

---

**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

---

**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 Nome completo da vítima: Josemere Bernorino Marques

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

Nome completo: Josemere Bernorino Marques CPF: 858 738 294-20  
Profissão: Auto nome Endereço: Rua Baso de Homococa Número: 284 Complemento: 1º andar  
Bairro: Indianopolis Cidade: Pauzeiro Estado: PE CEP: 55024 210  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): 81 9410 3448

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

**RENDA MENSAL:**  
☒ 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 OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 4752 CONTA: 00005060 3  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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

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 Líder 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

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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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: Pauzeiro 22.11.2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Josemere Bernorino Marques

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª | 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 - DP90ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC

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 - Culposos (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)

*Josimere Bernardino Marques*

**EZEQUIEL BRITO**  
(OUTRO)

*Ezequiel Brito*

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 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0180003290**

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

Complementa o BO Número: **19E0180003162**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 EQUILÍBRIO 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 Brito*  
**EZEQUIEL BRITO**  
(OUTRO)

*Ezequiel Brito*

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 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC

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 - Culposos (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)

*Josimere Bernardino Marques*

**EZEQUIEL BRITO**  
(OUTRO)

*Ezequiel Brito*

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





Tanta Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02



**NOTA FISCAL - FATURA**  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902  
 CNPJ 10.835.833/0001-05 | Insc. Est. 002943-93 | www.celpe.com.br

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
 RUA BR DE TRAMPAÇA 264 AP 1

INDUSTRIAL/COMERCIAL  
 CARUARU PE  
 55024-210

DATA DE EMISSÃO: 11/2019  
 DATA DE VENCIMENTO: 18/11/2019  
 DATA DE PAGAMENTO: 12/12/2019  
 TOTAL PAGAR R\$: 227,64

NOTA FISCAL Nº: 7022416949

**CLASSIFICAÇÃO**  
 B1 RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL

CPF: 858.758.294-20

**DADOS DO CLIENTE**  
 JOSINEKE BERNARDINO MARIQUES

|                   |            |                   |            |
|-------------------|------------|-------------------|------------|
| Nº DA NOTA FISCAL | 09408951   | DATA              | 09/11/2019 |
| TIPO DE CONTADOR  | 1          | DATA DE INÍCIO    | 09/11/2019 |
| DATA DE FIM       | 09/11/2019 | VALOR DE CONTADOR | 82826      |

| QUANTIDADE    | PREÇO UNIT | VALOR UNIT    |
|---------------|------------|---------------|
| 24 / 1000,000 | 0,7666782  | 184,30        |
|               |            | 3,75          |
|               |            | 4,28          |
|               |            | 24,18         |
|               |            | 1,14          |
|               |            | <b>227,64</b> |

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | DATA ANTERIOR | LEITURA ANTERIOR | DATA ATUAL | LEITURA ATUAL | Nº DE DIAS | CONSUMO (KWH) |
|---------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|------------|---------------|
| 000000        | 00             | 09/11/2019    | 19 515,10        | 09/11/2019 | 19 515,10     | 31         | 184,30        |
|               |                |               |                  |            |               |            | 24,18         |

**INFORMAÇÕES DE CONSUMO**

| PERÍODO    | CONSUMO (KWH) | VALOR DO IMPOSTO | %     | CALCULO | ICMS  | PIS  | COPINS |
|------------|---------------|------------------|-------|---------|-------|------|--------|
| 01/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 02/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 03/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 04/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 05/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 06/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 07/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 08/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 09/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 10/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 11/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 12/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 13/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 14/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 15/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 16/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 17/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 18/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 19/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 20/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 21/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 22/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 23/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 24/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 25/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 26/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 27/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 28/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 29/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 30/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 31/11/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 01/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 02/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 03/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 04/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 05/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 06/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 07/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 08/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 09/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 10/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 11/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 12/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 13/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 14/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 15/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 16/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 17/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 18/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 19/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 20/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 21/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 22/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 23/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 24/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 25/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 26/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 27/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 28/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 29/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 30/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 31/12/2019 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 01/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 02/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 03/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 04/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 05/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 06/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 07/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 08/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 09/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 10/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 11/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 12/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 13/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 14/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 15/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 16/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 17/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 18/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 19/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 20/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 21/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 22/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 23/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 24/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 25/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 26/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 27/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 28/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 29/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 30/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 31/01/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 01/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 02/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 03/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 04/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 05/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 06/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 07/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 08/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 09/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 10/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 11/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 12/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 13/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 14/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 15/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 16/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 17/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 18/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 19/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 20/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 21/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 22/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 23/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 24/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 25/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 26/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |
| 27/02/2020 | 184,30        | 25,10            | 13,62 | 25,10   | 25,10 | 4,28 | 4,28   |

Tanta Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902  
CNPJ 10.935.933/0001-05 | Insc. Est. 002943-93 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA BR DE TRAMPAÇA 264 AP 1

INDICADOR DE AVALIAÇÃO  
CAPUTAU PE  
55034 210

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL

CPF: 858.758.294-20

DADOS DO CLIENTE  
JOSINEKE BERNARDINO MARIQUES

CELPE



|                    |            |
|--------------------|------------|
| DATA DE VENCIMENTO | 7022416949 |
| DATA DE EMISSÃO    | 11/2019    |
| DATA DE PAGAMENTO  | 18/11/2019 |
| TOTAL PAGAR (R\$)  | 227,64     |

| NUM. NOTA FISCAL | NUM. CUPOM | DATA       |
|------------------|------------|------------|
| 09408951         | 18624      | 09/11/2019 |
| AMENDADO         | NUM. CUPOM | DATA       |
|                  | 82826      | 09/11/2019 |

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| QUANTIDADE    | PREÇO UNIT. | VALOR UNIT. |
|---------------|-------------|-------------|
| 24 / 1000,000 | 0,7666782   | 184,30      |
|               |             | 3,75        |
|               |             | 4,28        |
|               |             | 24,18       |
|               |             | 1,14        |
|               |             | 227,64      |

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| Nº DO MEDIDOR | Tipo da Função | DATA       | LEITURA   | DATA       | LEITURA   | ATUAL | Nº DE DIAS | CONSUMO (kWh) |
|---------------|----------------|------------|-----------|------------|-----------|-------|------------|---------------|
| 09408951      | CA1            | 09/11/2019 | 19.515,10 | 09/11/2019 | 19.515,10 |       | 31         | 1.000,00      |
|               |                |            |           |            |           |       |            | 247,30        |

SISTEMA DE CONSUMO

| BASE DE CÁLCULO | %     | VALOR DO IMPOSTO |
|-----------------|-------|------------------|
| 200,34          | 25,00 | 50,09            |
| 200,34          | 8,00  | 16,03            |
| 200,34          | 4,00  | 8,01             |

ICMS

PIS

COPINS

| Base de Cálculo | %     | Valor do Imposto |
|-----------------|-------|------------------|
| 200,34          | 25,00 | 50,09            |
| 200,34          | 8,00  | 16,03            |
| 200,34          | 4,00  | 8,01             |


INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

COMPARAÇÃO DO CONSUMO

| Período | Consumo (kWh) |
|---------|---------------|
| NOV-18  | 247,30        |
| OUT-18  | 247,30        |
| SET-18  | 247,30        |
| AUG-18  | 247,30        |
| JUL-18  | 247,30        |
| JUN-18  | 247,30        |
| MAY-18  | 247,30        |
| ABR-18  | 247,30        |
| MAR-18  | 247,30        |
| FEB-18  | 247,30        |
| JAN-18  | 247,30        |
| DEZ-18  | 247,30        |
| NOV-18  | 247,30        |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES



|   |  |   |  |                            |  |                                      |  |                       |  |                                      |  |           |  |  |  |           |  |  |  |
|---|--|---|--|----------------------------|--|--------------------------------------|--|-----------------------|--|--------------------------------------|--|-----------|--|--|--|-----------|--|--|--|
| <br><b>CARUARU</b> |  | <b>PREFEITURA DE CARUARU</b><br><b>SECRETARIA DE NEGOCIOS DA FAZENDA MUNICIPAL</b><br><b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e</b>  |  |                            |  | <b>Número da NFS-e</b><br><b>513</b> |  |                       |  |                                      |  |           |  |  |  |           |  |  |  |
| 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\$800,00   |  |   |  |                            |  |                                      |  |                       |  |                                      |  |           |  |  |  |           |  |  |  |
| 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              |  | (-) Descontos permitidos em lei      |  |           |  |  |  |           |  |  |  |
| (-) Desconto Incondicionado   |  |   |  | 1-Tributação no município  |  | (-) Desconto Incondicionado          |  |                       |  |                                      |  |           |  |  |  |           |  |  |  |
| (-) 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) Alíquota %                       |  | 5,00                  |  |                                      |  |           |  |  |  |           |  |  |  |
| (-) ISS Retido  |  |   |  | 1 - Sim                    |  | ISS a reter:                         |  | ( ) Sim (X) Não       |  |                                      |  |           |  |  |  |           |  |  |  |
| (-) Valor Líquido R\$   |  | 2.030,00  |  | Incentivador Cultura       |  | (x) 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.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, CARUARU.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.<br>3- Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI. |  |                            |  |                                      |  |                       |  |                                      |  |           |  |  |  |           |  |  |  |



PREFEITURA DE CARUARU  
SECRETARIA DE NEGOCIOS 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) Alíquota %                 | 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                      |                                |                                      |  |

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.



|  |  |   |  |   |  |
|--|--|---|--|---|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE<br><b>TRAUMED COMERCIO LTDA. -<br/>TRAUMED LTDA</b><br>RUA NOSSA SENHORA DA SAUDE, 310 - CORDEIRO<br>50731-020 RECIFE - PE<br>FONE: (81) 3366-3750 |  | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO<br>AUXILIAR DA<br>NOTA FISCAL<br>ELETRÔNICA<br>0-ENTRADA<br>1-SAÍDA<br><b>000.045.239</b><br><b>SÉRIE 1</b><br><b>FOLHA 1/1</b> |  | <br>CHAVE DE ACESSO<br>2619 1004 6961 0500 0188 5500 1000 0452 3912 0232 2771<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br><a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a><br>ou no site da Sefaz Autorizadora |  |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br><b>5102-VENDA PRODUTOS NO ESTADO</b>   |  |   |  | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br><b>126190059688537 14/10/2019 15:45:25</b>   |  |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br><b>0.287.714-78</b>  |  | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.  |  | CNPJ<br><b>04.696.105/0001-88</b>   |  |

## DESTINATÁRIO

|   |  |  |  |  |                                      |  |
|---|--|--|--|--|--------------------------------------|--|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br><b>JOSIMERE BERNARDINO MARQUES</b> |  |  | CNPJ / CPF<br><b>858.738.294-20</b>      |  | DATA DA EMISSÃO<br><b>14/10/2019</b> |  |
| ENDEREÇO<br><b>RUA BARAO DE ITAMARACA, 234</b>            |  |  | BAIRRO / DISTRITO<br><b>INDIANOPOLIS</b> |  | CEP<br><b>55026-005</b>              |  |
| MUNICÍPIO<br><b>CARUARU</b>                               |  |  | UF<br><b>PE</b>                          |  | HORA DA SAÍDA<br><b>15:43:52</b>     |  |

## FATURA / DUPLICATA

|                             |  |  |                   |  |               |  |
|-----------------------------|--|--|-------------------|--|---------------|--|
| <b>045239 DUPLICATA/001</b> |  |  | <b>14/10/2019</b> |  | <b>600,00</b> |  |
|-----------------------------|--|--|-------------------|--|---------------|--|

## CALCULO DO IMPOSTO

|                               |  |                             |  |                                  |  |                              |  |                                     |  |
|-------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------------------|--|------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| BASE CALC ICMS<br><b>0,00</b> |  | VALOR ICMS<br><b>0,00</b>   |  | BASE CALC ICMS ST<br><b>0,00</b> |  | VALOR ICMS ST<br><b>0,00</b> |  | TOTAL DOS PRODUTOS<br><b>600,00</b> |  |
| VALOR FRETE<br><b>0,00</b>    |  | VALOR SEGURO<br><b>0,00</b> |  | VALOR DESCONTO<br><b>0,00</b>    |  | OUTRAS DESP<br><b>0,00</b>   |  | TOTAL DA NOTA<br><b>600,00</b>      |  |

## TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|                        |  |                           |                                       |                          |             |                       |                    |            |    |              |            |  |
|------------------------|--|---------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------|------------|----|--------------|------------|--|
| NOME / RAZÃO SOCIAL    |  |                           | FRETE POR CONTA<br><b>0-Remetente</b> |                          | CÓDIGO ANTT |                       | PLACA DO VEIC      |            | UF |              | CNPJ / CPF |  |
| ENDEREÇO               |  |                           | MUNICÍPIO                             |                          | UF          |                       | INSCRIÇÃO ESTADUAL |            |    |              |            |  |
| QUANTIDADE<br><b>0</b> |  | ESPECIE<br><b>Nenhuma</b> |                                       | MARCA<br><b>Generica</b> |             | NUMERAÇÃO<br><b>0</b> |                    | PESO BRUTO |    | PESO LÍQUIDO |            |  |

## DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO<br>PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO                    | NCM/SH   | CST | CFOP | UNID | QUANT | VALOR<br>UNIT | VALOR<br>TOTAL | B.CALC<br>ICMS | VALOR<br>ICMS | ALIQ<br>ICMS | V.APROX.<br>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<br>PACIENTE JOSIMERE BERNARDINO MARQUES - PRONTUARIO 6872 MEDICO PABLO<br>TIAGO - HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL - CONVENIO PARTICULAR - PEDIDO<br>044982 - COMANDA 13004 |  | RESERVADO AO FISCO |  |
|---|--|--------------------|--|

UnFe | NF-e OPEN Source | www.unife.com.br

Gerado em 14/10/2019 às 16:21 pelo UnDANFE 3.6.38 Plus | www.unidanfe.com.br

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| RECEBEMOS DE TRAUMED COMERCIO LTDA. OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO. EMISSÃO:<br>14/10/2019 VALOR TOTAL: 600,00 DESTINATÁRIO: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES - RUA BARAO DE ITAMARACA, 234, INDIANOPOLIS, 55026-005-<br>CARUARU-PE |   | <b>NF-e</b><br><b>000.045.239</b><br><b>SÉRIE 1</b> |  |
| DATA DO RECEBIMENTO   | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |   |  |

HOSPITAL MEMORIAL

**São Gabriel**

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

**RECIBO** R\$ 1000,00

RECEBEMOS DE

José Maria Bernardino Marques

A IMPORTÂNCIA DE R\$

1000,00

um mil reais

REFERENTE A

Pct Dr Pablo

CARUARU,

11

DE

10

DE

19

Assinatura

HOSPITAL MEMORIAL DE CARUARU S/C LTDA Fone.: MAURÍCIO DE NAS C.G.C....: 00.972.860/0001-97 Pag: 001  
 AV JOSÉ VERÍSSIMO Baíro: MAURÍCIO DE NASSAU CEF: 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 ---\*

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

\*--- MATERIAIS E MEDICAMENTOS ---\*

\*--- Materiais Médico Hospitalares - Sala de Cirurgia

| 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               | 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       |
| 117888.6   | CONECTOR COMPLETO C/TAMPA DIALINE                     | 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                 | 11/10/01:08 | UNID |      |       | -10,00% | 1,00       | 12,6450     | 12,65       |
| 116969.5   | ESCOVA SOL.CLOREXIDINA 2% 22ML                        | 11/10/01:08 | UNID |      |       |         | 3,00       | 5,7400      | 17,22       |
| 17022710.1 | ESPARADRAPO 10,0CMX4,5MT                              | 11/10/01:08 | CM   |      |       | -10,00% | 20,00      | 0,1211      | 2,42        |
| 128792.1   | FIO KIRSCHNER 2,00X280MM LISO ACO                     | 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              | 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 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\$

3.500,00

RECEBEMOS DE

José Veríssimo Bernardino Marques

A IMPORTÂNCIA DE R\$

3.500,00

REFERENTE A

urgência de Dr. Paulo Thiago

(pacote) em 3x no cartão

CARUARU, 10 DE 19



Assinatura

HOSPITAL MEMORIAL DE CARUARU S/C LTDA Fone.: MAURÍCIO DE NAS C.G.C.: 00.972.860/0001-97 Pag: 002  
 Paciente: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES Registro: 000006995 Guia.: Senha:  
 Usuário: SARASILVA

|           |  |             |      |         |      |         |       |
|-----------|--|-------------|------|---------|------|---------|-------|
| 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                           | 11/10/01:08 | UNID | -10,00% | 1,00 | 33,0750 | 33,08 |
| 27386.0   | SERINGA 05ML C/AG.BICO LOCK 25X7MM                   | 11/10/01:08 | UNID | -10,00% | 1,00 | 2,0250  | 2,03  |
| 15781.3   | SERINGA DESC.10ML BICO SLIP C/AG.25X7MM              | 11/10/01:08 | UNID | -10,00% | 1,00 | 2,7000  | 2,70  |
| 15781.4   | SERINGA DESC.20ML BICO SLIP C/AG.25X7MM              | 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 m | EQUIPLE | 11/10/01:08 | FRS    |       |       | 2,00       | 5,8258      | 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 | KYLESTESIN + EPINEFRINA 2% C/V 10 etj. 20 ml  | CRISTAL | 11/10/01:08 | ML     |       |       | 20,00      | 0,6566      | 13,13       |
| 9025758.8 | KYLESTESIN 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 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 | CEFALOTINA - GENERICO 1 g. po sol. inj. cx. 5 | TEUTO B | 10/10/23:35 | FRS/AM |  |  | 1,00 | 7,5918 | 7,59  |
| 9040435.1 | CEFALOTINA - 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 m | FARMACE | 10/10/23:5  | FRS    |  |  | 1,00 | 5,8522 | 5,85  |
| 9006554.9 | CLORETO DE SODIO 0,9% - SISTEMA FECHADO 500 m | 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:                        |          |
|                                       |                            | 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 |

P/ JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

SOLICITO:

✚ FISIOTERAPIA MOTORA ( 20 ) SEÇÕES.

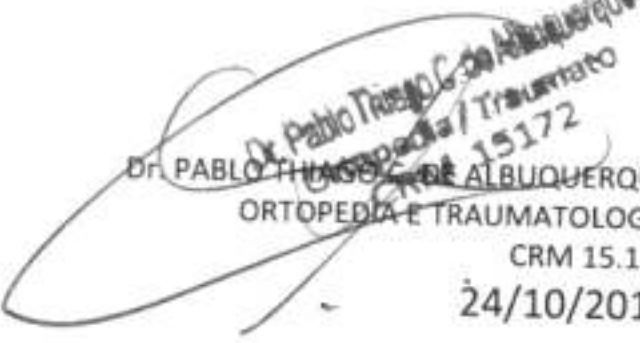
HD: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

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

Assimero Bernardino Marques  
15.10.1973  
Female  
6995  
Particular  
Dr. Pablo  
Frat. Rado

HOSP. NLM. SAO GABRIEL  
23.47.54  
10.10.2019



51 kVp  
0.7 mA

(R) 195 (C)

74



OEC



Assimero Bernardino Marques  
15.10.1973  
Female  
6995  
Particular  
Dr. Pablo  
Frat. Rado

HOSP. NLM. SAO GABRIEL  
23.47.44  
10.10.2019



51 kVp  
0.7 mA

(R) 195 (C)

74



OEC



Nº PRONTUARIO  
20279



DATA DE ENTRADA

10/10/2019 ÀS 18:23

Nº REGISTRO  
6995



**BOLETIM DE INTERNAMENTO HOSPITALAR**

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

**Queixa Principal:**

**História Clínica:**

*Queda em casa pulso D*

**Exames:**

*Rx*

**HD:**

*Exame Rodo antol D*

Dr. Pablo Thiago Cavalcanti de  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 15172

Condição: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Transferido ☐ Óbito ☐ \_\_\_\_\_

Data Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Médico Responsável: \_\_\_\_\_

*Amelia Marques Vasconcelos*  
Paciente ou Responsável

*Amanda Souza*  
AMANDASOUZA





## RELATÓRIO CIRÚRGICO

PACIENTE: Josinece Bernardino Marques

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura húmero distal

OPERAÇÃO PROPOSTA: ~~osteotomia~~ Tto. correção com osteossintese

OPERAÇÃO REALIZADA: a mesma

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O mesmo

DATA: 10/10/19

INÍCIO:

TÉRMINO:

## EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: Dr. Pablo Thiago

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTA: Dr. Eduardo

TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio

INSTRUMENTADOR(A): Pinkley

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 SULTURA)
- 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 Assessor Ant-grip-sua  
 Apresentação de corpo  
 Acesso volu  
 Visualizada a fratura  
 Redução cruenta  
 Fixado com placa "T" 3.5mm  
 Imobilizado com gesso  
 Sutura com Nylon 3-0  
 Cicatrizado

Dr. Pablo Thiago C. de Almeida  
 Ortopedia/Traumatologia  
 CRM 25172





**Av. José Veríssimo, 752**  
**Maurício de Nassau**  
**Fone: (81) 3727-7250**  
**CEP 55.014-250 - Caruaru - PE**  
**CNPJ: 22.721.288/0001-26**

Registro N°

Apto. N°

HORA

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

(cada evolução deve ser assinada)

10/10/19

**EVOLUÇÃO CLÍNICA**  
(cada evolução deve ser assinada)

Ficou submetida a 100 mg de  
medicação

~~Paulo Thiago C. de Almeida~~  
~~Ortopedia / Traumatologia~~  
~~CRM 15777~~

11/10/19

# Fernando #

7th school. 51 students  
50 51 students  
Punovandana (+)

*Dr. Pablo Tasso C. de Albuquerque  
Ortopedia - Traumatismo  
CRM 15172*



Nº Registro 6995

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

Paciente: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Bloco: 3º Enf/Apt: ENFE Leito: A

Convênio: PARTICULAR HSG

Carteira: 449761001

Médico: 15172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE

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

## EVOLUCAO NUTRICA0

### 1 - Evolução

#### 1.1 - Descrição

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

Tatiana S. Oliveira Ferreira Nunes  
Nutricionista

TATIANA DA SILVA OLIVEIRA FERREIRA NUNES

11/10/2019 08:07:07

CRN-PE-14911





Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Prontuário: 202/79

Registro: 6995

Sexo: Feminino

Idade: 45a 11m 26d

Localização: 3ANDA, ENF308, A

Clínica: Cirúrgica

Médico: Simone Rafela de Andrade Santos

Convênio: PARTICULAR HSG

C.I.D.:

Entrada: 10/10/2019 às 18:23

Alta:

**Evoluções 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 ANESTESICA

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

Calm

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 Operatoria

Sim

Local: MSD

3.16 - Dreno

Não

**4 - Diagnostico 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 pervias, 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.

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Prontuário: 202/79

Registro: 6995

Sexo: Feminino

Idade: 45a 11m 26d

Localização: 3ANDA, ENF308, A

Clínica: Cirúrgica

Médico: Simone Rafaela de Andrade Santos

Convênio: PARTICULAR HSG

C.I.D.:

Entrada: 10/10/2019 às 18:23

Alta:

## Evoluções 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 E ORIENTADA, 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: Espontanea

8.2 - Resposta Verbal: Orientado e Conversando

8.3 - Resultado: 15 Pontos

8.4 - Resposta Motora: Ao Comando

*Simone Rafaela de A. Santos*  
COREN-PE 199796 - ENF

COREN: PE-199796 SIMONE RAFAELA DE ANDRADE SANTOS

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES  
 Prontuário: 202/79 Registro: 6995  
 Sexo: Feminino Idade: 45a 11m 25d  
 Localização: 3ANDA, ENF308, A  
 Clínica: Cirúrgica

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

**Evoluções do paciente**

1

**10/10/2019 as 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 cuidadosda equipe.

**11/10/2019 as 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 cuidadosda equipe.

**11/10/2019 as 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 V. Nova*  
 Aux. Enfermagem  
 COREN-PE 354799

**COREN: PE-354799 MARIA HELENA VILA NOVA**





## GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Prontuário: 202/79

Registro: 6995

Sexo: Feminino

Idade: 45a 11m 26d

Localização: 3ANDA, ENF308, A

Clínica: Cirúrgica

Médico: Claudeane Nunes Pereira da Silva

Convênio: PARTICULAR HSG

C.I.D.:

Entrada: 10/10/2019 às 18:23

Alta:

### Evoluções 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 REEBE ALTA HOSPITALAR, RENOVADO CURATIVO EM F.O LIMPA E SECA UTILIZADO:

