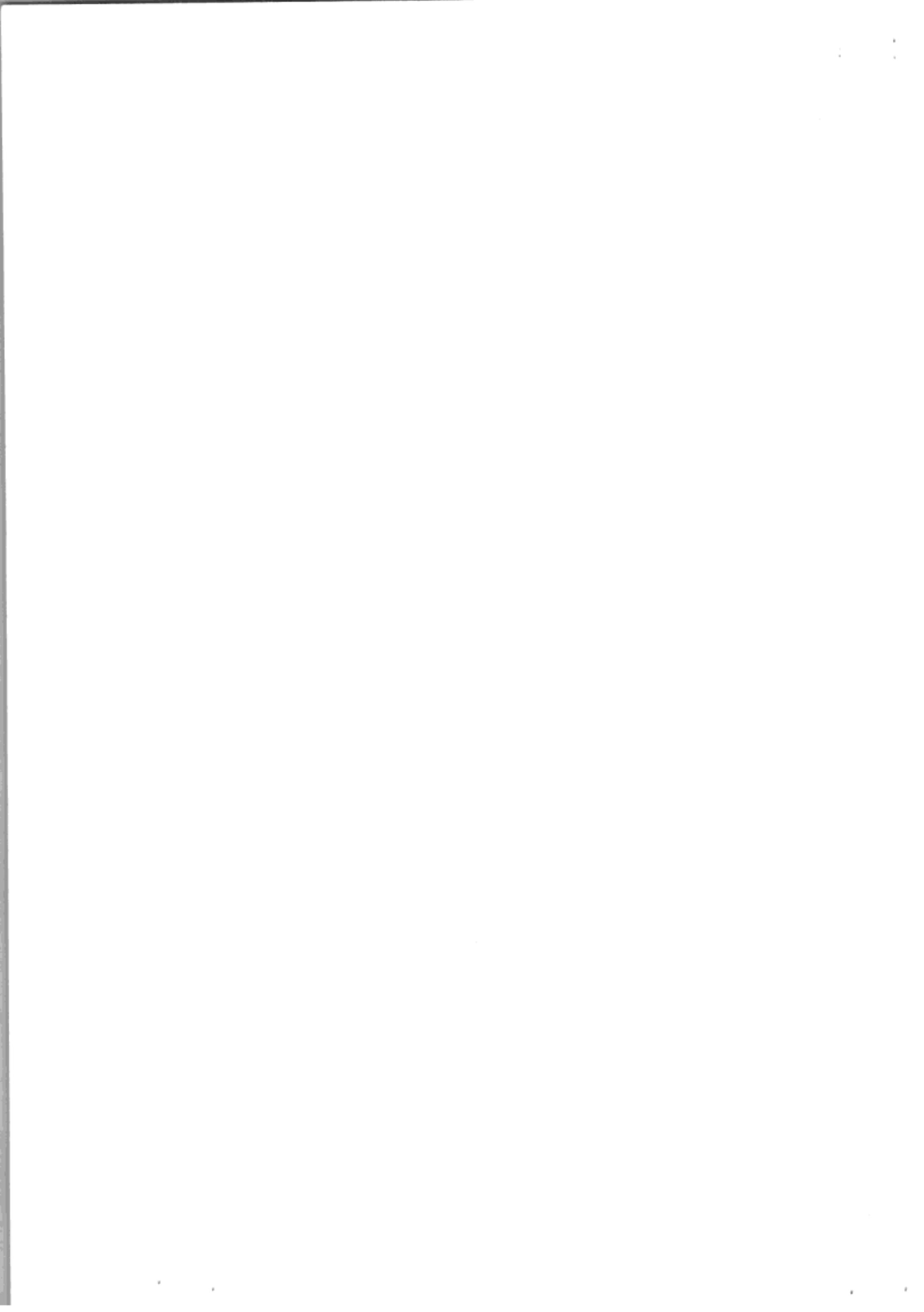
DIETA V.O, LIVRE, NORMOCALÓRICA, NORMOPROTEICA, NORMOLIPIDICA, NORMOGLICEMICA, RICA EM MICRONUTRIENTES, FRACIONADA EM 06 REFEIÇÕES/DIA. VET:2.000KCAL/DIA.PCT NÃO APRESENTA ALERGIAS OU INTOLERANCIAS ALIMENTARES.

Tatiana S. Oliveira Ferreira Nunes
Nutrocionista

TATIANA DA SILVA OLIVEIRA FERREIRA NUNES

11/10/2019 08:07:07

CRN-PE-14911





GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
Prontuário: 202/79
Sexo: Feminino
Localização: 3ANDA, ENF308, A
Clínica: Cirúrgica

Registro: 6995
Idade: 45a 11m 26d

Médico: Simone Rafela de Andrade Santos
Convênio: PARTICULAR HSG
C.I.D.:
Entrada: 10/10/2019 às 18:23
Alta:

Evolução do paciente

1

11/10/2019 as 00:36:41 - SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA A ENFERMAGEM

Localização: 3ANDA, ENF308, A

COREN: PE-199796 SIMONE RAFAELA DE ANDRADE SANTOS

1 - CABEÇALHO

1.1 - Procedência: Casa
1.2 - Alergia
Não

1.3 - Jejum

Sim

Após às: RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

1.4 - Acesso Venoso

Sim

Local:

2 - EXAME FÍSICO

3 - Integridades da pele

3.1 - Estado Geral: Regular
3.2 - Nível de Consciência

Consciente
Orientado
Calmo
Sonolento

3.3 - Hidratação: Hidratado

3.4 - Sono e repouso: Preservado

3.5 - Higiene Corporal: Adequada

3.6 - Higiene Bucal: Adequada

3.7 - Alimentação
Suspensa
Qual motivo: PCTE SOB EFEITO ANESTÉSICO

3.8 - Deambulação: Proibida por ordem médica

3.9 - Regulação Térmica: Afebril

3.10 - Oxigenação

Eupnéico
MVP+ s/RA

3.11 - Regulação Vascular: Normocárdico

3.12 - Pulso: Filiforme

3.13 - Regulação Abdominal

Plano
Indolor

3.14 - RHA

Presente

3.15 - Ferida Operatória

Sim
Local: MSD

3.16 - Dreno

Não

4 - Diagnóstico de Enfermagem

Risco para Infecção

Risco para sangramento

5 - Condutas de Enfermagem

Lavagem das mãos antes e após os procedimentos, utilizar EPI'S E técnicas assépticas.

Manter vias aéreas pélvias, monitorar FR, observar sinais de esforço respiratório

Manter decúbito adequado ao paciente conforme orientação Médica

Verificar o local da incisão cirúrgica após cada curativo.

Avaliar o processo de cicatrização da ferida operatória.



GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
Prontuário: 202/79
Sexo: Feminino
Localização: 3ANDA, ENF308, A
Clínica: Cirúrgica

Registro: 6995
Idade: 45a 11m 26d

Médico: Simone Rafela de Andrade Santos
Convênio: PARTICULAR HSG
C.I.D.:
Entrada: 10/10/2019 às 18:23
Alta:

Evolução do paciente

2

Evolução Enfermagem

3.1 - Descrição

PCIENTE SEGUE EM P.O.I TTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO, NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE EORIENTADA, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, EUPNÉICA, NORMOCORADA, SONOLENTA, EM REPOUSO NO ELITO, COM CURATIVO OCLUSIVO EM MSD, MEMBRO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM

Avaliação do Grau de Risco - Escala de Braden

7.1 - Percepção Sensorial: Muito Limitado

7.2 - Umidade: Rara

7.3 - Atividade: Acamado

7.4 - Mobilidade: Discreta Limitação

7.5 - Nutrição: Adequada

7.6 - Fricção Cisalhamento: Sem Problema Aparente

7.7 - Total: 16 Pontos

7.8 - Classificação: (15 - 16) Risco Brando

Escala de Coma de Glasgow

8.1 - Abertura Ocular: Espontânea

8.2 - Resposta Verbal: Orientado e Conversando

8.3 - Resultado: 15 Pontos

8.4 - Resposta Motora: Ao Comando

COREN: PE-199796 SIMONE RAFAELA DE ANDRADE SANTOS



GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
Prontuário: 202/79
Sexo: Feminino
Localização: 3ANDA, ENF308, A
Clínica: Cirúrgica

Registro: 6995
Idade: 45a 11m 25d

Médico: Maria Helena Vila Nova
Convênio: PARTICULAR HSG
C.I.D.:
Entrada: 10/10/2019 às 18:23
Alta:

Evolução do paciente

1

10/10/2019 às 23:30:45 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 3ANDA, ENF308, A

COREN: PE-354799 MARIA HELENA VILA NOVA

1 - Evolução

1.1 - Descrição

Paciente retorna do BC com procedimento de punho realizado, afebril, eupneica, curativo em FO limpo, segue medicada e aos cuidados da equipe.

11/10/2019 às 04:14:08 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 3ANDA, ENF308, A

COREN: PE-354799 MARIA HELENA VILA NOVA

1 - Evolução

1.1 - Descrição

Paciente EVOLUI no momento em egr no momento sem queixas do seu 1dpo de punho realizado, afebril, eupneica, curativo em FO limpo, segue medicada e aos cuidados da equipe.

11/10/2019 às 06:44:57 - Sinais Vitais

Localização: 3ANDA, ENF308, A

COREN: PE-354799 MARIA HELENA VILA NOVA

1 - Formulario SSVV

1.1 - Sinais vitais

Hora	P.Arterial	Pulso/FC	Temperatura	Respiração	Sat.O2
06:15	110/60	74	36	20	97

1.2 - Drenagens

1.2.1 - Outros Drenos

Qual:

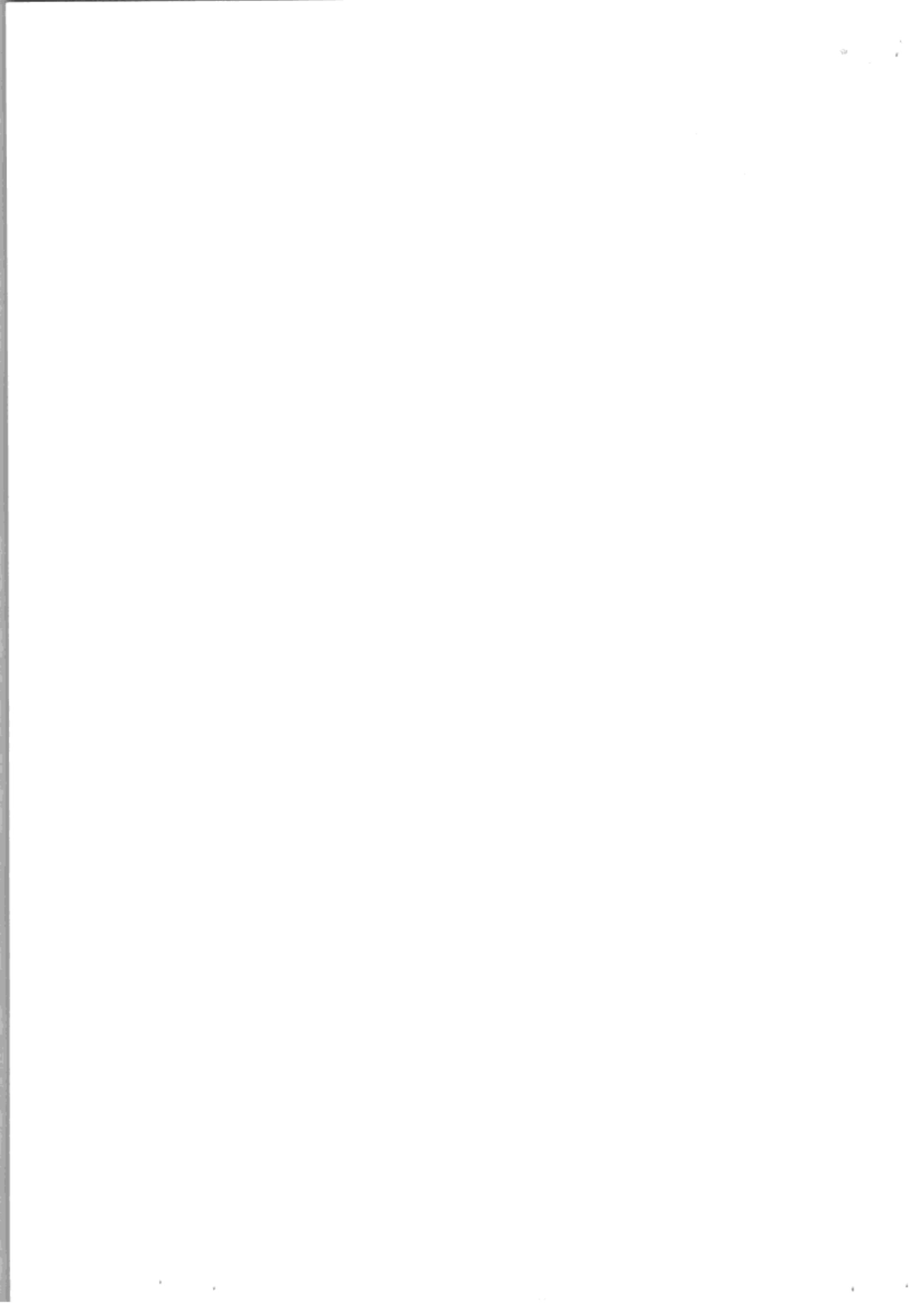
1.2.2 - Diurese

(X) Espontânea

() SVA

Maria Helena Vila Nova
Aux. Enfermeira
COREN-PE 354799

COREN: PE-354799 MARIA HELENA VILA NOVA





GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
Prontuário: 202/79
Sexo: Feminino
Localização: 3ANDA, ENF308, A
Clínica: Cirúrgica

