



Número: **0005609-47.2020.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **17/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSIMERE BERNARDINO MARQUES (AUTOR)		JULIANA SYNARA ROSENDO FEITOSA (ADVOGADO) THIAGO SOUSA DA MATA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72376 037	11/12/2020 10:08	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106734

Vítima: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Data do Acidente: 10/10/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15591555

Pag. 01491/01492 - carta_01 - DAMS

00020746





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

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200106734 Vítima: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Data do Acidente: 10/10/2019 Cobertura: DAMS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01647/01648 - carta_10 - DAMS

00050824





REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE PUNDAÇÃO, DA PESSOA FÍSICA VITIZADA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012

[illegible]

$\frac{1}{2} \left(\frac{1}{2} \right) = \frac{1}{4}$

DECLASSIFICATION AUTHORITY

DATE 09-08-2016

BY 60322

REASON E.O. 13526, SECTION 1.4

APPROVED BY [Signature]

DATE 09-08-2016

DADOS BANCARIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ASSINALE UMA CÓPIA DE CONTA

☒ CONTA LOGGIANZA ☐ CONTA CUBICAZIONE
☐ CUBICAZIONE ☐ CUBICAZIONE
☐ CUBICAZIONE ☒ CUBICAZIONE

AGENCY: State of New Jersey COUNTY: Essex AGENCY: _____ COUNTY: _____

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO M. PREFENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE.

☐ I am not a member of the organization.

☐ I am a member of the organization, but I am not a member of the organization.

☒ I am a member of the organization, and I am a member of the organization.

DECLARAÇÃO DE UNICÃO BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

1. The first step is to identify the problem. In this case, the problem is that the company is not meeting its sales targets.

15100

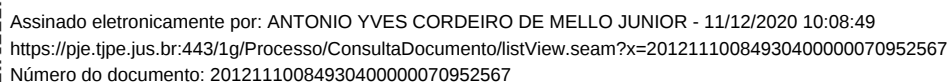
October 21, 2016

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1039-1043.

11. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1996, 1000-1001.

$$X = \bigcup_{i=1}^n X_i \text{ and } \mu(X_i) < \infty \text{ for } i = 1, \dots, n. \text{ Then } \mu(X) = \sum_{i=1}^n \mu(X_i).$$

bioRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/000000>; this version posted January 1, 2016. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted bioRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under aCC-BY-NC-ND 4.0 International license.





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** Nacionalidade: **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** Nacionalidade: **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** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

12/11/2019 19:11



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 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
(VITIMA)

EZEQUIEL BRITO
(OUTRO)

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

12/11/2019 19:11





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA 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** Nacionalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5422526/SDS/PE (RG) 85873829420 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTÔNOMO(A)** telefones Celulares: **- 81994103448**

EZEQUIEL BRITO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO BRITO** Data de Nascimento: **16/4/1948** Nacionalidade: **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** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

27/11/2019 16:16



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 VITIMA ESTAVA USANDO, ENGANCHOU NO PEDAL DA MOTOCICLETA, O CONDUTOR PERDEU O EQUILIBRIO 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 SÃO 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
(VITIMA)

EZEQUIEL BRITO
(OUTRO)

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

27/12/2019 16h





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP901CIR
DINTER 1.141 DESEC

BOLETIM DE OCORRENCIA N.º **19E0180003162**

BOLETIM DE OCORRENCIA - B.O. Nº 19E0180003162 - DATA: 12/11/2019 - 19:11

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAQ FATAL - Colpeiro, Consumidor, Colpeiro, Consumidor
10/10/2019 às 12:00

LOCAL DO OCORRER: MUNICIPIO DE CARUARU, 01 - RUA BARAO DE ITAMARACA, S/N,
INDIANÓPOLIS, CARUARU-PE - INDIANÓPOLIS - CARUARU PERNAMBUCO BRASIL
Bairro: POR TRÁS DO MERCADO SANTA TEREZINHA
TIPO DE VIA: VIA PUBLICA

Relatado por: Vítima ou representante

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
CPF: 81994103448
RG: 151019732
Data de Nascimento: 15/10/1973
Endereço: RUA BARAO DE ITAMARACA, S/N, INDIANÓPOLIS, CARUARU-PE

Detalhamento: Fatores manifestados

Relato: Fatores manifestados

DESCRIÇÃO DO BEM DANIFICADO: VEICULO

JOSIMERE BERNARDINO MARQUES (presente ao plantão) - Feminino - **ADELIA BERNARDINA MARQUES** - **JOSE BERNARDINO MARQUES** - 15/10/1973 - CARUARU PERNAMBUCO BRASIL - 5422526 SDS PE (RG) - 65873629420 (CPF) - CASADO(A) - 1 - GRAU INCOMPLETO - AUTONOMIA - 81994103448