01 LUVA ESTERIL

02 GASES

01 ATADURA DE 10CC

15CM DE MICROPORE

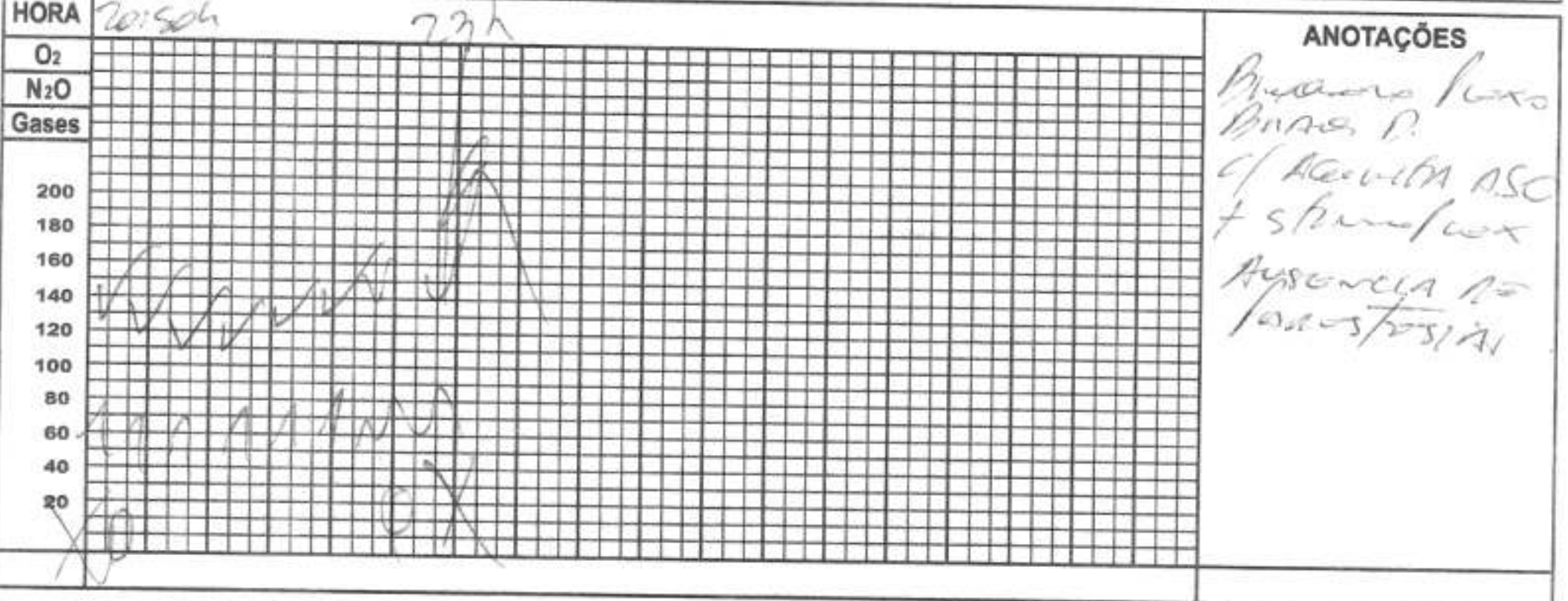
10ML DE ALCOOL

  
COREN: PE-653200 CLAUDEANE NUNES PEREIRA DA SILVA





|                |   |       |            |             |                                       |                     |       |            |     |    |  |
|----------------|---|-------|------------|-------------|---------------------------------------|---------------------|-------|------------|-----|----|--|
| PRÉ-OPERATÓRIA | DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO                      |       |            |             | Antes nome mto.                       |                     |       |            |     |    |  |
|                | HEMÁCIAS  | HCTQ  | HB         | LEUCÓCITOS  | P.A.                                  | F.C.                | TEMP. | RESPIRAÇÃO | ASA | II |  |
|                | GRUPO SANG                                      | TC    | TS         | PROTOMBINA  | ANESTESIA PROPOSTA<br>Proc. loco loco |                     |       |            |     |    |  |
|                | GLICOSE   | URÉIA | CREATININA | PROTEÍNAS   |                                       |                     |       |            |     |    |  |
|                | NA  | K     | CL         | RESERVA ACL |                                       |                     |       |            |     |    |  |
|                | OP. PROPOSTA<br>mat. cirurgico mat. nome mto D. |       |            |             |                                       | ALERGIA: <u>nen</u> |       |            |     |    |  |
|                | OP. REALIZADA:<br>A. localista                  |       |            |             |                                       | ANEST. ANTERIOR:    |       |            |     |    |  |
|                |   |       |            |             |                                       | PRÉ-ANESTÉSICO:     |       |            |     |    |  |
|                | ECG.  |       |            |             |                                       |                     |       |            |     |    |  |



| AGENTES               | CONC. | QUANTIDADE | TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO <sub>2</sub> |              |                                       |                   |      |             |     |  |  |
|-----------------------|-------|------------|---|--------------|---------------------------------------|-------------------|------|-------------|-----|--|--|
| Levobupivacaina 0,25% |       |            | Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda                                      |              |                                       |                   |      | Intubação   |     |  |  |
| hino c/v 0,5%         |       |            |   |              |                                       |                   |      |             |     |  |  |
| Cefazolin             |       |            | Posição   | Local Punção |                                       | Liq. Ret.         |      | Téc. Inj.   |     |  |  |
| Proc. loco loco       |       |            | Pos. Pós  | Pos. Pós     |                                       | Aparelho          |      | Cond. Final |     |  |  |
| Al-proc. loco loco    |       |            | Resultado   |              | Reflexo                               |                   |      |             |     |  |  |
|                       |       |            | Duração da Op.  |              |                                       | Duração da Anest. |      |             |     |  |  |
|                       |       |            | Monitorização   |              | Ox / loco / loco / loco / loco / loco |                   |      |             |     |  |  |
|                       |       |            | Teste Aldrete e Koulik  | MOV.         | CONS                                  | COR               | CIRC | RESP        | S.R |  |  |

Roberto Albuquerque

Médico Cirurgião

Dr. Eduardo Carvalho

Anestesiologia

CRM-PE 20.307

Médico Anestesista



5072

|                |                             |              |                  |         |          |
|----------------|-----------------------------|--------------|------------------|---------|----------|
| PACIENTE       | Josimere Bernardino         | REGISTRO     | 6995             | DATA    | 10.10.19 |
| CONVÊNIO       | Particular                  | PROCEDIMENTO | Jat. nado em NSD |         |          |
| CIRURGIÃO      | Pablo                       | ANESTESISTA  | Eduardo          |         |          |
| 1º AUXILIAR    |                             | 2º AUXILIAR  |                  |         |          |
| INSTRUMENTADOR | marcelo                     | INÍCIO       | 20:50            | TÉRMINO | 23:00    |
| ANESTESIA      | bloqueio de pleto / sedação | CIRCULANTE   | Patrícia         |         |          |

| Medicamento                                    | Quant. |
|--|--------|
| Ácido Tranexâmico sol. inj. 250mg/5ml          |        |
| Água destilada sol. inj. 1000ml                |        |
| Água destilada sol. inj. 10ml                  |        |
| Alfentanila sol. inj. 0,544mg/ml - amp 5ml     |        |
| Atropina sol. inj. 0,25mg/ml - amp 1ml         |        |
| Bupivacaína + Glicose sol. inj. 0,5% - amp 4ml |        |
| Bupivacaína isobárica sol. inj. 0,5% - amp 4ml |        |
| Cefalotina sol. inj. 1g - fr/amp               |        |
| Cefazolina sol. inj. 1g - fr/amp               | 1      |
| Cetoprofeno sol. inj. IM 50mg/ml - amp 2ml     |        |
| Cetoprofeno sol. inj. IV 100mg - fr/amp        |        |
| Cetorolaco sol. inj. 30mg/ml - amp 1ml         |        |
| Cisatracúrio sol. inj. 2mg/ml - amp 5ml        |        |
| Clonidina sol. inj. 150mcg/ml - amp 1ml        |        |
| Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 100ml     |        |
| Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 250ml     |        |
| Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 500ml     | 5      |
| Dexametasona sol. inj. 4mg/ml - amp 2,5ml      |        |
| Dextrocetamina sol. inj. 50mg/ml - TAXA        |        |
| Diazepam sol. inj. 5mg/ml - amp 2ml            |        |
| Diclofenaco sol. inj. 25mg/ml - amp 3ml        |        |
| Enoxaparina sol. inj. 40mg - seringa 0,4ml     |        |
| Epinefrina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml          |        |
| Etilefrina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml         |        |
| Etomidato sol. inj. 2mg - amp 10ml             |        |
| Fentanil sol. inj. 0,05mg/ml - TAXA            |        |
| Glicose sol. inj. 5% - fr 250ml                |        |
| Glicose sol. inj. 5% - fr 500ml                |        |
| Heparina sol. inj. 5.000UI - TAXA              |        |
| Hidrocortisona sol. inj. 100mg - fr/amp        |        |
| Hidrocortisona sol. inj. 500mg - fr/amp        |        |
| Hioscina + Dipirona sol. inj - amp 5ml         |        |
| Levobupivacaína sol. inj. 0,5% C/V - TAXA      |        |
| Levobupivacaína sol. inj. 0,5% S/V - TAXA      |        |
| Lidocaína sol. inj. 2% C/V - Fr/Amp - TAXA     | 1      |
| Lidocaína sol. inj. 2% S/V - Fr/Amp - TAXA     | 1      |
| Metronidazol sol. inj. 5mg/ml - bolsa 100ml    |        |
| Midazolam sol. inj. 5mg/ml - amp 3ml           |        |
| Morfina sol. inj. 0,2mg/ml - amp 1ml           |        |
| Morfina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml            |        |
| Morfina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml             |        |
| Nalbufina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml          |        |
| Naloxona sol. inj. 0,4mg/ml - amp 1ml          |        |
| Neostigmina sol. inj. 0,5mg/ml - amp 1ml       |        |
| Omeprazol sol. inj. 40mg - fr/amp              |        |
| Ondasetrona sol. inj. 4mg - amp 2ml            | 1      |
| Ondasetrona sol. inj. 8mg - amp 2ml            |        |
| Petidina sol. inj. 50mg/ml - amp 2ml           |        |
| Prometazina sol. inj. 50mg - amp 2ml           |        |
| Propofol sol. inj. 10mg/ml - amp 20ml          |        |
| Ranitidina sol. inj. 25mg/ml - amp 2ml         |        |
| Remifentanila sol. inj. 2mg - fr/amp           |        |
| Ringer com Lactato sol. inj. - fr 500ml        | 5      |
| Rocurônio sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 5ml       |        |
| Ropivacaína sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 20ml    |        |
| Sevoflurano sol. p/inalação 1mg/ml - TAXA      |        |
| Sufentanila sol. inj. 5mcg/ml - amp 2ml        |        |
| Suxametônio sol. inj. 100mg - fr/amp           |        |
| Tenoxicam sol. inj. 20mg - fr/amp              |        |
| Tenoxicam sol. inj. 40mg - fr/amp              |        |

[illegible]

| Fios de Sutura          | Quant |
|-------------------------|-------|
| Algodão c/agulha nº     |       |
| Algodão s/agulha        |       |
| Caprofil nº             |       |
| Catgut Cromado nº       |       |
| Catgut Simples nº       |       |
| Ethibond nº             |       |
| Fio de Aço nº           |       |
| Kít Catarata            |       |
| Monocryl nº             |       |
| Nylon nº B C            | 1     |
| PDS nº                  |       |
| Prolene nº              |       |
| Seda nº                 |       |
| Vicryl nº               |       |
| Fio de cerclagem nº     |       |
| Fio de Kirschner nº G O | 1     |
|                         |       |
|                         |       |
|                         |       |
|                         |       |
|                         |       |

| OPME                  | Quant. |
|-----------------------|--------|
| Liga Clip             |        |
| Tela de Polipropileno |        |
|                       |        |
|                       |        |
|                       |        |
|                       |        |
|                       |        |

[illegible]

| TAXAS E EQUIPAMENTOS                        | INÍCIO    | TÉRMINO      |
|---|-----------|--------------|
| Taxa de aparelho de anestesia               |           |              |
| Taxa de Aspirador                           |           |              |
| Taxa de Bisturi Elétrico                    |           |              |
| Taxa de <del>Microscópio</del> <i>motor</i> | <i>TX</i> | <i>23.00</i> |
| Taxa de Monitor Cardíaco                    |           |              |
| Taxa de <del>Motor</del> <i>PVI</i>         | <i>TX</i> | <i>25.00</i> |
| Taxa de Oxímetro de Pulso                   | <i>TX</i> | <i>20.00</i> |
| Taxa de Sala <i>1</i>                       | <i>TX</i> | <i>23.00</i> |
| Taxa de Videolaparoscopia                   |           |              |

| TAXAS E EQUIPAMENTOS                | INÍCIO | TÉRMINO    |
|-------------------------------------|--------|------------|
| Taxa de Capnógrafo                  |        |            |
| Taxa de Intensificador (adulterado) | TC     | adulterado |
|                                     |        |            |
| GAZES                               | INÍCIO | TÉRMINO    |
| Ar comprimido                       |        |            |
| CO <sup>2</sup>                     |        |            |
| Oxigênio                            |        |            |
| Nitrogênio                          |        |            |





**FICHA DE INTERNAÇÃO**  
**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

AV. PEDRO JORDÃO, 734 - MAURÍCIO DE NASSAU - FONE: (81) 3727-7250 - CEP: 55.014-320 - CARUARU - PE

**DADOS DO PACIENTE**

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

**DADOS DA INTERNAÇÃO**

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

**DADOS DO RESPONSÁVEL**

|  |                            |                              |
|--|----------------------------|------------------------------|
| <b>Nome:</b> JOSIMERE BERNARDINO MARQUES | <b>CPF:</b> 858.738.294-20 | <b>Identidade:</b> 5422526   |
| <b>Endereço:</b> BARAO DE ITAMARACA      |                            | <b>Bairro:</b> INDIANOPOLIS  |
| <b>Cidade:</b> CARUARU                   | <b>UF</b>                  | <b>Telefone:</b> 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 CONVÊNIO 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.