Registro: 6995
Idade: 45a 11m 26d

Médico: Claudeane Nunes Pereira da Silva
Convênio: PARTICULAR HSG
C.I.D.:
Entrada: 10/10/2019 às 18:23
Alta:

Evolução do paciente

1

11/10/2019 as 07:21:37 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 3ANDA, ENF308, A
COREN: PE-653200 CLAUDEANE NUNES PEREIRA DA SILVA

1 - Evolução

1.1 - Descrição

ÀS 07:00 RECEBO PACIENTE EM POI PUNHO,EGR,CONCIENTE,ORIENTADA,EUPINEICA,COM AVP FUNCIONANTE,CURATIVO EM F.O,DIETA V.O,DIURESE ESPONTANEA,SEGUE AOS CUIDADOS GERAIS.

11/10/2019 as 09:05:18 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 3ANDA, ENF308, A
COREN: PE-653200 CLAUDEANE NUNES PEREIRA DA SILVA

1 - Evolução

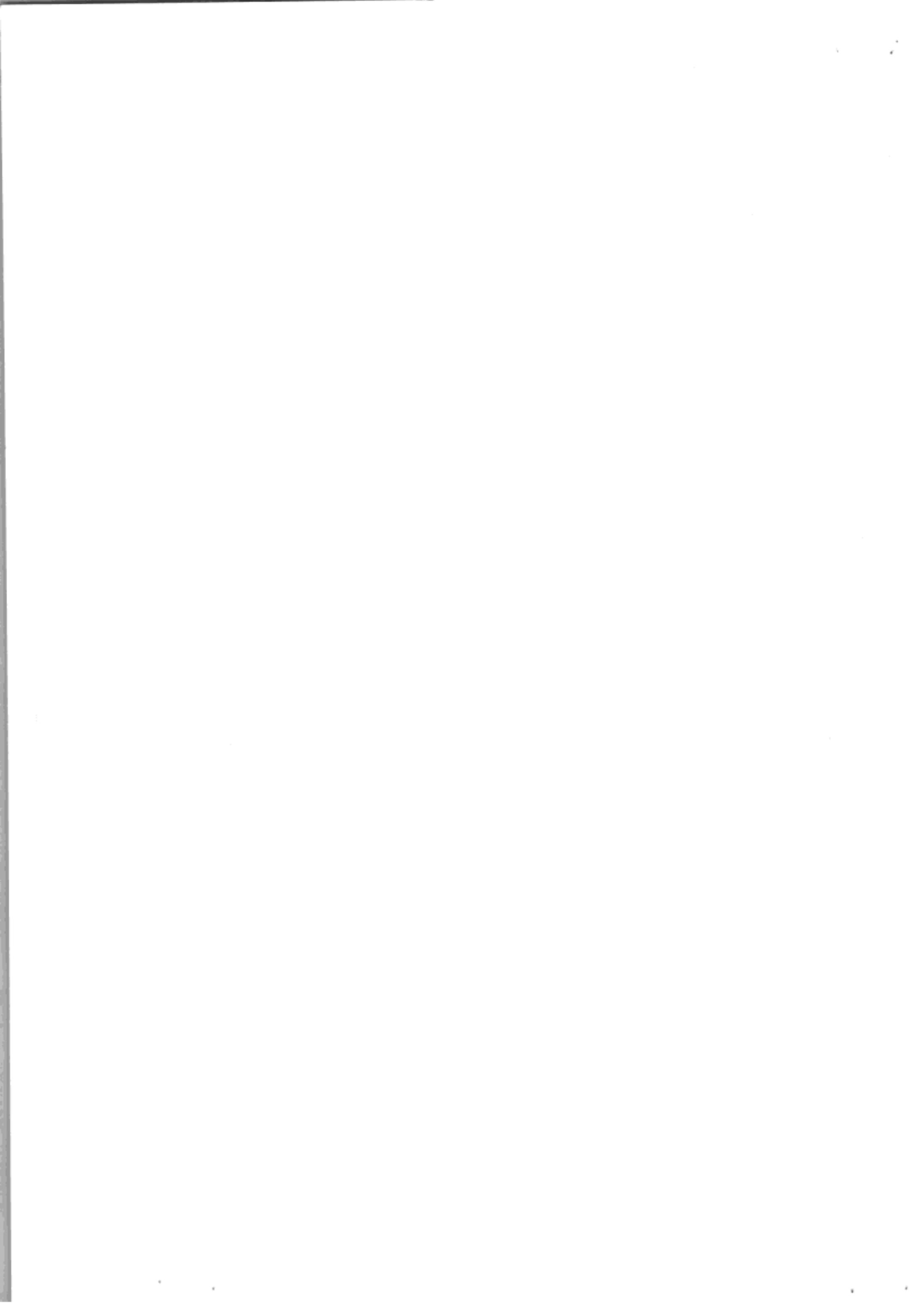
1.1 - Descrição

ÀS 09:00 PACIENTE REBE ALTA HOSPITALAR,RENOVADO CURATIVO EM F.O LIMPA E SECA UTILIZADO:

01 LUVA ESTERIL
02 GASES
01 ATADURA DE 10CC
15CM DE MICROPORE
10ML DE ALCOOL

COREN: PE-653200 CLAUDEANE NUNES PEREIRA DA SILVA

*Claudeane Nunes
de Enfermagem
PE-653200*



tem.

Bn.

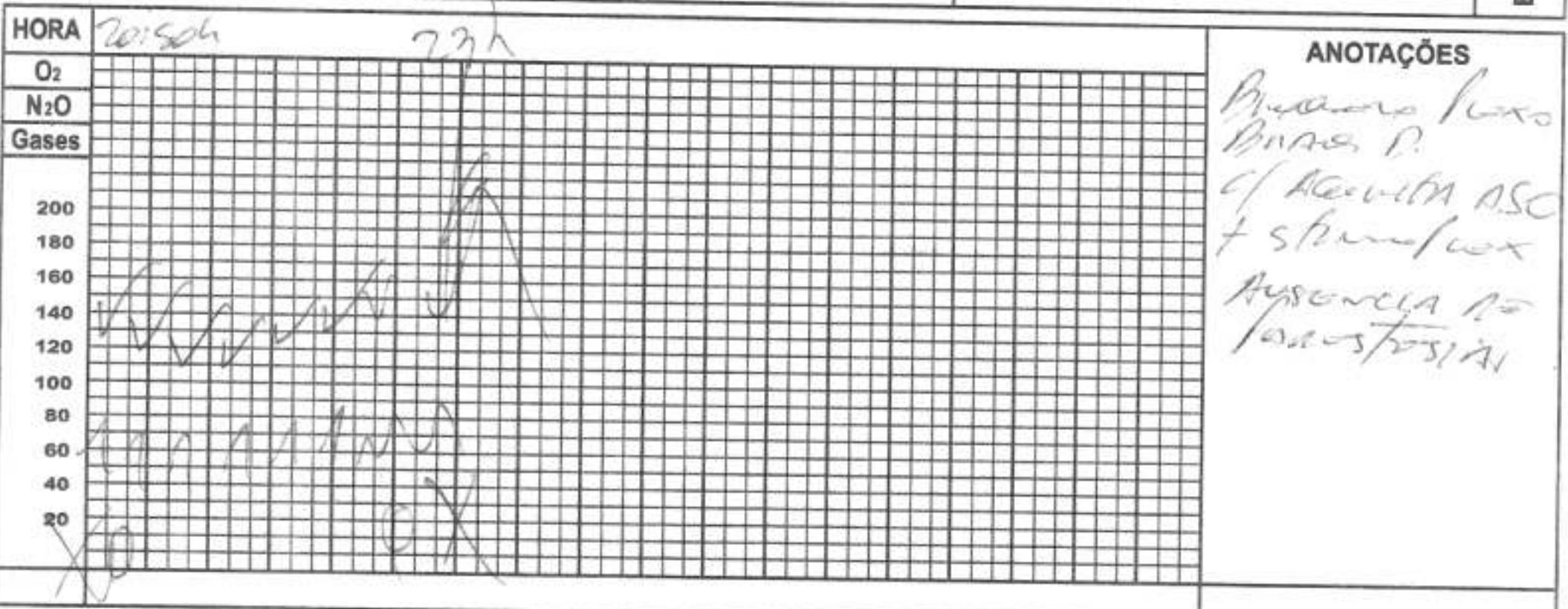
45A.

20K

monovit. S.C.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO								Anestesia nesse paciente				
SANGUE	HEMÁCIAS	HCTQ	HB	LEUCÓCITOS	P.A.	F.C.	TEMP.	RESPIRAÇÃO			ASA	II
	GRUPO SANG	TC	TS	PROTOMBINA	ANESTESIA PROPOSTA							
	GLICOSE	URÉIA	CREATININA	PROTEÍNAS	Bicarb. ligeiro							
	NA	K	CL	RESERVA ACL								
OP. PROPOSTA: Intervenção bl. nesse paciente								ALERGIA:				
OP. REALIZADA: A Bl. Posta								ANEST. ANTERIOR:				
								PRÉ-ANESTÉSICO:				

ECG.