LOCAL DO OCORRER: MUNICIPIO DE CARUARU, RUA BARAO DE ITAMARACA, 284 - 1º ANDAR, INDIANÓPOLIS, CARUARU PE - CEP: Bairro: CARUARU PERNAMBUCO BRASIL, POR TRÁS DO MERCADO SANTA TEREZINHA

EZEQUIEL BRITO (presente ao plantão) - Masculino - **MARIA DO CARMO BRITO** - 16/4/1948 - NAO INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL - 1100264 SSP PE (RG) - 02971666468 (CPF) - 02836223644 (CNH) - CASADO(A) - 2 - GRAU COMPLETO - APOSENTADO - 81988356235

LOCAL DO OCORRER: MUNICIPIO DE CARUARU, RUA BARAO DE ITAMARACA, 284 - 1º ANDAR, INDIANÓPOLIS, CARUARU PE - CEP: Bairro: CARUARU PERNAMBUCO BRASIL, POR TRÁS DO MERCADO SANTA TEREZINHA

BRENO ANDRESSON SILVA BRITO (nao presente ao plantão) - Masculino - **EZEQUIEL BRITO** - NAO INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL



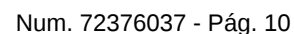


NAO INFORMADO

PCW6216 119702362 9C6RG3810H0001087
2016 2017 ALCO GASOL
YAMAHA YS150 FAZER SFO

DECLARA A VITIMA QUE TRANSITAVA NA GARUPE 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 DESCEER 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 DESCEER 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. 6495, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO O PRESENTE.

RAIMUNDO FERREIRA DE MENDONÇA 221538.1











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

Número da
NFS-e
513

Data e Hora da Emissão	14/11/2019 14:55:47	Competência	14/11/2019	Código de Verificação	684401215
Número do RPS		Nº da NFS-e substituída	512	Local da Prestação	CARUARU - PE

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	FABRICA TAMBORA ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL LTDA				
Nome Fantasia	COT				
CNPJ/CPF	13.872.340/0001-60	Inscrição Municipal	9055566	Município	CARUARU - PE
Endereço e Cep	AVENIDA JOSE VIEIRA SIMÃO, 186 - MAURÍCIO DE NASSAU CEP: 55014-250				
Complemento		Telefone	(51) 3721-3907	e-mail	cot.caruaru@gmail.com

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome	JOSEVALDO BERNARDINO MARQUES				
CNPJ/CPF	865.738.204-20	Inscrição Municipal		Município	CARUARU - PE
Endereço e CEP	RUA BARÃO DE TAMBORA, 234 - INDIANÓPOLIS CEP: 55020-003				
Complemento		Telefone		e-mail	

Discriminação dos Serviços

REFERENTE A HONORARIO MEDICO - CIRURGIA

CIRURGIAO HSI 0319
INSTRUMENTAÇÃO R\$350,00
ANESTESIA R\$800,00

Código do Serviço / Atividade

403.909056800 - ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL - RESTAURACAO CONSULTAS

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	
----------------	--	------------	--

Tributos Federais

PIS		COFINS		IR/RS		NSF/RS		CSLL/RS	
-----	--	--------	--	-------	--	--------	--	---------	--

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções		Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços - R\$	2.030,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços - R\$	2.030,00	
(-) Desconto Incondicionado		1- Tributação no município	(-) Deduções permitidas em lei		
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado		
(-) Retenções Federais	0,00	2- Nenhum	Base de Cálculo	2.030,00	
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	5,00	
(-) ISS Retido		3- Sim	ISS a reter	(-) Sim (X) Não	
(-) Valor Líquido - R\$	2.030,00	Incentivador Cultural	(x) Valor do ISS - R\$	0,00	
		2- Não			

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site: ART.ARTnet.com.br com a utilização do Código de Verificação
3- Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional não goza do direito a crédito fiscal de ISS e IPI

Aviões





CARUARU

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 16:29:53	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	90092272	Município	CARUARU - PE
Endereço e Cep	AVENIDA JOSE FERISSIMO 75 - MAURICIO DE NASSAU CEP: 55014-200				
Complemento		Telefone	(81) 3727-7250	e-mail	05650532@gmail.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 - INDIANOPOLIS CEP: 55045-035				
Complemento		Telefone		e-mail	