☐ Fornecimento de cópia de prontuário.

*[Assinatura]*  
Camila Marques Vasconcelos

*[Assinatura]*  
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 aqui 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 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 anestesiológista 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 Vinconcelon

Nome em letra de forma: Camila Marques Vinconcelon RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

O procedimento médico ou cirúrgico descrito no formulário, incluindo os possíveis riscos, complicações, tratamentos alternativos (incluindo o não 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 Fone.: MAURÍCIO DE NAS C.G.C....: 00.972.860/0001-97 Pag: 001  
 AV JOSÉ VERÍSSIMO Bairro: MAURÍCIO DE NASSAU CEP: 0- Município: CARUARU UF.: PE

Paciente: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES Idade: 45 anos 15/10/ 973 Empresa: Senha:  
 Segurado: Matrícula: 449761001 Guia.: Remessa: 10 10/2019  
 Convenio: 0031 PARTICULAR HSG Registro: 000006995 Cod.p/Conv: Emissao: 15/10/2019 as 09:17  
 Início 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 ---\*

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

\*--- MATERIAIS E MEDICAMENTOS ---\*

\*--- Materiais Médico Hospitalares - Sala de Cirurgia

| Codigo     | Descricao   | Laborat | Data  | Hora  | Unid. | Perc.   | Quantidade | Valor Unit. | Valor Total |
|------------|---|---------|-------|-------|-------|---------|------------|-------------|-------------|
| 17001534.1 | AGULHA P/ANESTESIA 22GA 2" A50 PLECO 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       |
| 10234014.7 | 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       |
| 117888.6   | 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 | 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.:

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(KEVENOL | 11/10/01:08 | UNID | -10,00% | 2,00 | 2,6550  | 5,31  |
| 25805.7   | MANGUEIRA P/CONEXAO TANDEM                           | 11/10/01:08 | UNID | -10,00% | 1,00 | 33,0750 | 33,08 |
| 27386.0   | SERINGA 05ML C/AG.BICO LOCK 25X7MM                   | 11/10/01:08 | UNID | -10,00% | 1,00 | 2,0250  | 2,03  |
| 15781.3   | SERINGA DESC.10ML BICO SLIP C/AG.25X7MM              | 11/10/01:08 | UNID | -10,00% | 1,00 | 2,7000  | 2,70  |
| 15781.4   | SERINGA DESC.20ML BICO SLIP C/AG.25X7MM              | 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 |
|------------|---|---------|-------------|--------|-------|-------|------------|-------------|-------------|
| 19016702.3 | CEFALOTINA SODICA - GENERICO 1 g po inj. + so | NOVAFAR | 11/10/01:08 | FRS/AM |       |       | 1,00       | 10,7242     | 10,72       |
| 19006554.9 | CLORETO DE SODIO 0,9% - SISTEMA FECHADO 500 m | EQUIPLE | 11/10/01:08 | FRS    |       |       | 2,00       | 5,8258      | 11,65       |
| 19004710.9 | NAUSEDRON 4 mg 50 amps. x 2 ml                | CRISTAL | 11/10/01:08 | AMP    |       |       | 1,00       | 27,5396     | 27,54       |
| 19030393.8 | RINGER COM LACTATO - SISTEMA FECHADO 500 ml - | FARMACE | 11/10/01:08 | FRS    |       |       | 2,00       | 6,9000      | 13,80       |
| 19004859.8 | XYLESTESIN + EPINEFRINA 2% C/V 10 etj. 20 ml  | CRISTAL | 11/10/01:08 | ML     |       |       | 20,00      | 0,6566      | 13,13       |
| 19025758.8 | 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  |
| 17003436.2 | ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNI | CREMER  | 11/10/08:13 | UNID | -10,00% | 1,00 | 5,4735  | 5,47  |
| 101848.2   | COMPRESSA GAZE NIDIA 11FIOS 7,5X7,5CM ESTERIL |         | 11/10/08:13 | PCT  | -10,00% | 2,00 | 5,2020  | 10,40 |
| 10028086.1 | EQUIPO MICROGOTAS L15 COMPLETO 25UNID         | LABOR I | 10/10/23:35 | UNID | -10,00% | 1,00 | 12,6450 | 12,65 |
| 17821593.5 | LUVA P/PROCEDIMENTO EST.SANRO AMBI MED.(PAR)  | LATEX S | 11/10/08:31 | UNID | -10,00% | 1,00 | 1,1700  | 1,17  |
| 117503.6   | SERINGA 10ML LUER LOCK                        | SR      | 10/10/23:35 | UNID | -10,00% | 3,00 | 2,5020  | 7,51  |
| 107427.2   | SERINGA 3ML S/AG.DESC.                        | INJEX   | 10/10/23:35 | UNID | -10,00% | 1,00 | 1,3500  | 1,35  |
| 107427.3   | 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

|            |   |         |             |        |  |  |      |        |       |
|------------|---|---------|-------------|--------|--|--|------|--------|-------|
| 19007208.1 | AGUA PARA INJECAO 10 ml cx. 200 amp. plast.   | FARMACE | 10/10/23:35 | AMP    |  |  | 3,00 | 0,6092 | 1,83  |
| 19007208.1 | AGUA PARA INJECAO 10 ml cx. 200 amp. plast.   | FARMACE | 10/10/23:45 | AMP    |  |  | 1,00 | 0,6092 | 0,61  |
| 19040435.1 | CEFALOTINA - GENERICO 1 g. po sol. inj. cx. 5 | TEUTO B | 10/10/23:35 | FRS/AM |  |  | 1,00 | 7,5918 | 7,59  |
| 19040435.1 | CEFALOTINA - GENERICO 1 g. po sol. inj. cx. 5 | TEUTO B | 10/10/23:40 | FRS/AM |  |  | 1,00 | 7,5918 | 7,59  |
| 19007237.5 | CLORETO DE SODIO - SISTEMA FECHADO 0,9% 100 m | FARMACE | 10/10/23:35 | FRS    |  |  | 1,00 | 5,8522 | 5,85  |
| 19006554.9 | CLORETO DE SODIO 0,9% - SISTEMA FECHADO 500 m | EQUIPLE | 10/10/23:35 | FRS    |  |  | 2,00 | 5,8258 | 11,65 |
| 19020757.2 | CLORIDRATO DE TRAMADOL - GENERICO 50 mg/ml so | UNIAO Q | 10/10/23:35 | AMP    |  |  | 1,00 | 6,7956 | 6,80  |
| 19009692.4 | 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:                        |          |
|                                       |  |                            | Usuário: 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 |

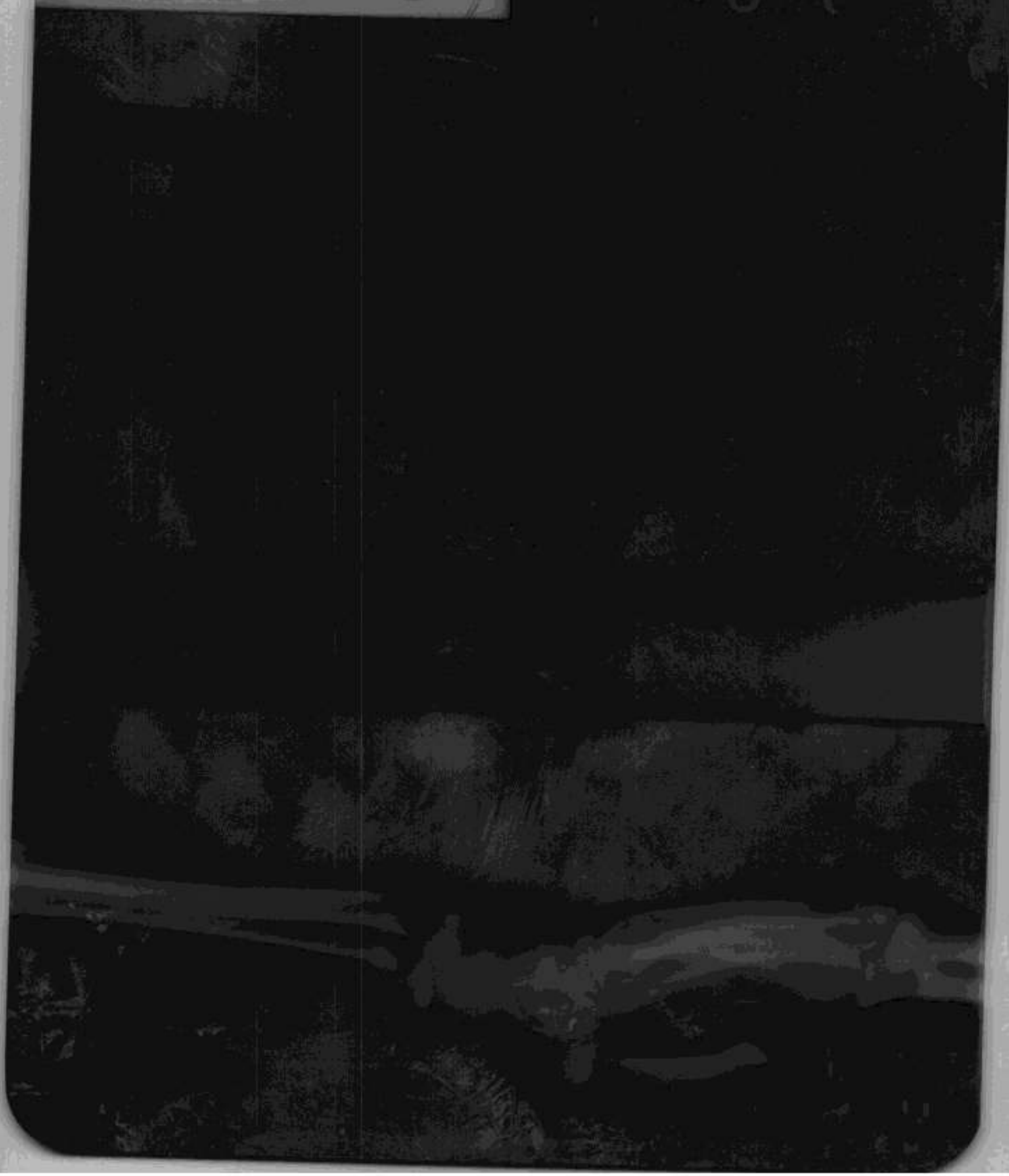
  

|                             |          |
|-----------------------------|----------|
| Total de Diarias e Taxas -> | 1.105,00 |
| Total de Materiais ----->>> | 629,54   |
| Total de Medicamentos -->>> | 137,64   |
| Total de Mat./Med. ----->>> | 767,18   |
| Total de Serv. Hosp. --->>> | 1.872,18 |
| Total Geral da Conta --->>> | 1.872,18 |



Summit

10000  
00





10-10-19

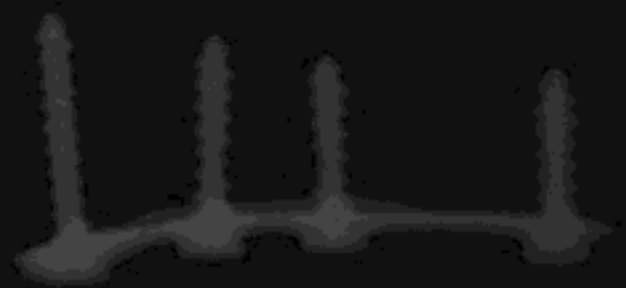
3 00

Grinnell

1/19







P/ JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

SOLICITO:

✚ FISIOTERAPIA MOTORA ( 20 ) SEÇÕES.