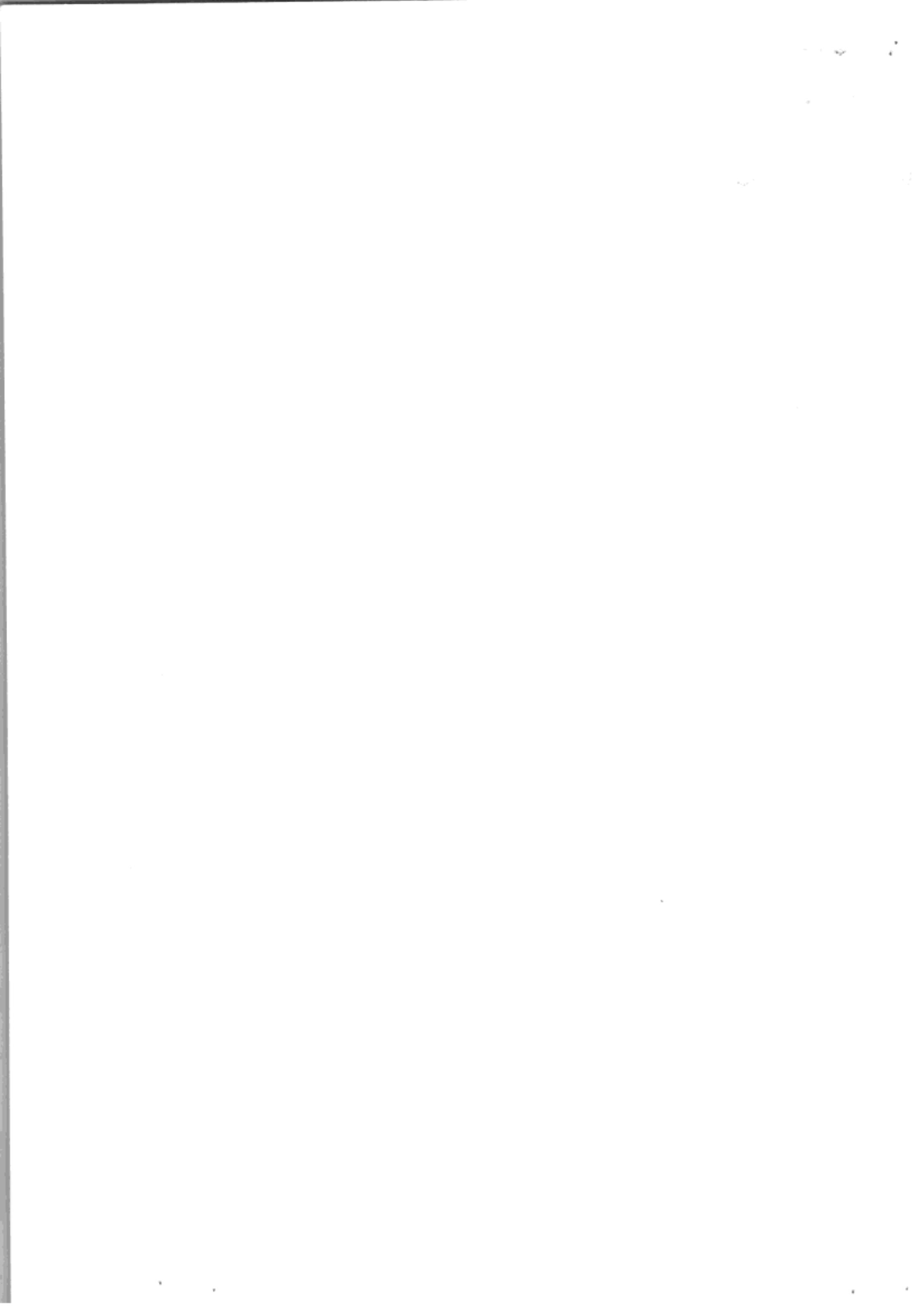


AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO ₂				
Lorazepam c/v 0.25%			Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda				Intubação
Atropina c/v 0.05%							
Cetorizina			Posição	Local Punção	Liq. Ret.	Téc. Inj.	
DoxA			Pos. Pós	Pos. Pós	Aparelho	Cond. Final	
α-Nasofaringe			Resultado	Reflexo			
			Duração da Op.		Duração da Anest.		
			Monitorização	Ox/SpO ₂ /Intraoperatoria			
			Teste Aldrete e Koulik	MOV.	CONS	COR	CIRC RESP S.R

Pablo Antunes

Médico Cirurgião

Médico Anestesista

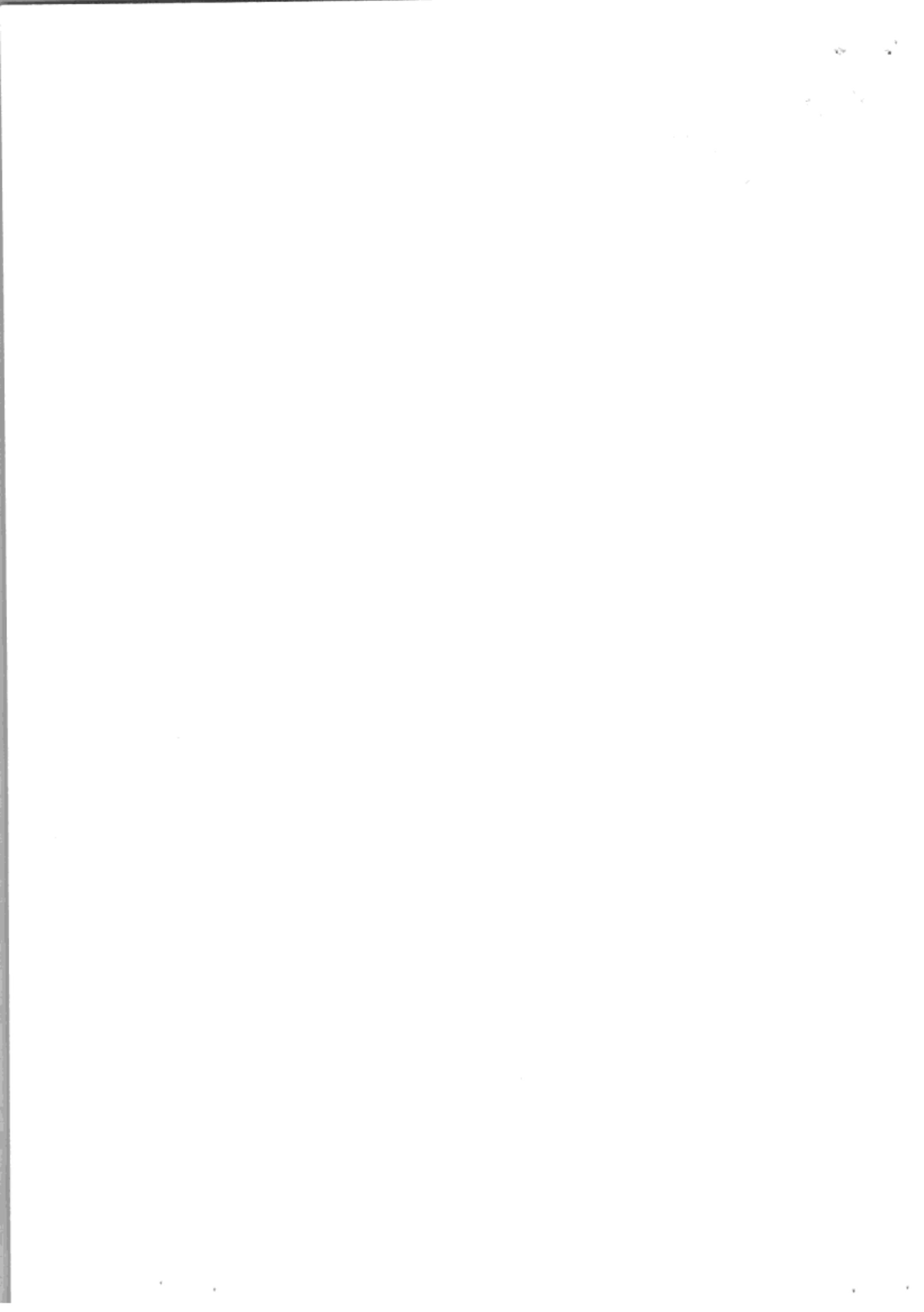


HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL
NOTA DE SALA DE CIRURGIA

5072

PACIENTE	<i>Denimere Burandina</i>	REGISTRO	<i>6095</i>	DATA	<i>10.10.19</i>
CONVÉNIO	<i>Parkinson</i>	PROCEDIMENTO	<i>3cat náusea em nsd</i>		
CIRURGÃO	<i>Pablo</i>	ANESTESISTA	<i>Edilvander</i>		
1º AUXILIAR		2º AUXILIAR			
INSTRUMENTADOR	<i>marley</i>	INÍCIO	<i>20:50</i>	TÉRMINO	<i>23:00</i>
ANESTESIA	<i>Bloqueio de pleto 180cc</i>	CIRCULANTE	<i>Patrícia</i>		
Medicamento	Quant.	Material Médico Hospitalar	Quant.	Fios de Sutura	Quant.
Ácido Tranexâmico sol. inj. 250mg/5ml		Aguilha descartável nº		Algodão c/agulha nº	
Água destilada sol. inj. 1000ml		Aguilha Gengival		Algodão s/agulha	
Água destilada sol. inj. 10ml		Aguilha para Raqui nº		Caprofyl nº	
Alfentanila sol. inj. 0,544mg/ml - amp 5ml		Aguilha Peridural nº 18		Catgut Cromado nº	
Atropina sol. inj. 0,25mg/ml - amp 1ml		Algodão bola		Catgut Simples nº	
Flupivacaína + Glicose sol. inj. 0,5% - amp 4ml		Atadura de Crepe nº		Ethibond nº	
Supivacaína Isobárica sol. inj. 0,5% - amp 4ml		Atadura gessada nº		Fio de Aço nº	
Cefalotina sol. inj. 1g - fr/amp		Cateter para Oxigênio		Kit Catarata	
Cefazolina sol. inj. 1g - fr/amp		Cateter para venopuncção nº	<i>2,9</i>	Monocryl nº	
Cetoprofeno sol. inj. 1M 50mg/ml - amp 2ml		Cera para Osso		Nylon nº	<i>BC</i>
Cetoprofeno sol. inj. IV 100mg - fr/amp		Coletor Sistema Aberto		PDS nº	
Cetorolaco sol. inj. 30mg/ml - amp 1ml		Coletor Sistema Fechado		Prolene nº	
Cisatracúrio sol. inj. 2mg/ml - amp 5ml		Compressa de gaze 7,5 x 7,5	<i>1</i>	Seda nº	
Clonidina sol. inj. 150mcg/ml - amp 1ml		Dreno		Vicryl nº	
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 100ml		Eletrodo		Fio de cerclagem nº	
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 250ml		Equipo macro com injetor		Fio de Kirschner nº	<i>0,6</i>
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 500ml		Equipo para hemoderivados			
Dexametasona sol. inj. 4mg/ml - amp 2,5ml		Escova para degernação			
Dextroacetamina sol. inj. 50mg/ml - TAXA		Espadrapo			
Diazepam sol. inj. 5mg/ml - amp 2ml		Luva estéril nº	<i>20 451</i>		
Diclofenaco sol. inj. 25mg/ml - amp 3ml		Máscara descartável			
Enoxaparina sol. inj. 40mg seringa 0,4ml		Micropore			
Epinefrina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml		Palito			
Etiléfrina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml		Sapatilha descartável	<i>1</i>		
Etomidato sol. inj. 2mg - amp 10ml		Scalp nº			
Fentanil sol. inj. 0,05mg/ml - TAXA		Seringa 10ml	<i>1</i>		
Glicose sol. inj. 5% - fr 250ml		Seringa 1ml			
Glicose sol. inj. 5% - fr 500ml		Seringa 20ml	<i>1</i>		
Heparina sol. inj. 5.000UI - TAXA		Seringa 3ml			
Hidrocortisona sol. inj. 100mg - fr/amp		Seringa 5ml			
Hidrocortisona sol. inj. 500mg - fr/amp		Seringa 60ml			
Hioscina + Dipirona sol. inj. - amp 5ml		Seringa Perda de Resistência			
Levobupivacaína sol. inj. 0,5% CV - TAXA		Sonda de Foley 02 vias nº			
Levobupivacaína sol. inj. 0,5% SV - TAXA		Sonda de Foley 03 vias nº			
Lidocaína sol. inj. 2% CV - Fr/Amp - TAXA		Sonda endotraqueal nº			
Lidocaína sol. inj. 2% SV - Fr/Amp - TAXA		Sonda nasogástrica curta nº			
Metronidazol sol. inj. 5mg/ml - bolsa 100ml		Sonda nasogástrica longa nº			
Midazolam sol. inj. 5mg/ml - amp 3ml		Sonda uretral nº			
Morfina sol. inj. 0,2mg/ml - amp 1ml		Stimuplex	<i>1</i>		
Morfina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml		Torneira de 03 vias			
Morfina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml		Touca descartável	<i>1</i>		
Nalbufina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml		Tubo de silicone			
Naloxona sol. inj. 0,4mg/ml - amp 1ml		<i>Desinfecção AVP</i>			
Neostigmina sol. inj. 0,5mg/ml - amp 1ml		<i>Funilaria AVP</i>			
Omeprazol sol. inj. 40mg - fr/amp		<i>Funilaria de novo</i>			
Ondasetrona sol. inj. 4mg - amp 2ml		<i>Funilaria de novo</i>			
Ondasetrona sol. inj. 8mg - amp 2ml		<i>Funilaria de novo</i>			
Peticina sol. inj. 50mg/ml - amp 2ml		<i>Funilaria de novo</i>			
Prometazina sol. inj. 50mg - amp 2ml		<i>Funilaria de novo</i>			
Propofol sol. inj. 10mg/ml - amp 20ml		<i>Funilaria de novo</i>			
Ranitidina sol. inj. 25mg/ml - amp 2ml		<i>Funilaria de novo</i>			
Remifentanila sol. inj. 2mg - fr/amp		<i>Funilaria de novo</i>			
Ringer com Lactato sol. inj. - fr 500ml		<i>Funilaria de novo</i>			
Rocurônio sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 5ml		<i>Funilaria de novo</i>			
Ropivacaína sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 20ml		<i>Funilaria de novo</i>			
Sevoflurano sol. p/ inalação 1mg/ml - TAXA		<i>Funilaria de novo</i>			
Sufentanila sol. inj. 5mcg/ml - amp 2ml		<i>Funilaria de novo</i>			
Suxametônio sol. inj. 100mg - fr/amp		<i>Funilaria de novo</i>			
Tenoxicam sol. inj. 20mg - fr/amp		<i>Funilaria de novo</i>			
Tenoxicam sol. inj. 40mg - fr/amp		<i>Funilaria de novo</i>			