HD: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

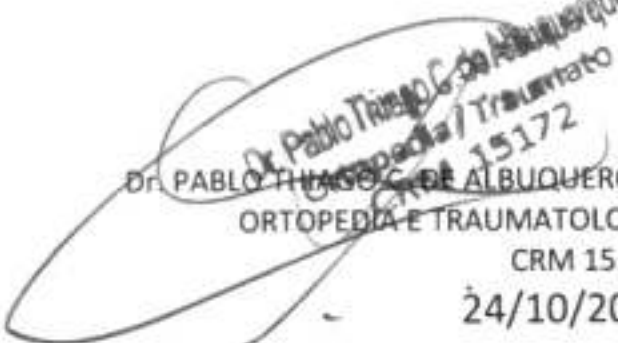
Dr. Pablo Thiago C. de Albuquerque  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 15.172  
Dr. PABLO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 15.172  
24/10/2019



P/ JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

SOLICITO :

✓ RX PUNHO DIREITO AP/P

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



RETORNO


DIA 21/11/2019

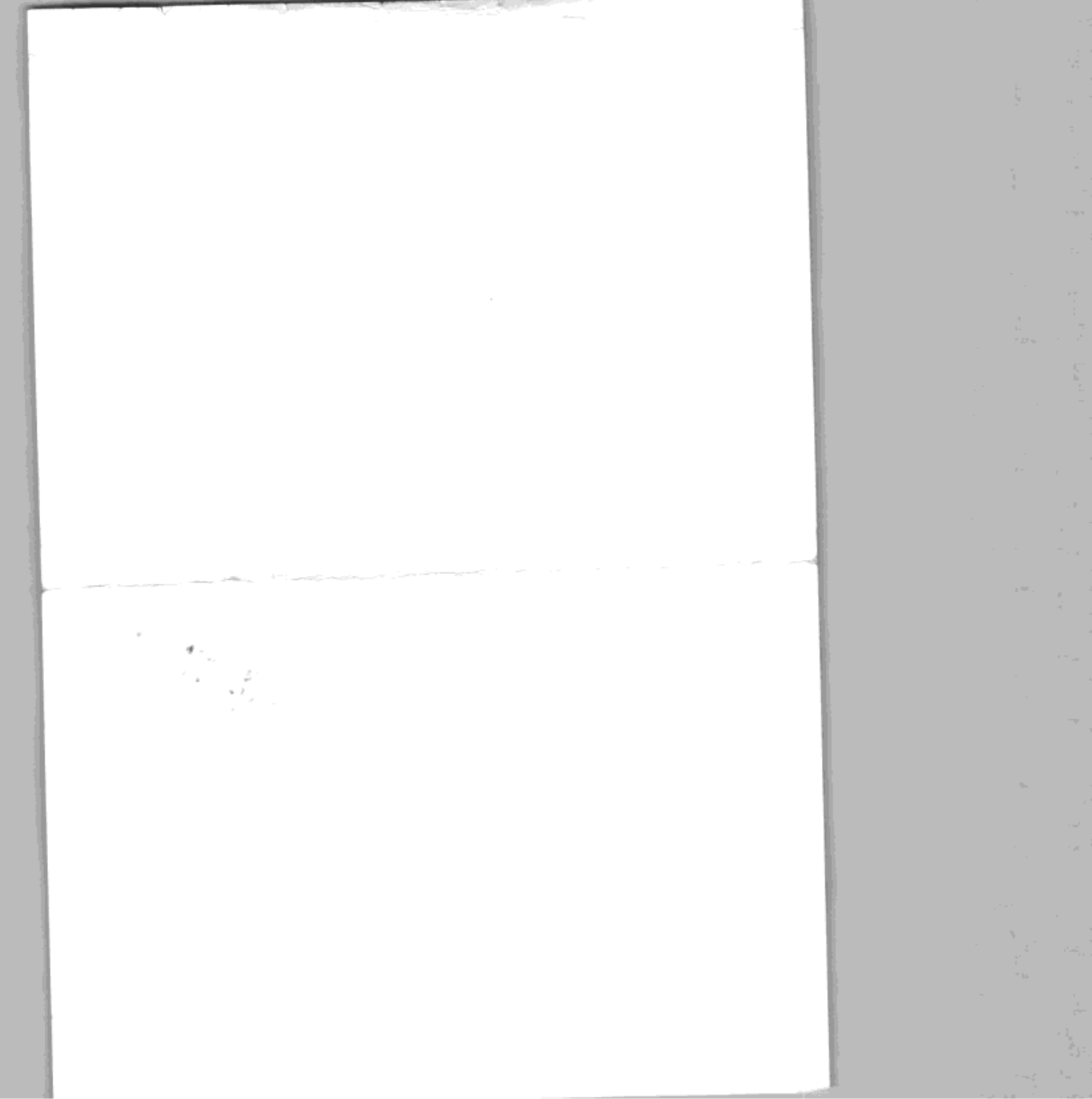
ÀS 13h

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 / Traumatologia  
CRM 15.172  
28/10/2019



Joanice Bernadino Marques  
15.10.1973  
Female  
6995  
Particular  
Dr. Pablo  
Frat. Rudo

HOSP. MEM. SAO GABRIEL  
23.47.54  
10.10.2019



51 kVp  
0.7 mA

(R) 195 (L)

74



25 1 41



OEC

Joanice Bernadino Marques  
15.10.1973  
Female  
6995  
Particular  
Dr. Pablo  
Frat. Rudo

HOSP. MEM. SAO GABRIEL  
23.47.44  
10.10.2019



51 kVp  
0.7 mA

(R) 195 (L)

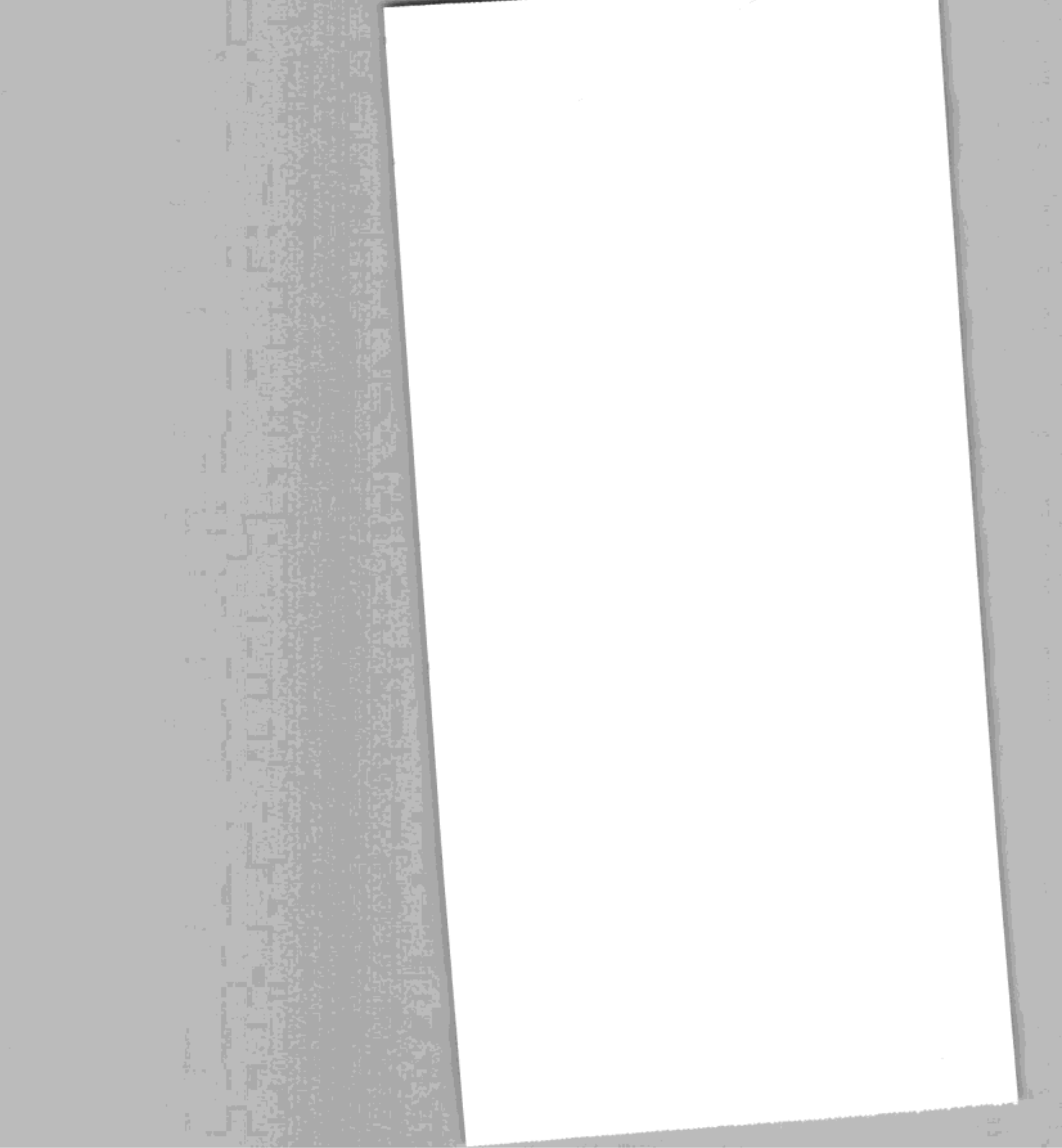
72



25 1 41



OEC



Nº PRONTUARIO  
20279



DATA DE ENTRADA

10/10/2019 ÀS 18:23

Nº REGISTRO  
6995



**BOLETIM DE INTERNAMENTO HOSPITALAR**

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

**Queixa Principal:**

**História Clínica:**

*Queda em Locomoção*

**Exames:**

*Rx*

**HD:**

*Exame Rodo dental*

Dr. Pablo Thiago Cavalcanti de  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 15172

Condição: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Transferido ☐ Óbito ☐

Data Alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Médico Responsável: \_\_\_\_\_

*Amelia Marques Vasconcelos*  
Paciente ou Responsável

*Amanda Souza*  
AMANDASOUZA





## RELATÓRIO CIRÚRGICO

PACIENTE: Josinece Bernardino Marques

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura húmero distal

OPERAÇÃO PROPOSTA: ~~osteotomia~~ Tto. correção com osteossintese

OPERAÇÃO REALIZADA: a mesma

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O mesmo

DATA: 10/10/19

INÍCIO:

TÉRMINO:

## EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: Dr. Pablo Thiago

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTA: Dr. Eduardo

TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio

INSTRUMENTADOR(A): Pinkley

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 SULTURA)
- 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 Assessor Ant. G. S. S. S.  
 Apresentação de corpo  
 Acesso volu  
 Visualização de fratura  
 Redução cruenta  
 Fixação com placa "T" 3.5mm  
 Imobilização externa  
 Sutura com Nylon 3-0  
 Cicatrização

Dr. Pablo Thiago C. de Almeida  
 Ortopedia/Traumatologia  
 CRM 25172



**Av. José Veríssimo, 752**  
**Maurício de Nassau**  
**Fone: (81) 3727-7250**  
**CEP 55.014-250 - Caruaru - PE**  
**CNPJ: 22.721.288/0001-26**

Registro N°

Apto. N°

## DATA

HORA

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

(cada evolução deve ser assinada)

10/10/19

**EVOLUÇÃO CLÍNICA**  
(cada evolução deve ser assinada)

Ficou submetida a 1to curso de  
W. de ...