TAXAS E EQUIPAMENTOS	INÍCIO	TÉRMINO	TAXAS E EQUIPAMENTOS	INÍCIO	TÉRMINO
Taxa de aparelho de anestesia			Taxa de Capnógrafo		
Taxa de Aspirador			Taxa de Intensificador (adição)		
Taxa de Bisturi Elétrico					
Taxa de Monitor Cardíaco	<i>TK</i>	<i>23:00</i>			
Taxa de Motor	<i>TK</i>	<i>23:00</i>			
Taxa de Oxímetro de Pulso	<i>TK</i>	<i>23:00</i>			
Taxa de Sala	<i>TK</i>	<i>23:00</i>			
Taxa de Videolaparoscopia			GAZES		
			Air comprimido		
			CO ₂		
			Oxigênio		
			Nitrogênio		



FICHA DE INTERNAÇÃO
TERMO DE RESPONSABILIDADE

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES		Registro: 6995
Nascimento: 15/10/1973	45 Anos	Sexo: Feminino
Identidade: 5422526	CPF: 858.738.294-20	Profissão:
Endereço: BARAO DE ITAMARACA		Bairro: INDIANOPOLIS
Cidade: CARUARU	UF	CEP: 55026005
Filiação: ADELIA BERNARDINA MARQUES		/ JOSE BERNARDINO MARQUES
Telefone: (81) 98835-6235	Celular:	Religião:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Médico Internação: PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE		Prontuário: 20279
Convênio: PARTICULAR HSG		Data Internação:
Matrícula: 449761001	Guia:	Validade Guia:
Tipo Acomodação: Enfermaria		Clínica: Cirúrgica
Bloco: 3º ANDAR	Acomodação: ENFERMARIA 308	
	Leito: A	

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES	CPF: 858.738.294-20	Identidade: 5422526
Endereço: BARAO DE ITAMARACA		Bairro: INDIANOPOLIS
Cidade: CARUARU	UF	Telefone: 81988356235

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O responsável, já devidamente qualificado e abaixo assinado, declara para todos os efeitos de direito que assume plena e total responsabilidade na condição de pagador solidário e/ou principal, por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima residente e domiciliado no endereço supra mencionado, atendido e/ou internado neste Hospital.

No caso de o paciente acima mencionado ser associado a qualquer Instituição que mantenha convênio com este Hospital, seja para pagamento total ou parcial do tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial, declara para todos os fins de direito que assume inteira responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital pela Instituição conveniada, seja a que título for, incluindo atraso de pagamento em relação ao pactuado entre Instituição e o Hospital.

Declara, ainda, a validade das despesas já mencionadas até a liquidação do débito, independente de notificação prévia e em caso de inadimplência, acrescidos de juros de mora a partir da alta hospitalar, despesas de cobrança e correção pelos índices de juros bancários.

Outrossim, autoriza que as despesas que forem realizadas, seja(m) emitidas(s)duplicata(s) correspondente(s) a esses valores, em nome do responsável e/ou do paciente, ficando sob a responsabilidade de qualquer dos indicados honrar o pagamento do(s) referido(s) título(s).

Fica eleito como foro competente para dirimir eventuais dissídios decorrentes deste termo ou de qualquer procedimento realizado neste hospital, o foro da comarca de CARUARU/PE, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais especial que seja.

OBSERVAÇÕES GERAIS:

Este hospital não dispõe de qualquer tipo de cofre para guarda de pertences e/ou valores de seus pacientes e/ou acompanhantes, como também nenhum funcionário do Hospital encontra-se autorizado a proceder à guarda e/ou vigilância dos mesmos, cabendo aos senhores pacientes e acompanhantes a responsabilidade única e exclusiva de guarda e, vigilância de seus pertences e/ou valores, não devendo deixá-los no apartamento quando de sua(s) ausência(s).

Caso o paciente de CONVÉNIO possua autorização de internamento em ENFERMARIA, por opção do paciente ou responsável seja solicitada a troca de acomodação por APARTAMENTO o responsável deverá se encaminhar ao setor financeiro para pagamento dela diferença no ato da internação.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Será realizado algum outro procedimento além do que está autorizado na guia do convênio? () Sim (X) Não

(Caso afirmativo Descreva: _____)

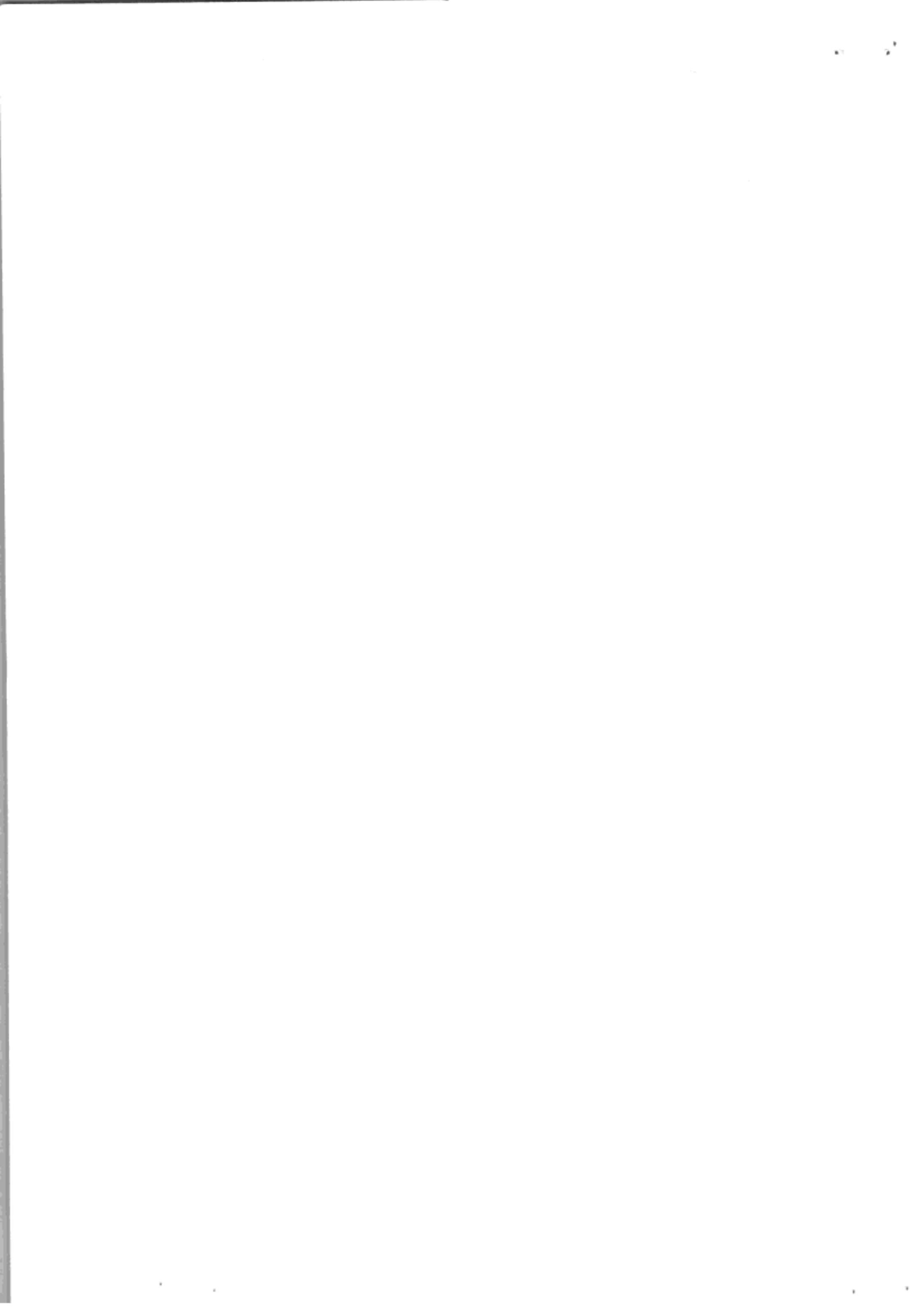
COBERTURAS PARA ACOMPANHANTE? () SIM (X) NÃO

Caruaru, 10 de Outubro de 2019.

Josimere Marques Vencenzo

Fornecimento de cópia de prontuário.

Ramila
HOSPITAL MEMORIAL CARUARU S/C
Usuário Internação:





CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TODAS AS OPERAÇÕES CIRÚRGICAS

Este é um formulário padrão de consentimento orientado para operações cirúrgicas. As informações aí contidas servem tanto para pequenas cirurgias como para grandes em pacientes com várias complicações.

Estas informações não pretendem assustá-lo, e sim lhe oferecer dados sobre todos os riscos que eventualmente possam acontecer com procedimentos cirúrgicos. Por exemplo: em muitas operações há uma possibilidade muito remota de se precisar de transfusão sanguínea, mas assim a possibilidade de de transfusão é mencionada. Esperamos que este formulário o ajude a compreender melhor eventuais acontecimentos que venham a ocorrer depois da cirurgia. Se você não entender alguma coisa, PERGUNTE.

Entendi que para evitar sangramento não devo ingerir produtos com aspirina (ácido acetilsalicílico) por 7 a 10 dias antes da cirurgia.

Reconheço que, durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais aqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico abaixo e os seus assistentes designados por ele, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional dele, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou informado de que existem riscos significantes, como perda severa de sangue, infecção e ataque cardíaco que podem levar à morte ou à incapacidade parcial ou permanente que, podem acontecer durante o desenvolvimento de qualquer procedimento. Estou ciente que nos casos de cirurgias abertas, em que se faz uma incisão, podem ocorrer infecção, dor no local da incisão ou o aparecimento de hérnia (fraqueza ou pequena abertura da parede muscular), levando a necessidade de futuros tratamentos ou procedimentos cirúrgicos.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista dos riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Estou ciente de que não existe garantia ou segurança absoluta referente aos resultados deste procedimento ou referente à cura da minha condição.

Autorizo a administração de anestesia por um médico anestesiologista aprovado pelo meu médico. Compreendo que toda anestesia envolve um certo risco ou complicações e possivelmente danos severos aos órgãos vitais, como cérebro, coração, pulmões, fígado e rins, que podem resultar em paralisia, ataque cardíaco e/ou morte cerebral por causas conhecidas ou desconhecidas.

Autorizo o uso de transfusões de sangue ou derivados do sangue se forem necessários e indicados pelos médicos. Estou ciente que existem doenças que podem ser transmitidas por meio destes produtos derivados

do sangue incluindo AIDS e hepatite. Estou ciente de que qualquer tecido ou órgão cirurgicamente removido pode ser utilizado pelo hospital ou pelo médico de acordo com a prática médica hospitalar.

Estou ciente que posso apresentar reações alérgicas desconhecidas por mim e pelos médicos aos medicamentos ou soluções utilizadas no procedimento.

Estou ciente que qualquer aspecto deste formulário de consentimento que eu não consiga entender pode ser explicado para mim em maiores detalhes apenas perguntando ao meu médico ou aos seus associados. Certifico que o meu médico me informou sobre a natureza e características do tratamento proposto, dos resultados antecipados do tratamento proposto, de outras possíveis alternativas de tratamento para esta patologia, e dos possíveis riscos conhecidos, complicações e dos benefícios antecipados envolvidos no tratamento proposto e nas formas alternativas de tratamento, incluindo o não tratamento.

Assinatura do paciente ou do responsável:

Camila Marques Venczel

Nome em letra de forma:

Camila Marques Venczel RG: _____

CPF: _____

O procedimento médico ou cirúrgico descrito no formulário, incluindo os possíveis riscos, complicações, tratamentos alternativos (incluindo o no tratamento) e resultados antecipados, foram explicados por mim ao paciente ou ao seu responsável antes que o consentimento fosse assinado.

Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____ : _____

Assinatura do médico: _____

NOME em letra de forma: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhes todas as informações necessárias e aconselhá-lo, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

HOSPITAL MEMORIAL DE CARUARU S/C LTDA
 AV JOSÉ VERÍSSIMO
 Paciente: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
 Segurado:
 Convenio: 0031 PARTICULAR HSG
 Inicio Tratamento.: 10/10/2019 as 18:23
 Localizacao..Bloco: 3ANDA 3º ANDAR
 Procedimento: 30734061 FRATURAS - REDUCAO E ESTABILIZACAO DE CADA SUPERFICIE
 Medico: 15172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE
 Tipo de Atendimento: 07 - INTERNAÇÃO

Fone.: MAURÍCIO DE NAS
 Bairro: MAURÍCIO DE NASSAU CEP: 0-
 Idade: 45 anos 15/10/ 973 Empresa:
 Matricula: 449761001 Guia.:
 Registro: 000006995 Cod.p/Conv:
 Alta: 11/10/2019 as 09:06 Motivo: Melhorado
 Acomodacao: ENF30
 Cod. Convenio:
 Horario do procedimento: 18:23
 Leito: A

C.G.C....: 00.972.860/0001-97
 Municipio: CARUARU
 UF.: PE
 Senha:
 Remessa: 10 10/2019
 Emissao: 15/10/2019 as 09:17
 Permanencia: 1 dia
 Leito: A

| Usuario: SARASILVA |

--- DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES ---

Codigo	Descricao	Cod. THM	Qt UPH	Data	Perc.	Qtde	Valcr Unit.	Valor Total

60022990	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, ATÉ 3 HORAS	10	1	1 10/10/19		1,00	450,000	450,00
60027169	ALUGUEL / TAXA DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM, P10	1	1	1 10/10/19		1,00	300,000	300,00
60031760	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE OXÍMETRO, P10	1	1	1 10/10/19		1,00	75,000	75,00
Total Sala de Cirugia ----->>								825,00

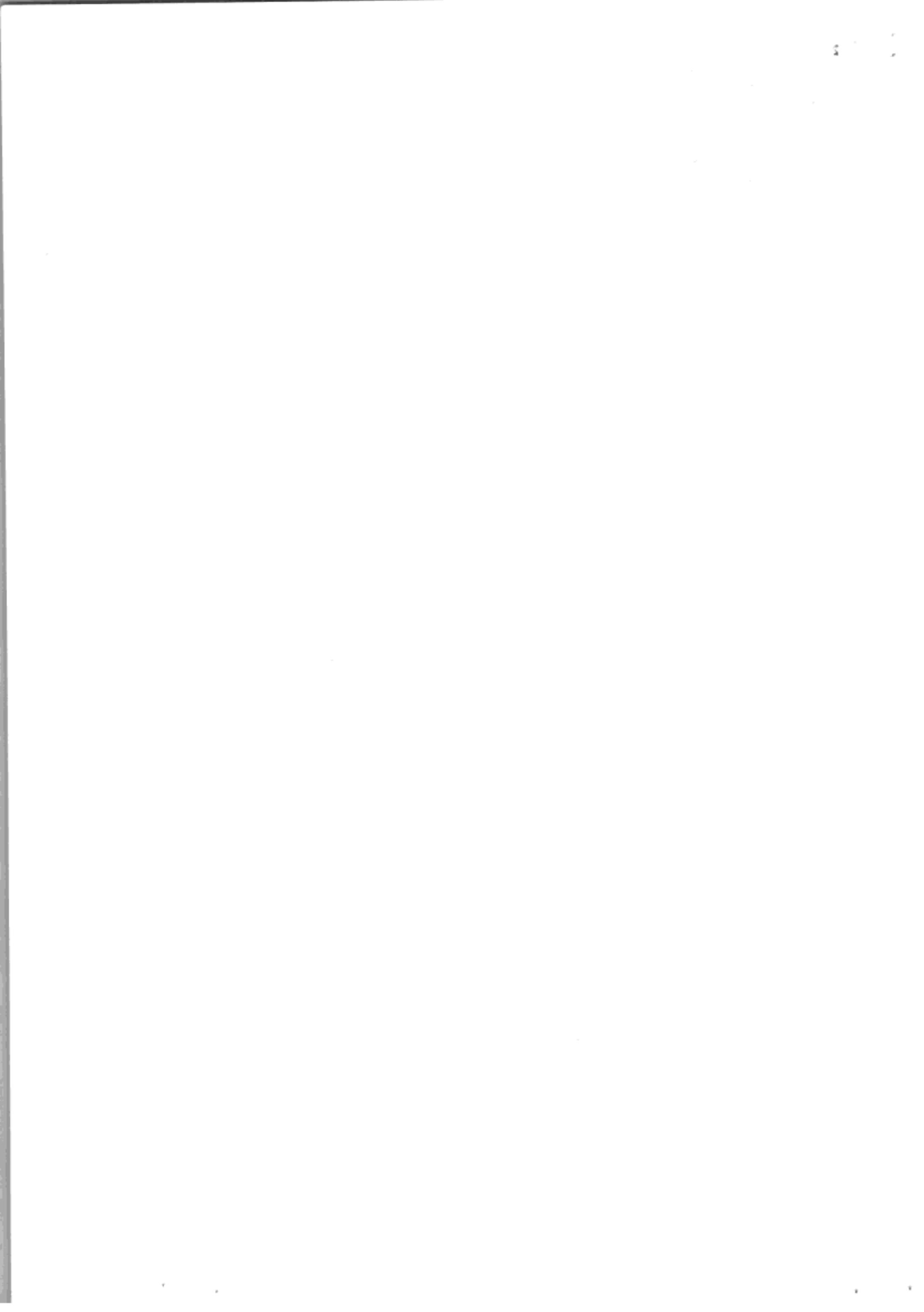
60000805	DIÁRIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BAN	30734061	1	1 10/10/19		1,00	220,000	220,00
Total Enfermaria ----->>								220,00

60033487	TAXA DE SERVIÇO DE ARMAZENAMENTO, MANIPULAÇÃO, 10	1	1	1 10/10/19		1,00	60,000	60,00
Total Bloco Cirurgico-Ortese e Prot								60,00
5 Subtotal Serv.Hosp.->>								1.105,00

--- MATERIAIS E MEDICAMENTOS ---

--- Materiais Médico Hospitalares - Sala de Cirugia

Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
17001534.1	AGULHA P/ANESTESIA 22GA 2" A50 PLEXO STIMUPLE B.BRAUN 11/10 01:08 UNID					-10,00%	1,00	224,3430	224,34
17017622.1	CAMPO OPERATORIO TIPO COMPRESSA 25X28CM ETO P/NEVE		11/10	01:08 PCT		-10,00%	1,00	58,1760	58,18
0234014.7	CATETER NASAL OXIGENIO TP.OCULOS 1,40CM	EMBRAME	11/10	01:08 UNID		-10,00%	1,00	14,3010	14,30
17851596.3	CATETER VENOSO PERIFERICO PUR DISP.SEGURANCA B.BRAUN 11/10 01:08 UNID					-10,00%	1,00	86,1030	86,10
101848.2	COMPRESSA GAZE NIDIA 11FIOS 7,5X7,5CM ESTERIL		11/10	01:08 PCT		-10,00%	3,00	5,2020	15,61
17888.6	CONECTOR COMPLETO C/TAMPA DIALINE	PRONEFR	11/10	01:08 UNID		-10,00%	1,00	4,0500	4,05
17826781.1	CURATIVO ADESIVO FIXADOR 5X5,7CM P/CATETER 10 LABOR I 11/10 01:08 UNID					-10,00%	1,00	10,8000	10,80
10028086.1	EQUIPO MICROGOTAS L15 COMPLETO 25UNID	LABOR I	11/10	01:08 8 UNID		-10,00%	1,00	12,6450	12,65
116969.5	ESCOVA SOL.CLOREXIDINA 2% 22ML	VIC PHA	11/10	01:08 UNID			3,00	5,7400	17,22
17022710.1	ESPARADRAPO 10,0CMX4,5MT	NEVE	11/10	01:08 CM		-10,00%	20,00	0,1211	2,42
128792.1	FIO KIRSCHNER 2,00X280MM LISO ACO	ORTOCIR	11/10	01:08 UNID		-10,00%	1,00	33,3000	33,30
10395022.9	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 3-0 45CM AG.3CM J&J ETH 11/10 01:08 UNID					-10,00%	1,00	23,5170	23,52
17036097.9	LAMINA BISTURI EST.NR.24 100UNID.FEATHER	CIRURGI	11/10	01:08 UNID		-10,00%	1,00	4,8438	4,84
17840770.2	LUVA CIRURGICA EST.LATEX C/PO NR.7,0 MAXITEX(KEVENOL 11/10 01:08 UNID					-10,00%	1,00	2,6550	2,66



HOSPITAL MEMORIAL DE CARUARU S/C LTDA
Paciente: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Fone..: MAURÍCIO DE NAS
Registro: 000006995 Guia.:
-----| Usuario: SARASILVA

C.G.C....: 00.972.860/0001-97

Pag: 002

Senha:

7840770.2 LUVA CIRURGICA EST.LATEX C/PO NR.7,5-MAXITEX(KEVENCL 11/10 01:08 UNID -10,00% 2,00 2,6550 5,31
25805.7 MANGUEIRA P/CONEXAO TANDEM CSE 11/10 01:08 UNID -10,00% 1,00 33,0750 33,08
27386.0 SERINGA 05ML C/AG.BICO LOCK 25X7MM INJEX 11/10 01:08 UNID -10,00% 1,00 2,0250 2,03
15781.3 SERINGA DESC.10ML BICO SLIP C/AG.25X7MM DESCARP 11/10 01:08 UNID -10,00% 1,00 2,7000 2,70
15781.4 SERINGA DESC.20ML BICO SLIP C/AG.25X7MM DESCARP 11/10 01:08 UNID -10,00% 2,00 4,7700 9,54