~~Paulo Thiago C. de Almeida~~  
~~Ortopedia / Traumatologia~~  
~~CRM 15777~~

11/10/19

# Fernando #

7th school. 51 students  
50 51 students  
Punovandana (+)

*Dr. Pablo Torres C. Chalmers*  
*Ortopedia y Traumatología*  
*CRM 15172*





Nº Registro 6995

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

Paciente: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Bloco: 3º Enf/Apt: ENFE Leito: A

Convênio: PARTICULAR HSG

Carteira: 449761001

Médico: 15172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE

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

## EVOLUCAO NUTRICA0

### 1 - Evolução

#### 1.1 - Descrição

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

Tatiana S. Oliveira Ferreira Nunes  
Nutricionista

TATIANA DA SILVA OLIVEIRA FERREIRA NUNES

11/10/2019 08:07:07

CRN-PE-14911



Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Prontuário: 202/79

Registro: 6995

Sexo: Feminino

Idade: 45a 11m 26d

Localização: 3ANDA, ENF308, A

Clínica: Cirúrgica

Médico: Simone Rafela de Andrade Santos

Convênio: PARTICULAR HSG

C.I.D.:

Entrada: 10/10/2019 às 18:23

Alta:

**Evoluções 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 ANESTESICA

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

Calm

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 Operatoria

Sim

Local: MSD

3.16 - Dreno

Não

**4 - Diagnostico 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 pervias, 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.

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Prontuário: 202/79

Registro: 6995

Sexo: Feminino

Idade: 45a 11m 26d

Localização: 3ANDA, ENF308, A

Clínica: Cirúrgica

Médico: Simone Rafaela de Andrade Santos

Convênio: PARTICULAR HSG

C.I.D.:

Entrada: 10/10/2019 às 18:23

Alta:

## Evoluções 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 E ORIENTADA, 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

*Simone Rafaela de A. Santos*  
COREN-PE 199796 - ENF

COREN: PE-199796 SIMONE RAFAELA DE ANDRADE SANTOS

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES  
 Prontuário: 202/79 Registro: 6995  
 Sexo: Feminino Idade: 45a 11m 25d  
 Localização: 3ANDA, ENF308, A  
 Clínica: Cirúrgica

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

**Evoluções do paciente**

1

**10/10/2019 as 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 cuidadosda equipe.

**11/10/2019 as 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 cuidadosda equipe.

**11/10/2019 as 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 V. Nova*  
 Aux. Enfermagem  
 COREN-PE 354799

**COREN: PE-354799 MARIA HELENA VILA NOVA**







## GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Prontuário: 202/79

Registro: 6995

Sexo: Feminino

Idade: 45a 11m 26d

Localização: 3ANDA, ENF308, A

Clínica: Cirúrgica

Médico: Claudeane Nunes Pereira da Silva

Convênio: PARTICULAR HSG

C.I.D.:

Entrada: 10/10/2019 às 18:23

Alta:

### Evoluções 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 REEBE ALTA HOSPITALAR, RENOVADO CURATIVO EM F.O LIMPA E SECA UTILIZADO:

01 LUVA ESTERIL

02 GASES

01 ATADURA DE 10CC

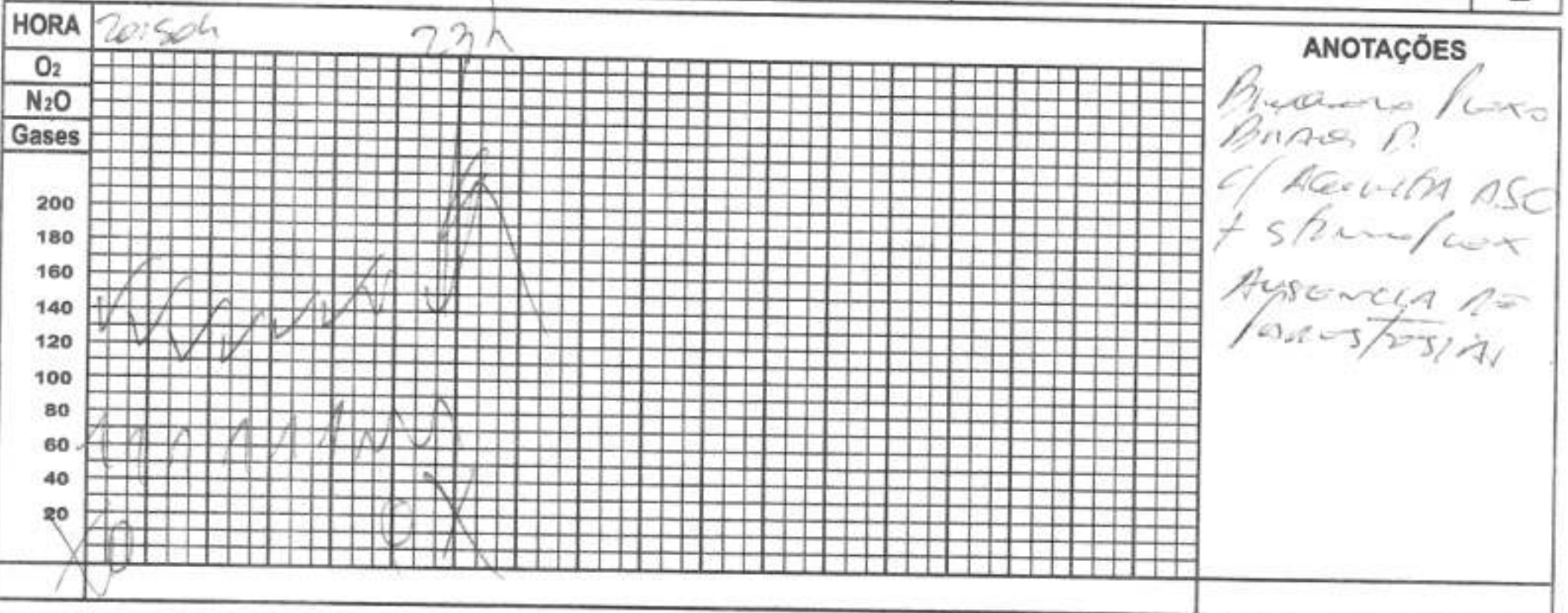
15CM DE MICROPORE

10ML DE ALCOOL

  
COREN: PE-653200 CLAUDEANE NUNES PEREIRA DA SILVA



|                |   |       |            |             |                                       |                     |       |            |     |    |  |
|----------------|---|-------|------------|-------------|---------------------------------------|---------------------|-------|------------|-----|----|--|
| PRÉ-OPERATÓRIA | DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO                      |       |            |             | Antes nome mto.                       |                     |       |            |     |    |  |
|                | HEMÁCIAS  | HCTQ  | HB         | LEUCÓCITOS  | P.A.                                  | F.C.                | TEMP. | RESPIRAÇÃO | ASA | II |  |
|                | GRUPO SANG                                      | TC    | TS         | PROTOMBINA  | ANESTESIA PROPOSTA<br>Proc. loco loco |                     |       |            |     |    |  |
|                | GLICOSE   | URÉIA | CREATININA | PROTEÍNAS   |                                       |                     |       |            |     |    |  |
|                | NA  | K     | CL         | RESERVA ACL |                                       |                     |       |            |     |    |  |
|                | OP. PROPOSTA<br>mat. cirurgico mat. nome mto d. |       |            |             |                                       | ALERGIA: <u>nen</u> |       |            |     |    |  |
|                | OP. REALIZADA:<br>A. localista                  |       |            |             |                                       | ANEST. ANTERIOR:    |       |            |     |    |  |
|                |   |       |            |             |                                       | PRÉ-ANESTÉSICO:     |       |            |     |    |  |
|                | ECG.  |       |            |             |                                       |                     |       |            |     |    |  |



| AGENTES               | CONC. | QUANTIDADE | TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO <sub>2</sub> |                                  |      |           |      |             |      |  |
|-----------------------|-------|------------|---|----------------------------------|------|-----------|------|-------------|------|--|
| Levobupivacaina 0,25% |       |            | Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda                                      |                                  |      |           |      | Intubação   |      |  |
| hino c/v 0,5%         |       |            |   |                                  |      |           |      |             |      |  |
| Cefazolin             |       |            | Posição   | Local Punção                     |      | Liq. Ret. |      | Téc. Inj.   |      |  |
| Proc. loco loco       |       |            | Pos. Pós  | Pos. Pós                         |      | Aparelho  |      | Cond. Final |      |  |
| Al-proc. loco         |       |            | Resultado   | Reflexo                          |      |           |      |             |      |  |
|                       |       |            | Duração da Op.  | Duração da Anest.                |      |           |      |             |      |  |
|                       |       |            | Monitorização   | Ox / loco / mto / loco loco loco |      |           |      |             |      |  |
|                       |       |            | Teste Aldrete e Koulik  | MOV.                             | CONS | COR       | CIRC | RESP        | S.R. |  |

Roberto Albuquerque

Médico Cirurgião

Dr. Eduardo Carvalho

Anestesiologia

CRM-PE 20.307

Médico Anestesista





2072

|                |                            |              |                      |         |          |
|----------------|----------------------------|--------------|----------------------|---------|----------|
| PACIENTE       | Josimere Bernardino        | REGISTRO     | 8995                 | DATA    | 10.10.19 |
| CONVÊNIO       | Particular                 | PROCEDIMENTO | Frat. nocio em r.s.d |         |          |
| CIRURGIÃO      | Rafael                     | ANESTESISTA  | Eduardo              |         |          |
| 1º AUXILIAR    |                            | 2º AUXILIAR  |                      |         |          |
| INSTRUMENTADOR | marcelo                    | INÍCIO       | 20:50                | TÉRMINO | 23:00    |
| ANESTESIA      | Bloqueio de plexo braquial | CIRCULANTE   | Patricia             |         |          |

| Medicamento                                    | Quant. |
|--|--------|
| Ácido Tranexâmico sol. inj. 250mg/5ml          |        |
| Água destilada sol. inj. 1000ml                |        |
| Água destilada sol. inj. 10ml                  |        |
| Alfentanila sol. inj. 0,544mg/ml - amp 5ml     |        |
| Atropina sol. inj. 0,25mg/ml - amp 1ml         |        |
| Bupivacaína + Glicose sol. inj. 0,5% - amp 4ml |        |
| Bupivacaína Isobárica sol. inj. 0,5% - amp 4ml |        |
| Cefalotina sol. inj. 1g - fr/amp               |        |
| Cefazolina sol. inj. 1g - fr/amp               | 1      |
| Cetoprofeno sol. inj. IM 50mg/ml - amp 2ml     |        |
| Cetoprofeno sol. inj. IV 100mg - fr/amp        |        |
| Cetorolaco sol. inj. 30mg/ml - amp 1ml         |        |
| Cisatracúrio sol. inj. 2mg/ml - amp 5ml        |        |
| Clonidina sol. inj. 150mcg/ml - amp 1ml        |        |
| Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 100ml     |        |
| Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 250ml     |        |
| Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 500ml     | 5      |
| Dexametasona sol. inj. 4mg/ml - amp 2,5ml      |        |
| Dextrocetamina sol. inj. 50mg/ml - TAXA        |        |
| Diazepam sol. inj. 5mg/ml - amp 2ml            |        |
| Diclofenaco sol. inj. 25mg/ml - amp 3ml        |        |
| Enoxaparina sol. inj. 40mg - seringa 0,4ml     |        |
| Epinefrina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml          |        |
| Etilefrina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml         |        |
| Etomidato sol. inj. 2mg - amp 10ml             |        |
| Fentanil sol. inj. 0,05mg/ml - TAXA            |        |
| Glicose sol. inj. 5% - fr 250ml                |        |
| Glicose sol. inj. 5% - fr 500ml                |        |
| Heparina sol. inj. 5.000UI - TAXA              |        |
| Hidrocortisona sol. inj. 100mg - fr/amp        |        |
| Hidrocortisona sol. inj. 500mg - fr/amp        |        |
| Hioscina + Dipirona sol. inj - amp 5ml         |        |
| Levobupivacaína sol. inj. 0,5% C/V - TAXA      |        |
| Levobupivacaína sol. inj. 0,5% S/V - TAXA      |        |
| Lidocaína sol. inj. 2% C/V - Fr/Amp - TAXA     | 1      |
| Lidocaína sol. inj. 2% S/V - Fr/Amp - TAXA     | 1      |
| Metronidazol sol. inj. 5mg/ml - bolsa 100ml    |        |
| Midazolam sol. inj. 5mg/ml - amp 3ml           |        |
| Morfina sol. inj. 0,2mg/ml - amp 1ml           |        |
| Morfina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml            |        |
| Morfina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml             |        |
| Nalbufina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml          |        |
| Naloxona sol. inj. 0,4mg/ml - amp 1ml          |        |
| Neostigmina sol. inj. 0,5mg/ml - amp 1ml       |        |
| Omeprazol sol. inj. 40mg - fr/amp              |        |
| Ondasetrona sol. inj. 4mg - amp 2ml            | 1      |
| Ondasetrona sol. inj. 8mg - amp 2ml            |        |
| Petidina sol. inj. 50mg/ml - amp 2ml           |        |
| Prometazina sol. inj. 50mg - amp 2ml           |        |
| Propofol sol. inj. 10mg/ml - amp 20ml          |        |
| Ranitidina sol. inj. 25mg/ml - amp 2ml         |        |
| Remifentanila sol. inj. 2mg - fr/amp           |        |
| Ringer com Lactato sol. inj. - fr 500ml        | 5      |
| Rocurônio sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 5ml       |        |
| Ropivacaína sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 20ml    |        |
| Sevoflurano sol. p/inalação 1mg/ml - TAXA      |        |
| Sufentanila sol. inj. 5mcg/ml - amp 2ml        |        |
| Suxametônio sol. inj. 100mg - fr/amp           |        |
| Tenoxicam sol. inj. 20mg - fr/amp              |        |
| Tenoxicam sol. inj. 40mg - fr/amp              |        |