Total de Materiais Médico Hospitalares Sala d 562,65

Desconto de materiais ----> 0,00

Acrescimo de materiais ----> 0,00

Total apos acres/desc concedido -> 562,65

--- Medicamentos - Sala de Cirugia

#Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
9016702.3 CEFAZOLINA SODICA - GENERICO 1 g po inj. + so NOVAFAR 11/10 01:08 FRS/AM 1,00 10,7242 10,72									
9006554.9 CLORETO DE SODIO 0,9% - SISTEMA FECHADO 500 ml EQUIPLE 11/10 01:08 FRS 2,00 5,6258 11,65									
9004710.9 NAUSEDRON 4 mg 50 amps. x 2 ml CRISTAL 11/10 01:08 AMP 1,00 27,5396 27,54									
9030393.8 RINGER COM LACTATO - SISTEMA FECHADO 500 ml FARMACE 11/10 01:08 FRS 2,00 6,9000 13,80									
9004859.8 XYLESTESIN + EPINEFRINA 2% C/V 10 etj. 20 ml CRISTAL 11/10 01:08 ML 20,00 0,6566 13,13									
9025758.8 XYLESTESIN 2% S/V 10 fr. 20 ml CRISTAL 11/10 01:08 ML 20,00 0,5009 10,02									

Total de Medicamentos Sala de Cirugia 86,86

Desconto de medicamentos --> 0,00

Acrescimo de medicamentos -> 0,00

Total apos acres/desc concedido -> 86,86

--- Materiais Médico Hospitalares - Enfermaria

16220.5 AGULHA HIPODERMICA 25X0,7MM C/SIST.SEGURANCA SMITHS 10/10 23:35 UNID -10,00% 4,00 5,3460 21,36
16220.5 AGULHA HIPODERMICA 25X0,7MM C/SIST.SEGURANCA SMITHS 10/10 23:45 UNID -10,00% 1,00 5,3460 5,35
7003436.2 ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNI CREMER 11/10 08:13 UNID -10,00% 1,00 5,4735 5,47
01848.2 COMPRESSA GAZE NIDIA 11FIOS 7,5X7,5CM ESTERIL 11/10 08:13 PCT -10,00% 2,00 5,2020 10,40
0028086.1 EQUIPO MICROGOTAS L15 COMPLETO 25UNID LABOR I 10/10 23:35 UNID -10,00% 1,00 12,6450 12,65
7821593.5 LUVA P/PROCEDIMENTO EST.SANRO AMBI MED.(PAR) LATEX S 11/10 08: 3 UNID -10,00% 1,00 1,1700 1,17
17503.6 SERINGA 10ML LUER LOCK SR 10/10 23:35 UNID -10,00% 3,00 2,5020 7,51
07427.2 SERINGA 3ML S/AG.DESC. INJEX 10/10 23:35 UNID -10,00% 1,00 1,3500 1,35
07427.3 SERINGA 5ML S/AG.DESC. INJEX 10/10 23:45 UNID -10,00% 1,00 1,6110 1,61

Total de Materiais Médico Hospitalares Enferm 66,89

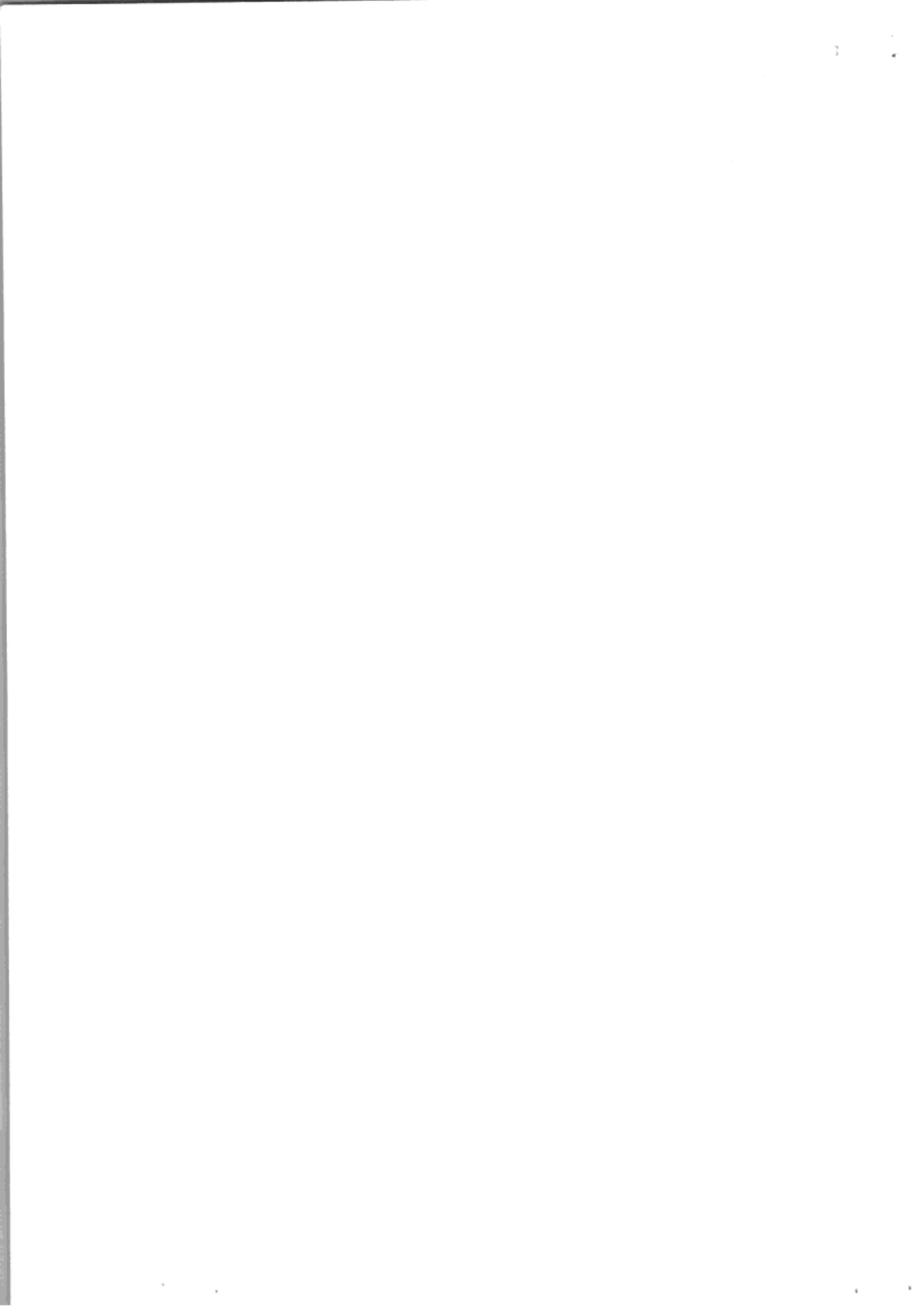
Desconto de materiais ----> 0,00

Acrescimo de materiais ----> 0,00

Total apos acres/desc concedido -> 66,89

--- Medicamentos - Enfermaria

9007208.1 AGUA PARA INJECAO 10 ml cx. 200 amp. plast. FARMACE 10/10 23:35 AMP 3,00 0,6092 1,83
9007208.1 AGUA PARA INJECAO 10 ml cx. 200 amp. plast. FARMACE 10/10 23:45 AMP 1,00 0,6092 0,61
9040435.1 CEPALOTINA - GENERICO 1 g. po sol. inj. cx. 5 TEUTO B 10/10 23:35 FRS/AM 1,00 7,5918 7,59
9040435.1 CEPALOTINA - GENERICO 1 g. po sol. inj. cx. 5 TEUTO B 10/10 23:40 FRS/AM 1,00 7,5918 7,59
9007237.5 CLORETO DE SODIO - SISTEMA FECHADO 0,9% 100 ml FARMACE 10/10 23: 5 FRS 1,00 5,8522 5,85
9006554.9 CLORETO DE SODIO 0,9% - SISTEMA FECHADO 500 ml EQUIPLE 10/10 23:35 FRS 2,00 5,8258 11,65
9020757.2 CLORIDRATO DE TRAMADOL - GENERICO 50 mg/ml so UNIAO Q 10/10 23:35 AMP 1,00 6,7956 6,80
9009692.4 DIPIRONA SODICA - GENERICO 500 mg/ml. sol. in HIPOLAB 10/10 23:35 AMP 1,00 1,4229 1,42



| HOSPITAL MEMORIAL DE CARUARU S/C LTDA Fone...: MAURÍCIO DE NAS C.G.C....: 00.972.860/0001-97 Pag: 003 |
| Paciente: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES Registro: 000006995 Gu.a.: Senha: |
+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+

| 9007127.1 |TENOXICAM - GENERICO 20 mg. 50 FA + dil. 2 ml|EUROFAR|10/10|23:45|FRS/AM | | 1,00 | 7,4376 | 7,44 |
+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+

Total de Medicamentos Enfermaria 50,78

Desconto de medicamentos ->> 0,00

Acrescimo de medicamentos -> 0,00

Total apos acres/desc concedido ->> 50,78

Total Geral Materiais --->>> 629,54

Total Geral Medicamentos --->>> 137,64

Total Mat / Med ----->>> 767,18

Total de Diarias e Taxas -> 1.105,00 |

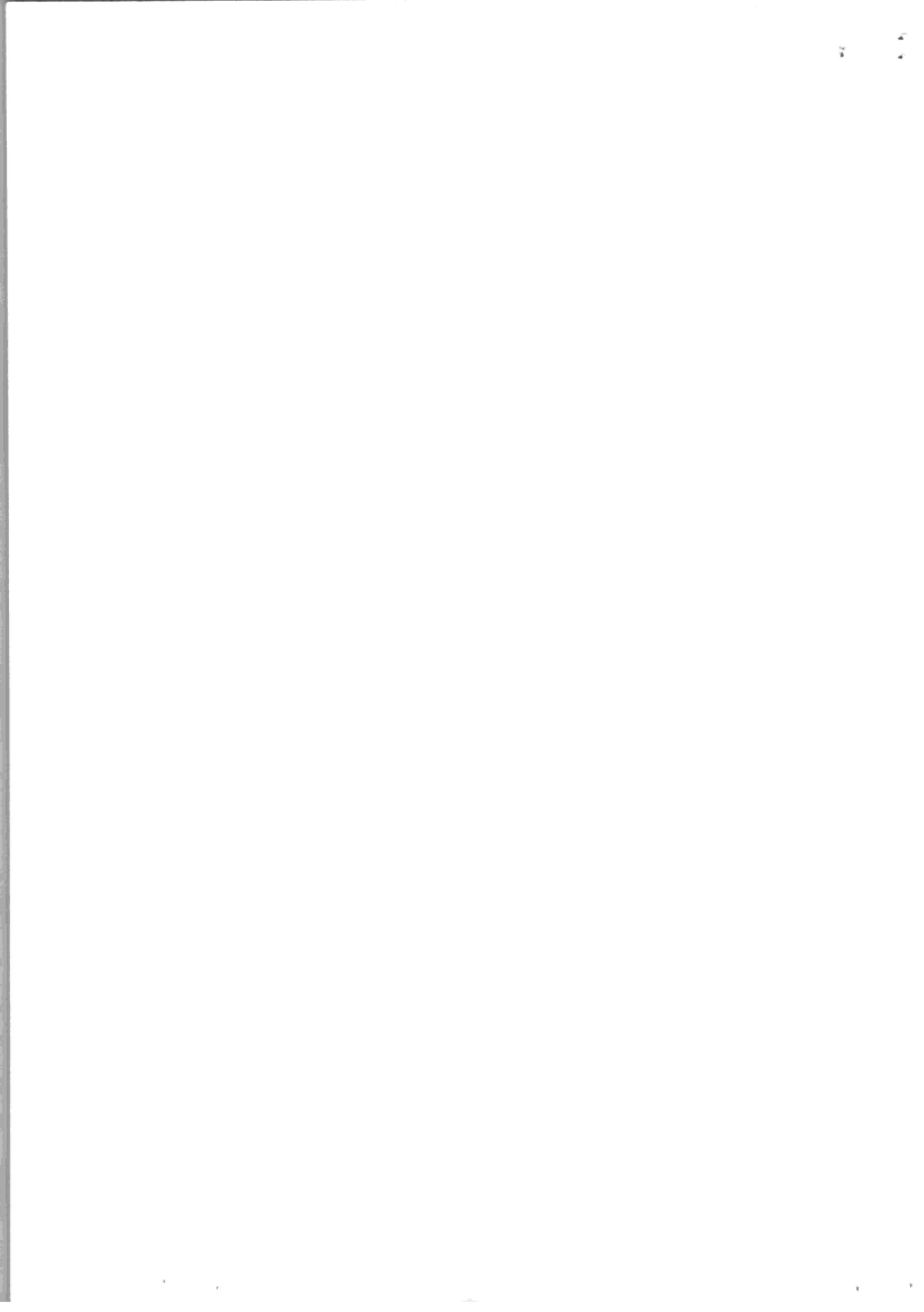
Total de Materiais ----->>> 629,54 |

Total de Medicamentos -->>> 137,64 |

Total de Mat./Med. ----->>> 767,18 |

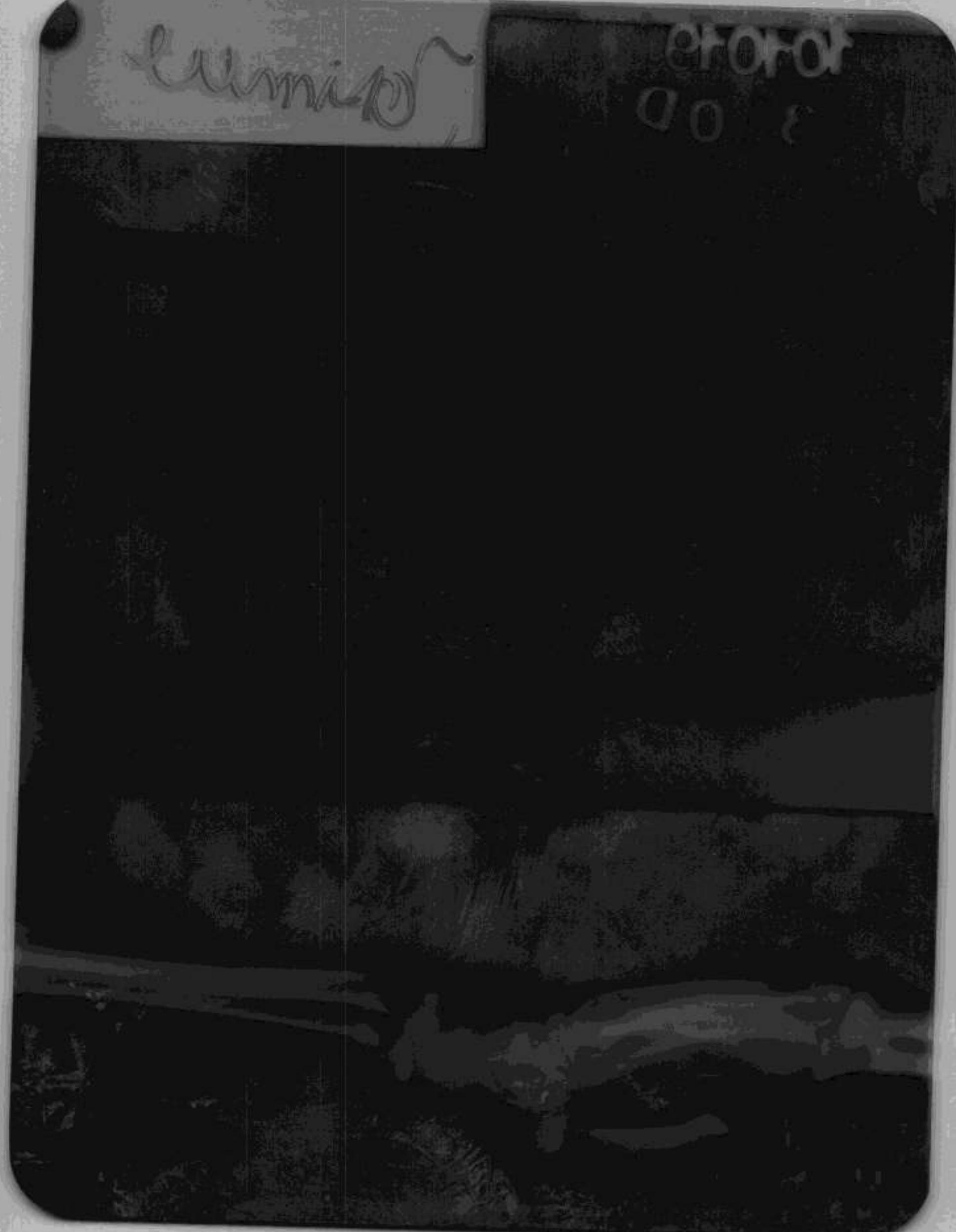
Total de Serv. Hosp. --->>> 1.872,18 |

Total Geral da Conta --->>> 1.872,18 |



Lumis

georat
do e



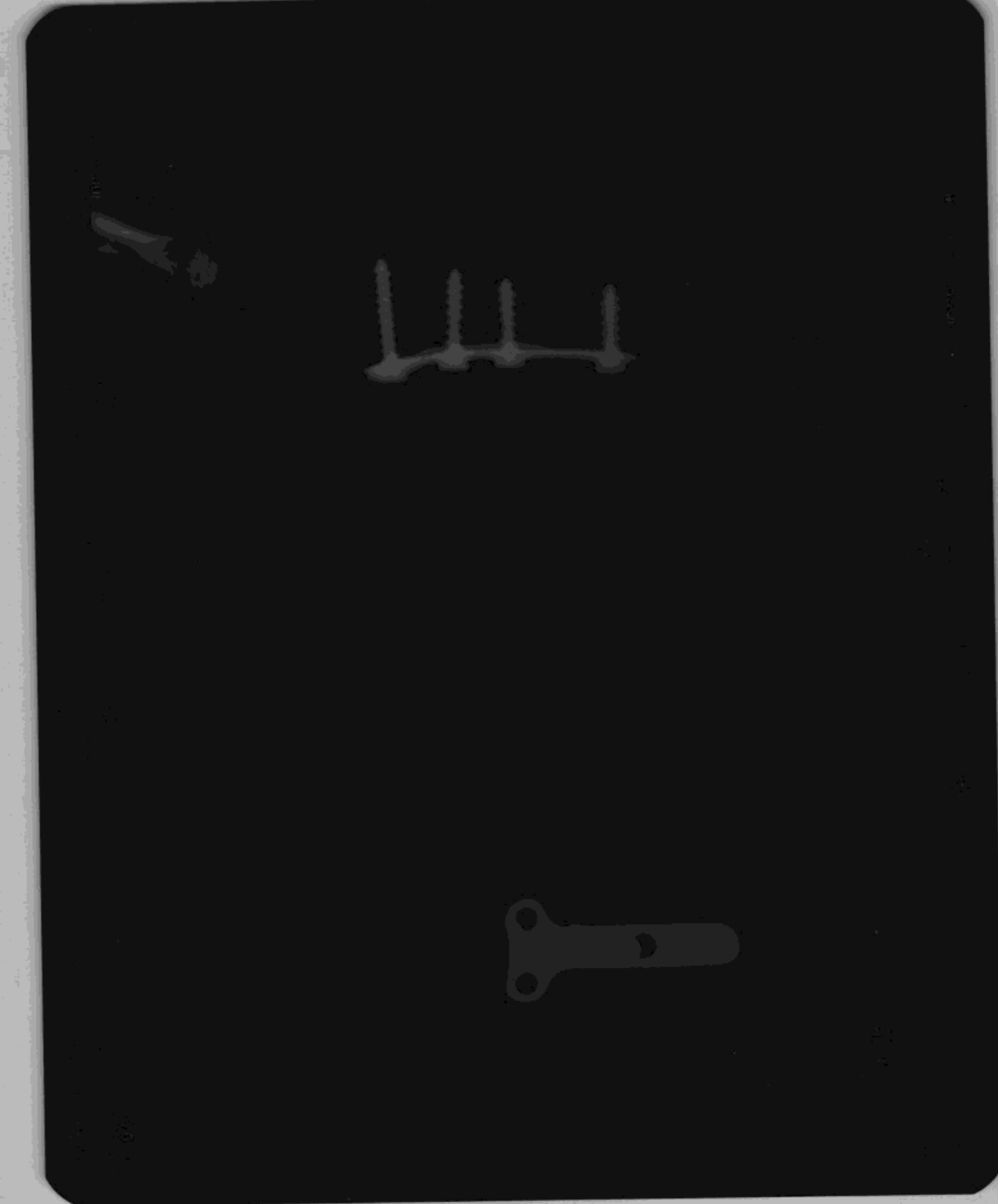
1000
CD

CD



1000
CD





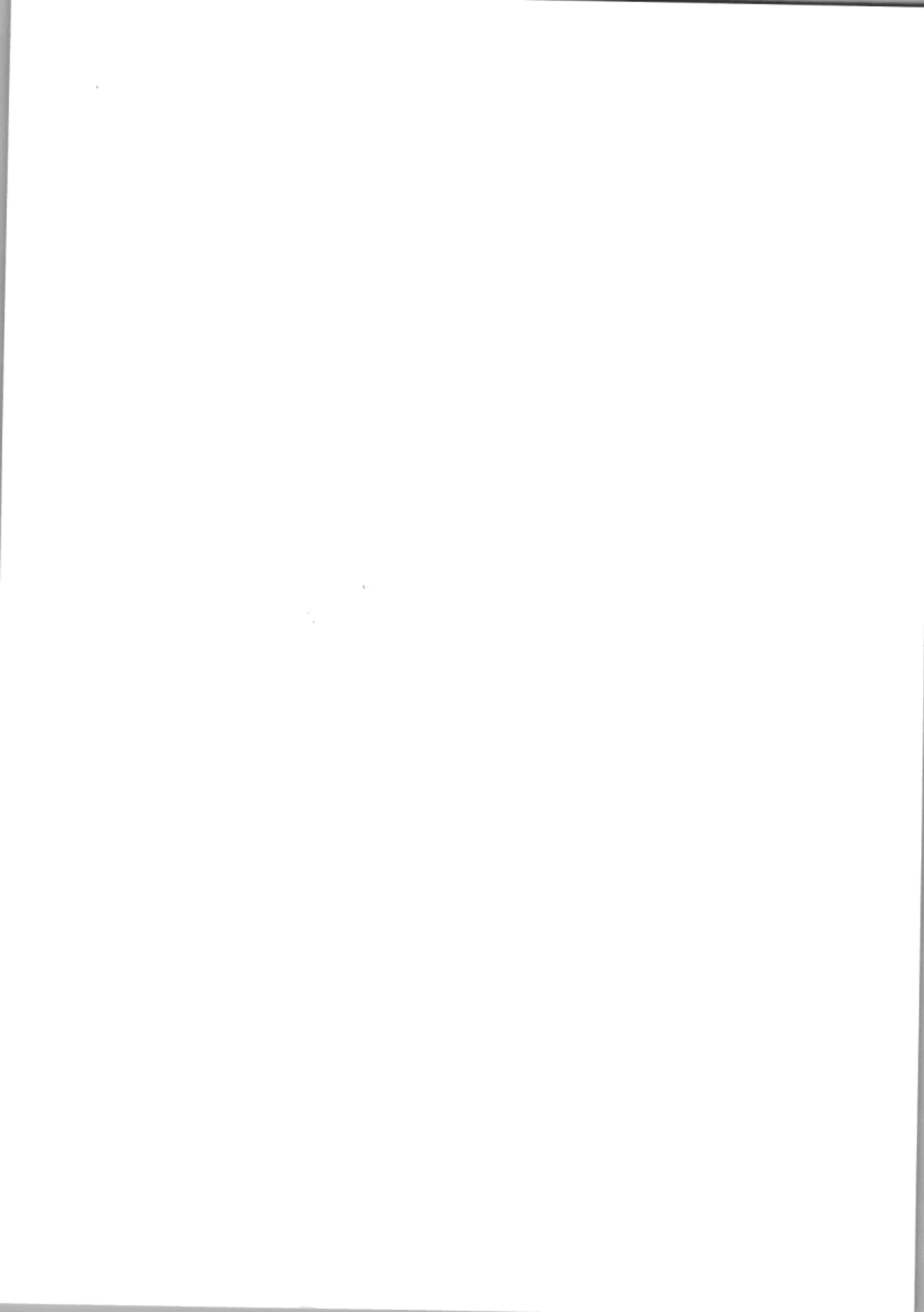
P/ JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

SOLICITO:

↓ FISIOTERAPIA MOTORA (20) SEÇÕES.