| Material Médico Hospitalar    | Quant |
|-------------------------------|-------|
| Agulha descartável nº         |       |
| Agulha Gingival               |       |
| Agulha para Raqui nº          |       |
| Agulha Peridural nº 18        |       |
| Algodão bola                  |       |
| Atadura de Crepe nº           |       |
| Atadura gessada nº            |       |
| Cateter para Oxigênio         | 1     |
| Cateter para venopunção nº 22 | 1     |
| Cera para Osso                |       |
| Coletor Sistema Aberto        |       |
| Coletor Sistema Fechado       |       |
| Compressa de gaze 7,5 x 7,5   | 11    |
| Dreno                         |       |
| Eletrodo                      | 1     |
| Equipio macro com injetor     | 1     |
| Equipio para hemoderivados    | 1     |
| Escova para degermação        | 1     |
| Esparradrapo                  |       |
| Luva estéil nº 7.0 7.5        | 1     |
| Máscara descartável           | 1     |
| Micropore                     |       |
| Palito                        |       |
| Sapatilha descartável         | 1     |
| Scalp nº                      |       |
| Seringa 10ml                  | 1     |
| Seringa 1ml                   |       |
| Seringa 20ml                  | 1     |
| Seringa 3ml                   |       |
| Seringa 5ml                   | 1     |
| Seringa 60ml                  |       |
| Seringa Perda de Resistência  |       |
| Sonda de Foley 02 vias nº     |       |
| Sonda de Foley 03 vias nº     |       |
| Sonda endotraqueal nº         |       |
| Sonda nasogátrica curta nº    |       |
| Sonda nasogátrica longa nº    |       |
| Sonda uretral nº              |       |
| Stimuplex                     | 1     |
| Torneira de 03 vias           |       |
| Touca descartável             | 1     |
| Tubo de silicone              |       |
| Compressa curativa ACP        | 1     |
| Coletor de soro               | 1     |
| Lamina 2/4                    | 1     |
| midway                        | 1     |

[illegible]

| OPME                  | Quant |
|-----------------------|-------|
| Liga Clip             |       |
| Tela de Polipropileno |       |
|                       |       |
|                       |       |
|                       |       |
|                       |       |
|                       |       |

[illegible]

| TAXAS E EQUIPAMENTOS                        | INÍCIO    | TÉRMINO      |
|---|-----------|--------------|
| Taxa de aparelho de anestesia               |           |              |
| Taxa de Aspirador                           |           |              |
| Taxa de Bisturi Elétrico                    |           |              |
| Taxa de <del>Microscópio</del> <i>Motor</i> | <i>TX</i> | <i>23.00</i> |
| Taxa de Monitor Cardíaco                    |           |              |
| Taxa de <del>Motor</del> <i>PNI</i>         | <i>TX</i> | <i>28.00</i> |
| Taxa de Oxímetro de Pulso                   | <i>TX</i> | <i>23.00</i> |
| Taxa de Sala <i>1</i>                       | <i>TX</i> | <i>23.00</i> |
| Taxa de Videolaparoscopia                   |           |              |

| TAXAS E EQUIPAMENTOS             | INÍCIO | TÉRMINO |
|----------------------------------|--------|---------|
| Taxa de Capnógrafo               |        |         |
| Taxa de Intensificador (adilson) | TC     | adilson |
| GAZES                            | INÍCIO | TÉRMINO |
| Az comprimido                    |        |         |
| CO <sup>2</sup>                  |        |         |
| Oxigênio                         |        |         |
| Nitrogênio                       |        |         |





**FICHA DE INTERNAÇÃO**  
**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

AV. PEDRO JORDÃO, 734 - MAURÍCIO DE NASSAU - FONE: (81) 3727-7250 - CEP: 55.014-320 - CARUARU - PE

**DADOS DO PACIENTE**

|                                     |                     |                           |                  |
|-------------------------------------|---------------------|---------------------------|------------------|
| Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES   |                     |                           | Registro: 6995   |
| Nascimento: 15/10/1973              | 45 Anos             | Sexo: Feminino            | Natural: CARUARU |
| 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: Senha: |
| 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 CONVÊNIO 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.

☐ Fornecimento de cópia de prontuário.

*[Assinatura]*  
Camila Marques Vasconcelos

*[Assinatura]*  
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 aqui 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 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 anestesiológista 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 Vinconcelon

Nome em letra de forma: Camila Marques Vinconcelon RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

O procedimento médico ou cirúrgico descrito no formulário, incluindo os possíveis riscos, complicações, tratamentos alternativos (incluindo o não 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 Fone.: MAURÍCIO DE NAS C.G.C....: 00.972.860/0001-97 Pag: 001  
 AV JOSÉ VERÍSSIMO Bairro: MAURÍCIO DE NASSAU CEP: 0- Município: CARUARU UF.: PE

Paciente: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES Idade: 45 anos 15/10/ 973 Empresa: Senha:  
 Segurado: Matrícula: 449761001 Guia.: Remessa: 10 10/2019  
 Convenio: 0031 PARTICULAR HSG Registro: 000006995 Cod.p/Conv: Emissao: 15/10/2019 as 09:17  
 Início Tratamento.: 10/10/2019 as 18:23 Alta: 11/10/2019 as 09:06 Motivo: Melhorado Permanência: 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 ---\*

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

\*--- MATERIAIS E MEDICAMENTOS ---\*

\*--- Materiais Médico Hospitalares - Sala de Cirurgia

| Codigo     | Descricao  | Laborat | Data | Hora | Unid. | Perc.   | Quantidade | Valor Unit. | Valor Total |
|------------|--|---------|------|------|-------|---------|------------|-------------|-------------|
| 17001534.1 | AGULHA P/ANESTESIA 22GA 2" A50 PLEKO 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       |
| 10234014.7 | 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       |
| 117888.6   | 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 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.:

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(KEVENOL | 11/10/01:08 | UNID | -10,00% | 2,00 | 2,6550  | 5,31  |
| 25805.7   | MANGUEIRA P/CONEXAO TANDEM                           | 11/10/01:08 | UNID | -10,00% | 1,00 | 33,0750 | 33,08 |
| 27386.0   | SERINGA 05ML C/AG.BICO LOCK 25X7MM                   | 11/10/01:08 | UNID | -10,00% | 1,00 | 2,0250  | 2,03  |
| 15781.3   | SERINGA DESC.10ML BICO SLIP C/AG.25X7MM              | 11/10/01:08 | UNID | -10,00% | 1,00 | 2,7000  | 2,70  |
| 15781.4   | SERINGA DESC.20ML BICO SLIP C/AG.25X7MM              | 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 |
|------------|---|---------|-------------|--------|-------|-------|------------|-------------|-------------|
| 19016702.3 | CEFALOTINA SODICA - GENERICO 1 g po inj. + so | NOVAFAR | 11/10/01:08 | FRS/AM |       |       | 1,00       | 10,7242     | 10,72       |
| 19006554.9 | CLORETO DE SODIO 0,9% - SISTEMA FECHADO 500 m | EQUIPLE | 11/10/01:08 | FRS    |       |       | 2,00       | 5,8258      | 11,65       |
| 19004710.9 | NAUSEDRON 4 mg 50 amps. x 2 ml                | CRISTAL | 11/10/01:08 | AMP    |       |       | 1,00       | 27,5396     | 27,54       |
| 19030393.8 | RINGER COM LACTATO - SISTEMA FECHADO 500 ml - | FARMACE | 11/10/01:08 | FRS    |       |       | 2,00       | 6,9000      | 13,80       |
| 19004859.8 | XYLESTESIN + EPINEFRINA 2% C/V 10 etj. 20 ml  | CRISTAL | 11/10/01:08 | ML     |       |       | 20,00      | 0,6566      | 13,13       |
| 19025758.8 | 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  |
| 101848.2   | COMPRESSA GAZE NIDIA 11FIOS 7,5X7,5CM ESTERIL |         | 11/10/08:13 | PCT  | -10,00% | 2,00 | 5,2020  | 10,40 |
| 10028086.1 | 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 | 11/10/08:31 | 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  |
| 107427.2   | SERINGA 3ML S/AG.DESC.                        | INJEX   | 10/10/23:35 | UNID | -10,00% | 1,00 | 1,3500  | 1,35  |
| 107427.3   | 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

|            |   |         |             |        |  |  |      |        |       |
|------------|---|---------|-------------|--------|--|--|------|--------|-------|
| 19007208.1 | AGUA PARA INJECAO 10 ml cx. 200 amp. plast.   | FARMACE | 10/10/23:35 | AMP    |  |  | 3,00 | 0,6092 | 1,83  |
| 19007208.1 | AGUA PARA INJECAO 10 ml cx. 200 amp. plast.   | FARMACE | 10/10/23:45 | AMP    |  |  | 1,00 | 0,6092 | 0,61  |
| 19040435.1 | CEFALOTINA - GENERICO 1 g. po sol. inj. cx. 5 | TEUTO B | 10/10/23:35 | FRS/AM |  |  | 1,00 | 7,5918 | 7,59  |
| 19040435.1 | CEFALOTINA - GENERICO 1 g. po sol. inj. cx. 5 | TEUTO B | 10/10/23:40 | FRS/AM |  |  | 1,00 | 7,5918 | 7,59  |
| 19007237.5 | CLORETO DE SODIO - SISTEMA FECHADO 0,9% 100 m | FARMACE | 10/10/23:35 | FRS    |  |  | 1,00 | 5,8522 | 5,85  |
| 19006554.9 | CLORETO DE SODIO 0,9% - SISTEMA FECHADO 500 m | EQUIPLE | 10/10/23:35 | FRS    |  |  | 2,00 | 5,8258 | 11,65 |
| 19020757.2 | CLORIDRATO DE TRAMADOL - GENERICO 50 mg/ml so | UNIAO Q | 10/10/23:35 | AMP    |  |  | 1,00 | 6,7956 | 6,80  |
| 19009692.4 | 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:                        |          |
|                                       |  |                            | Usuário: 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 |