HD: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

Dr. Pablo Thiago C. de Albuquerque
Ortopedia / Traumato
CRM 15.172
Dr. PABLO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 15.172
24/10/2019





P/ JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

SOLICITO :

✓ RX PUNHO DIREITO AP/P

Dr. Pablo Thiago C. de Albuquerque
Ortopedia / Traumatologista
CRM 15.172
24/10/2019

Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE

RETORNO

DIA 21/11/2019

ÀS 13h

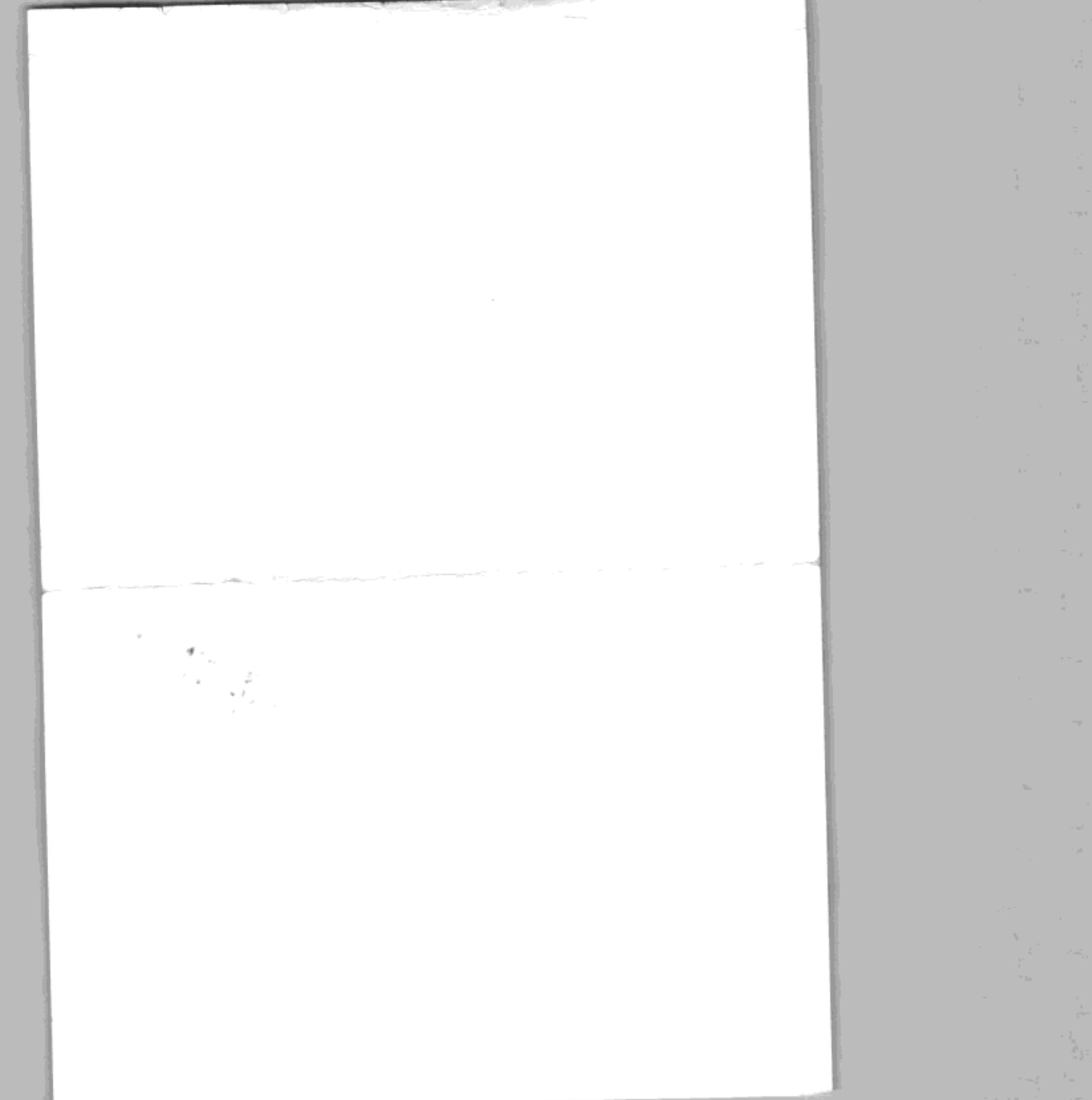
LAUDO MÉDICO:

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE JOSIMERE BERNARDINO MARQUES FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, NO DIA 10/10/2019, COM TRAUMA NO PUNHO DIREITO, OCASIONANDO FRATURA DE RÁDIO DISTAL. FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, FIXADO COM PLACA DCP 3.5mm.

CID: S52.5

Dr. Pablo Thiago C. de Albuquerque
Ortopedia / Traumatologista
CRM 15.172
28/10/2019

Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE



Kamero Bernardino Marques
15.10.1973
Female
6995
Particular
Dr. Pablo
Frat. Rude

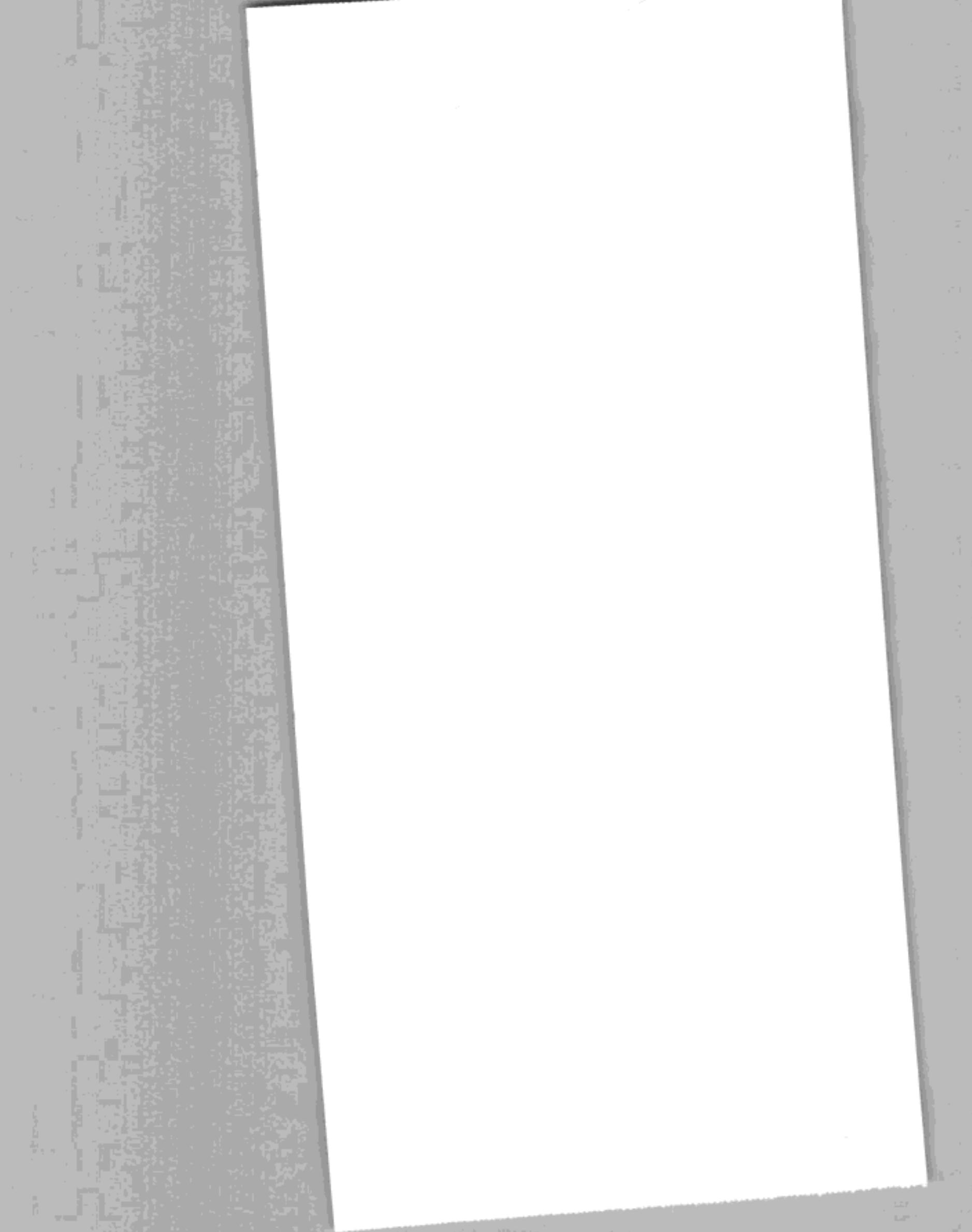
HOSP. MEM. SAO GABRIEL
23.47.54
10.10.2019



Juliane Bernardino Marques
15.10.1973
Female
6995
Particular
Dr. Pablo
Frat. Rude

HOSP. MEM. SAO GABRIEL
23.47.44
10.10.2019





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

EC-5



REC.00000000000000000000000000000000

Josimere Bernardino Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO

02/10/2013

REGISTRO
GERAL
NONE

5.422.526

<< JOSIMERE BERNARDINO MARQUES >>

FILIAÇÃO

<< JOSÉ BERNARDINO MARQUES >>

<< ADELIA BERNARDINA MARQUES >>

NATURALIDADE

CARUARU - PE

DATA DE NASCIMENTO

15/10/1973

DOC. ORIGEM

<< 074195 01 55 1994 2 00017 283

0009308 70 CARUARU-PE >>

DRE

858.738.294-20

ASSINATURA DO DIRETOR

DET N° 710 DE 2013/63

Documento de Polícia Civil

F-57 18.482

- 3023

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

EC-5



REC. CANTOR

Josimere Bernardino Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO

02/10/2013

REGISTRO
GERAL
NONE

5.422.526

<< JOSIMERE BERNARDINO MARQUES >>

FILIAÇÃO

<< JOSÉ BERNARDINO MARQUES >>

<< ADELIA BERNARDINA MARQUES >>

NATURALIDADE

CARUARU - PE

DATA DE NASCIMENTO

15/10/1973

DOC. ORIGEM

<< 074195 01 55 1994 2 00017 283

0009308 70 CARUARU-PE >>

DRE

858.738.294-20

ASSINATURA DO DIRETOR

DET N° 710 DE 2013/63

Documento de Polícia Civil

F-57 18.482

- 3023



LAUDO MÉDICO :

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE JOSIMERE BERNARDINO MARQUES FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO, NO DIA 10-10-2019. NO MOMENTO APRESENTA FRATURA CONSOLIDADA, PORÉM DESENVOLVEU EM FRAQUEZA MUSCULAR COM DIMINUIÇÃO DA COORDENAÇÃO MOTORA. NECESSITA DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO INTENSIVO.

APRESENTA SEQUELA PERMANENTE COM GRAU DE INCAPACIDADE DE 30%.

CID: T92.2

Dr. Pablo T. C. de Albuquerque
Dr. PABLO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 15.172
* 02/03/2020

Av. José Veríssimo, 752 - Mauricio de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413996/19

Vítima: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

CPF: 858.738.294-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/10/2019

Titular do CPF: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSIMERE BERNARDINO MARQUES : 858.738.294-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomado por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2019
Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
CPF: 858.738.294-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: JESSYCA MAYARA NEVES CAVALCANTI
CPF: 088.233.304-67

JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

JESSYCA MAYARA NEVES CAVALCANTI