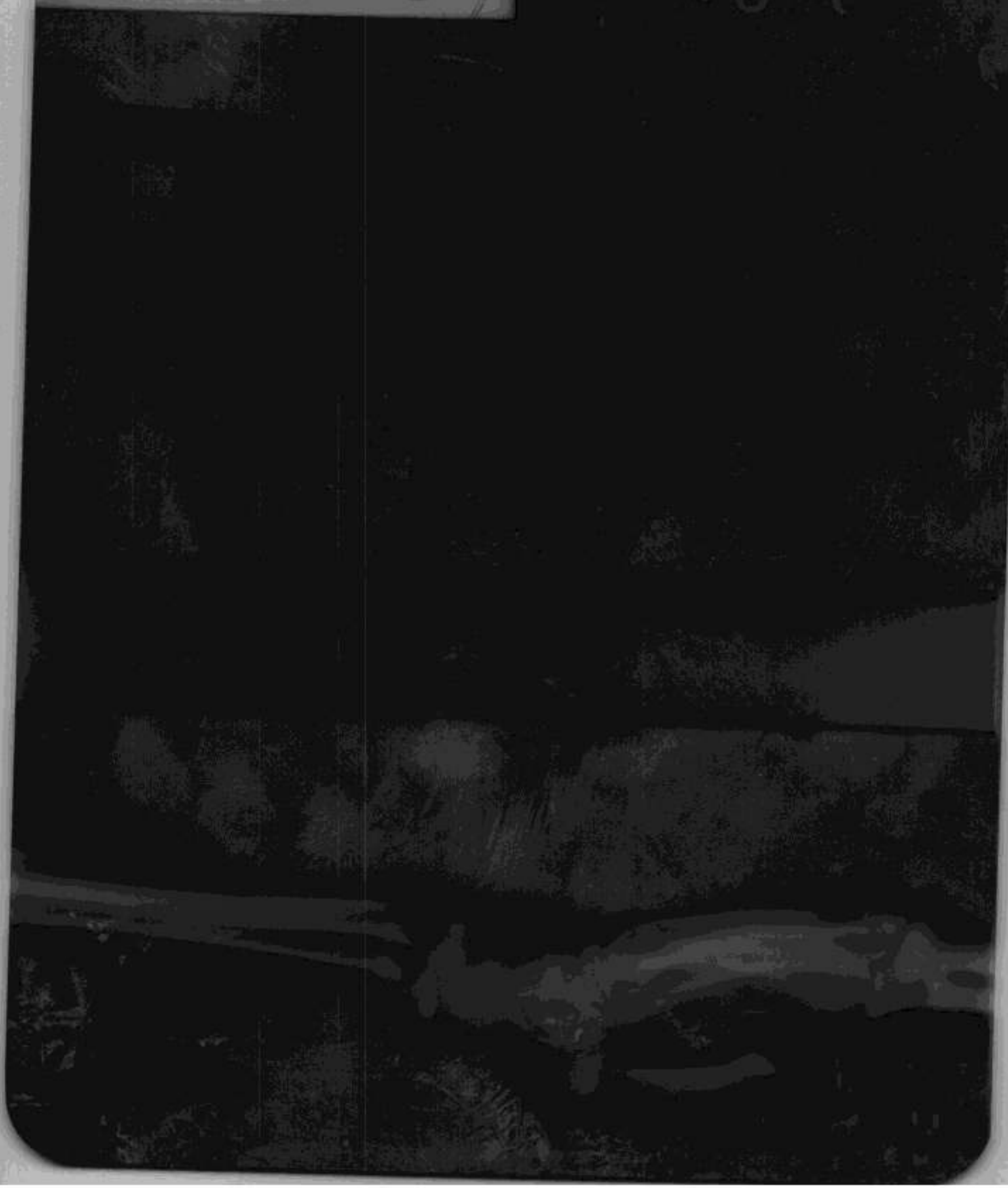
  

|                             |          |
|-----------------------------|----------|
| Total de Diarias e Taxas -> | 1.105,00 |
| Total de Materiais ----->>> | 629,54   |
| Total de Medicamentos -->>> | 137,64   |
| Total de Mat./Med. ----->>> | 767,18   |
| Total de Serv. Hosp. --->>> | 1.872,18 |
| Total Geral da Conta --->>> | 1.872,18 |



Summit

10000  
00



10-10-19

3 00

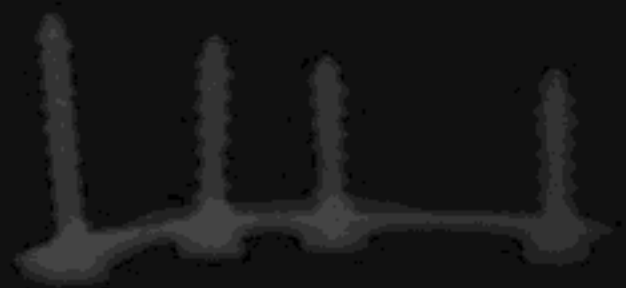
Grimm

1/19









P/ JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

SOLICITO:

✚ FISIOTERAPIA MOTORA ( 20 ) SEÇÕES.

HD: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

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

RETORNO


DIA 21/11/2019

ÀS 13h

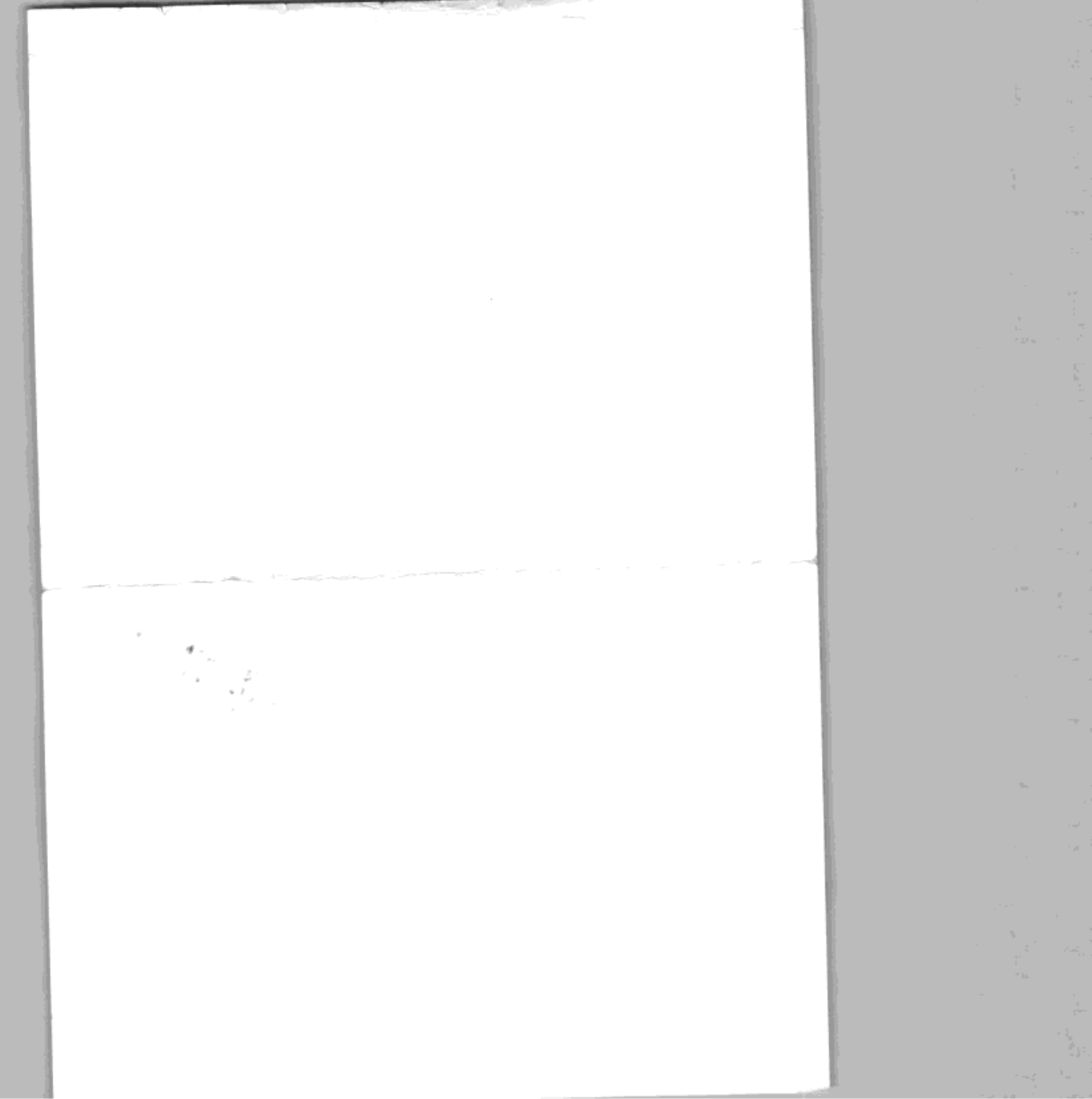
LAUDO MÉDICO:

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 / Traumatismo  
CRM 15.172  
28/10/2019





Joanice Bernadino Marques  
15.10.1973  
Femur  
6995  
Particular  
Dr. Pablo  
Frat. Rudo

HOSP. MEM. SAO GABRIEL  
23.47.54  
10.10.2019



51 kVp  
0.7 mA

(R) 195 (L)

74



25

41



OEC

Joanice Bernadino Marques  
15.10.1973  
Femur  
6995  
Particular  
Dr. Pablo  
Frat. Rudo

HOSP. MEM. SAO GABRIEL  
23.47.44  
10.10.2019



51 kVp  
0.7 mA

(R) 195 (L)

72

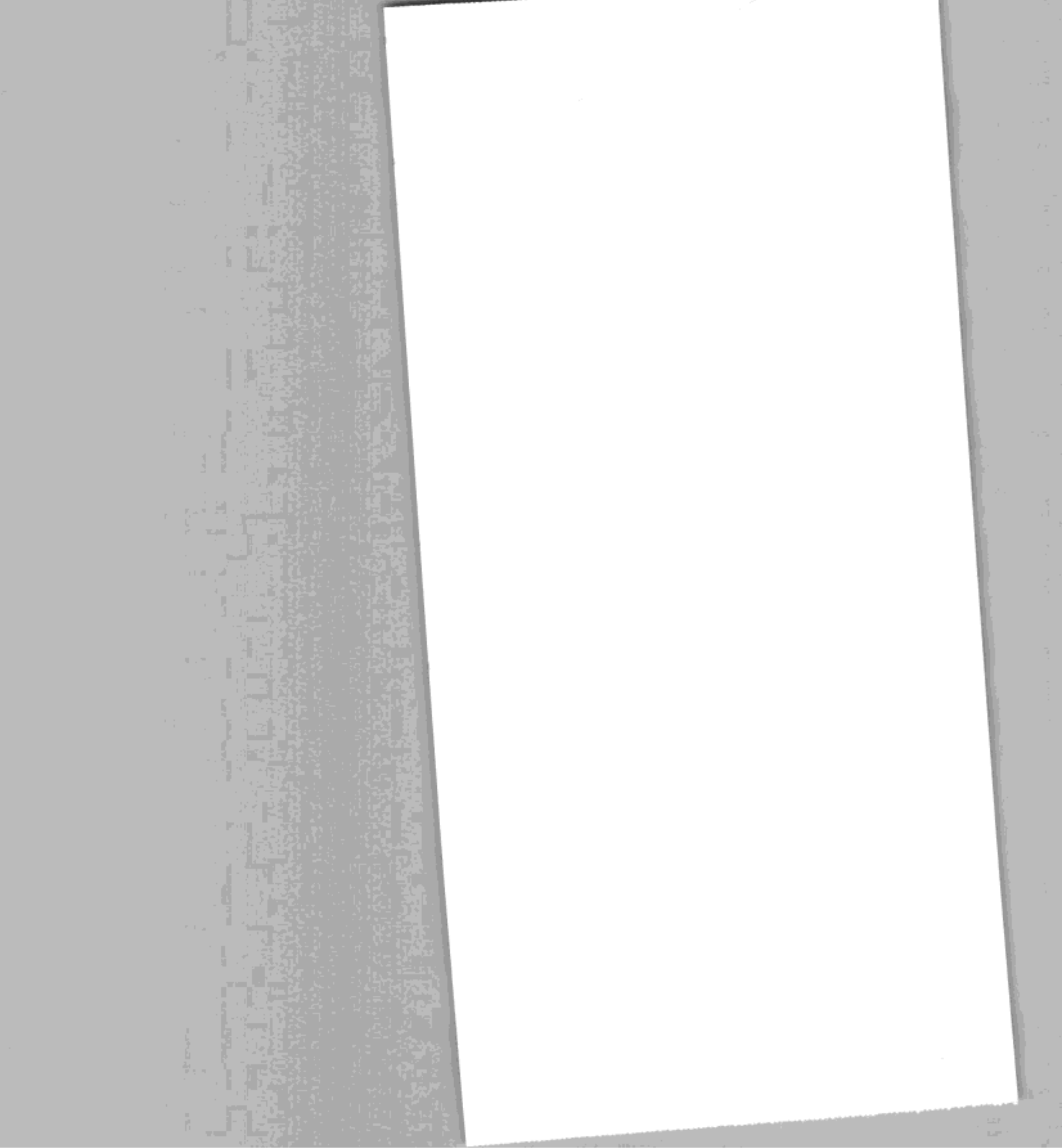


25

41



OEC



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

EC-5

 POLICIA DO ORIENTO



*Josimere Bernardino Marques*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.422.526 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/10/2013

NOME << 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 >>

CPE 858.738.294-20

ASSINATURA DO DIRETOR

RECEBIMOS DE 7.10 DE 2013

Delegado de Polícia (Detor) F-57 18.482 - 3023

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

EC-5

PROLECAO DIREITO

*Josimere Bernardino Marques*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.422.526 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/10/2013

NOME << 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 >>

CPE 858.738.294-20

ASSINATURA DO DIRETOR

RECEBIMOS DE 7.10 DE 2013

Delegado de Polícia (Detor) 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  
MÉDICO  
CRM 15.172  
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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 10/10/2019

**Titular do CPF:** JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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, tomando 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

JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JESSYCA MAYARA NEVES CAVALCANTI