Discriminação dos Serviços

REFERENTE A SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES PRESTADOS

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 166,09

Código do Serviço / Atividade

A.1.1. 8610-10/01 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGENCIAS

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	2- Não tem	Base de Cálculo	1.870,00
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota - %	5,00
(-) ISS Retido		1- Não	ISS a reter	1 - Sim (X) Não
(-) Valor Líquido - R\$	1.870,00	Incentivador Cultural	(=) Valor do ISS - R\$	56,10
		2- Não		

1- O valor desta Nota Fiscal está baseado nos dados informados pelo Contribuinte dos Serviços.
2- A alíquota desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site: cabeleirogomes.com.br/consultas/codigodeverificacao

Assinatura



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 10:08:49
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121110084930400000070952567>
Número do documento: 20121110084930400000070952567

Num. 72376037 - Pág. 15





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 RS 1000,00

Recebi de João Maria Bonachina Nogueira

o valor de mil e mil reais

Recebido por Dr. Gabriel

Caruaru, 11 de 10 de 2020

[Assinatura]



----- CIPHER : THIS IS UNCLASSIFIED -----

[illegible]

Serial	Serial Title	Author	Title	Year	Print Run	Print Price	Unit Price
101-101	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	1918	100	100	100	100
102-102	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	1918	100	100	100	100
103-103	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	1918	100	100	100	100
104-104	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	1918	100	100	100	100
105-105	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	1918	100	100	100	100
106-106	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	1918	100	100	100	100
107-107	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	1918	100	100	100	100
108-108	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	1918	100	100	100	100
109-109	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	1918	100	100	100	100
110-110	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	1918	100	100	100	100
111-111	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	1918	100	100	100	100
112-112	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	1918	100	100	100	100
113-113	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	1918	100	100	100	100
114-114	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	1918	100	100	100	100
115-115	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	1918	100	100	100	100
116-116	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	1918	100	100	100	100
117-117	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	1918	100	100	100	100
118-118	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	1918	100	100	100	100
119-119	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	1918	100	100	100	100
120-120	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	ANITA - THE LITTLE BOOK OF THE YEAR	1918	100	100	100	100





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

Recebido de *Dr. Paulo Trindade*

o valor de *R\$ 3.500,00*

para *pagamento de 112. Paulo Trindade*

em *prejuízo de R\$ 3.500,00*

Caruaru, 10 de 11/2020

Paulo Trindade



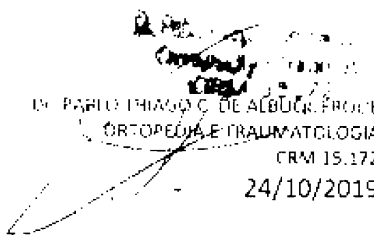
[illegible]

P/ JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

SOLICITO:

↓ FISIOTERAPIA MOTORA (20) SEÇÕES.

HD- FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO


DR. PAULO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 15.172
24/10/2019

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



P/ JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

SOLICITO :

✓ RX PUNHO DIREITO AP/P

DR. PABLO FERNANDO ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM 15.172
24/10/2019

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



**São
Gabriel**

LAUDO MEDICO:

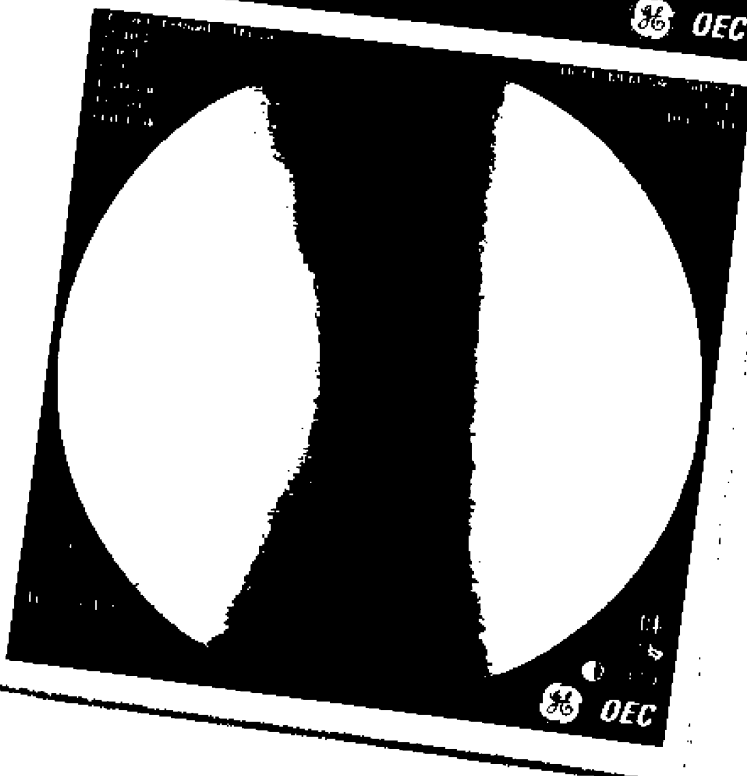
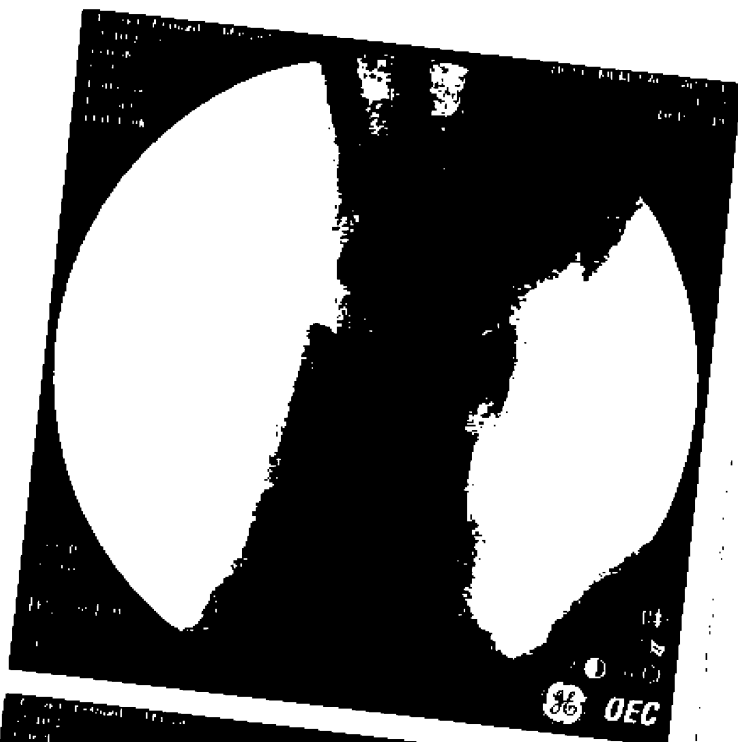
ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE JOSIMERE
BERNARDINO MARQUES FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, NO DIA
10/10/2019, COM TRAUMA NO PUNHO DIREITO, OCASIONANDO
FRATURA DE RADIO DISTAL. FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO
CIRÚRGICO, FIXADO COM PLACA DCP 3.5mm.

CID S52.0

DR. PAULO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE
CRM 15.127
28/10/2019

Av. José Veríssimo, 752 - Maracá de Nassau
Fone: (81) 3727-7260 (Ortopedia) / 3727-7272 (Oftalmologia)
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE





HOSPITAL MEMORIAL



Nº PRONTUÁRIO

20279



DATA DE ENTRADA

10/10/2019 ÀS 18:23

Nº REGISTRO

6995



BOLETIM DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

NOME PACIENTE: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES				SEXO: Feminino	NASCIMENTO: 15/10/1973	IDADE: 45 anos, 11 meses e 25 dias
NOME DA MÃE: ADELIA BERNARDINA MARQUES		NOME DO PAI: JOSE BERNARDINO MARQUES		IDENTIDADE: 5422526	CPF: 858.738.294-20	TELEFONE: (81) 98835-6236
ENDEREÇO: SARAO DE ITAMARACA	Nº: 234	BAIRRO: INDIANOPOLIS	CIDADE: CARUARU	UF: PE	CEP: 55026005	CELULAR:
CONVÊNIO: 31 PARTICULAR	MATRICULA: 449761001	VALIDADE CARTEIRA: 30/12/1899	SENHA:	UNIDADE DE ATENDIMENTO: INTERNACAO- HSG		
CRM/MEDICO: 01572 PABLO EMILIO CAVALCANTI DE		ESPECIALIDADE: Ortopedia	CODIGO CBO: 225270	USUARIO DO ATENDIMENTO: AMANDASOUZA		
BLOCO: 3º ANDAR	ACOMODACAO: ENFERMARIA 308	LEITO: A	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE: CARUARU	PROFISSÃO:	

Queixa Principal:

História Clínica:

Exames:

HD:

Condição ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Transfendo ☐ Óbito ☐

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

Médico Responsável: _____

Paciente ou Responsável

AMANDASOUZA

Av. José Veríssimo, 752 - Caruaru - PE - Fones: 81-37277250 Ort - 81-37277272 Of - CNPJ: 22.721.288/0001-26





PACIENTE: <u>Leandro Demétrio Pinheiro</u>	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Infarto do miocárdio</u>	
OPERAÇÃO PROPOSTA: <u>Coronariografia Tre Coronário com stent</u>	
OPERAÇÃO REALIZADA: <u>A mesma</u>	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <u>Oclusão</u>	
DATA: <u>16/10/197</u>	INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Pablo Hinoj	1º AUXILIAR:
2º AUXILIAR:	3º AUXILIAR:
ANESTESISTA: Dr. Francisco	TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio
INSTRUMENTADOR(A): Henrique	POSIÇÃO DO PACIENTE:

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 | 4 - TÉCNICA E TÁTICA | 7 - ACIDENTES E COMPLICAÇÕES |
| 2 - VIA DE ACESSO | 5 - FECHAMENTO (FIOS E SULTURA) | 8 - GRÁFICO DA CIRURGIA |
| 3 - ORGÃOS E LESÕES | 6 - DRENO E SONTA (PENROSE, KERH, ETC.) | 9 - PEÇA OPERATÓRIA-ANAT.PATOL |

[illegible]



HOSPITAL MEMORIAL

**São
Gabriel**

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

Paciente _____

Registro Nº _____

Clínica _____

Apto. Nº _____

DATA

HORA

EVOLUÇÃO CLÍNICA

(Cada evolução deve ser assinada)

11/12/19

24h internado a 4to. cirurgia e 1
de internação

Dr. Paulo Roberto Cordeiro de Mello Junior
CRM 15192

11/12/19

4 cirurgia e

24h internado 31 dias
de 1a. cirurgia e 1 de
internação (+)

Dr. Paulo Roberto Cordeiro de Mello Junior
CRM 15192





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 NUTRICAO

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 INTOLERÂNCIAS ALIMENTARES.

TATIANA S. OLIVEIRA FERREIRA NUNES
Nutricionista

TATIANA DA SILVA OLIVEIRA FERREIRA NUNES

11/10/2019 08:07:07

CRN-PE-14911







GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
Prontuário: 202/79 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

1

11/10/2019 às 00:36:41 - SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA 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 as: RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA
 - 1.4 - Acesso Venoso
Sim
Local:
- 2 - EXAME FÍSICO
- 3 - Integridades da pele
- 3.1 - Estado Geral: Regular
 - 3.2 - Nível de Consciência
Consciente
Orientado
Calmo
Sorridente
 - 3.3 - Hidratação: Hidratado
 - 3.4 - Sono e repouso: Preservado
 - 3.5 - Higiene Corporal: Adequada
 - 3.6 - Higiene Bucal: Adequada
 - 3.7 - Alimentação
Suspensa
Qua motivo: PCTE SOB EFEITO ANESTÉSICO
 - 3.8 - Deambulação: Proibida por ordem médica
 - 3.9 - Regulação Térmica: Afebril
 - 3.10 - Oxigenação
Eupnéico
MVP+ s/RA
 - 3.11 - Regulação Vascular: Normocárdico
 - 3.12 - Pulso: Filiforme
 - 3.13 - Regulação Abdominal
Plano
Indolor
 - 3.14 - RHA
Presente
 - 3.15 - Ferida Operatória
Sim
Local: MSD
 - 3.16 - Dreno
Não
- 4 - Diagnóstico de Enfermagem
- Risco para Infecção
 - Risco para sangramento
- 5 - Condutas de Enfermagem
- Lavagem das mãos antes e após os procedimentos, utilizar EPI'S E técnicas assépticas.
 - Manter vias aéreas 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

Página: 1 de 2

Emitido em: 11/10/2019 00:55:51

AV JOSÉ VERÍSSIMO MAURÍCIO DE NASSAU PE C.E.P.: 59014-320

S.P. Data - S.G.P. - P.E.P. v.19.01.01 - 123721



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 10:08:49
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121110084930400000070952567>
Número do documento: 20121110084930400000070952567

Num. 72376037 - Pág. 34



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: Simone Rafaela de Andrade Santos
Convênio: PARTICULAR HSG
C.I.D.:
Entrada: 10/10/2019 às 18:23
Aita:

Evoluções do paciente

2

Evolução Enfermagem

3.1 - Descrição

paciente segue em P.O.I.TTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO, NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE E ORIENTADA, ACIANÓTICA, ANÓTÉRICA, EUPNÉICA, NORMOCORADA, SONOLENTA EM REPOUSO NO ELITO, COM CURATIVO OCLUSIVO EM MSD, MEMBRO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA SEQUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM

Avaliação do Grau de Risco - Escala de Braden

- 1.1 - Percepção Sensorial: Muito Limitado
 - 1.2 - Umidade: Rara
 - 1.3 - Atividade: Acamado
 - 1.4 - Mobilidade: Discreta Limitação
 - 1.5 - Nutrição: Adequada
 - 1.6 - Fricção/ Cisalhamento: Sem Problema Aparente
 - 1.7 - Total: 16 Pontos
 - 1.8 - Classificação: (15 - 16) Risco Brando
- ##### Escala de Coma de Glasgow
- 2.1 - Abertura Ocular: Espontânea
 - 2.2 - Resposta Verbal: Orientado e Conversando
 - 2.3 - Resultado: 15 Pontos
 - 2.4 - Resposta Motora: Ao Contando

10/10/2019 18:23
Simone Rafaela de Andrade Santos

COREN: PE-199796 SIMONE RAFAELA DE ANDRADE SANTOS





GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
Prontuário: 20279 Registro: 6995
Sexo: Feminino Idade: 45a 11m 25d
Localização: 3ANDA, ENF308, A
Clínica: Cirúrgica

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

Evoluções do paciente

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

Localização: 3ANDA, ENF308, A

COREN: PE-354799 MARIA HELENA VILA NOVA

1 - Evolução

1.1 - Descrição

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

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

Localização: 3ANDA, ENF308, A

COREN: PE-354799 MARIA HELENA VILA NOVA

1 - Evolução

1.1 - Descrição

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

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

Localização: 3ANDA, ENF308, A

COREN: PE-354799 MARIA HELENA VILA NOVA

1 - Formulário SSVV

1.1 - Sinais vitais

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

1.2 - Drenagens

1.2.1 - Outros Drenos

Qual

1.2.2 - Diurese

(X) Espontânea

() SVA

Maria Helena Vila Nova
Ass: Enfermagem
COREN: PE-354799

COREN: PE-354799 MARIA HELENA VILA NOVA







GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
Prontuário: 202779 Registro: 5996
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 às 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 às 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											
	SANGUE	HEMACIAS	HGTQ	HB	LEUCÓCITOS	P.A.	F.C.	TEMP.	RESPIRAÇÃO	ASA	ECG.	
		GRUPO SANG.	TC	TS	PROTOMBINA	ANESTESIA PROPOSTA						
		GLICOSE	URÉIA	CREATININA	PROTEÍNAS							
		NA	K	CL	RESERVA ACL							
	OP. PROPOSTA					ALERGIA:						
OP. REALIZADA:					ANEST. ANTERIOR:							
					PRÉ-ANESTÉSICO:							

HORA																					ANOTAÇÕES
O ₂																					
N ₂ O																					
Gases																					
200																					
180																					
160																					
140																					
120																					
100																					
80																					
60																					
40																					
20																					

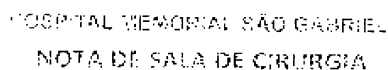
AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO ₂								
			Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda						Intubação		
			Posição		Local Punção		Liq. Ret.		Téc. Inj.		
			Pos. Pós		Pos. Pós		Aparelho		Cond. Final		
			Resultado		Reflexo						
			Duração da Op.				Duração da Anest.				
			Monitorização								
			Teste Aldrete e Koulik		MOV.	CONS	COR	CIRC	RESP	S.R.	

Médico Cirurgião

Médico Anestesiista











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: BARÃO DE ITAMARACA		Bairro: INDIANÓPOLIS	
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: BARÃO DE ITAMARACA		Bairro: INDIANÓPOLIS	
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 da 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.

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 anestesiolologista 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

Nome em letra de forma

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.



--- 445132 1 .P.02 8.3.17210711 ---

[illegible]

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

[illegible]

--- REFERENCE INFORMATION ---
REF ID: A66089







REGISTRO GERAL DE OBRAS - RGO	Processo: 20121110084930400000070952567	11/12/2020 10:08:49	11/12/2020 10:08:49
RELAÇÃO DE OBRAS - RGO	Registro: 20121110084930400000070952567	11/12/2020 10:08:49	11/12/2020 10:08:49

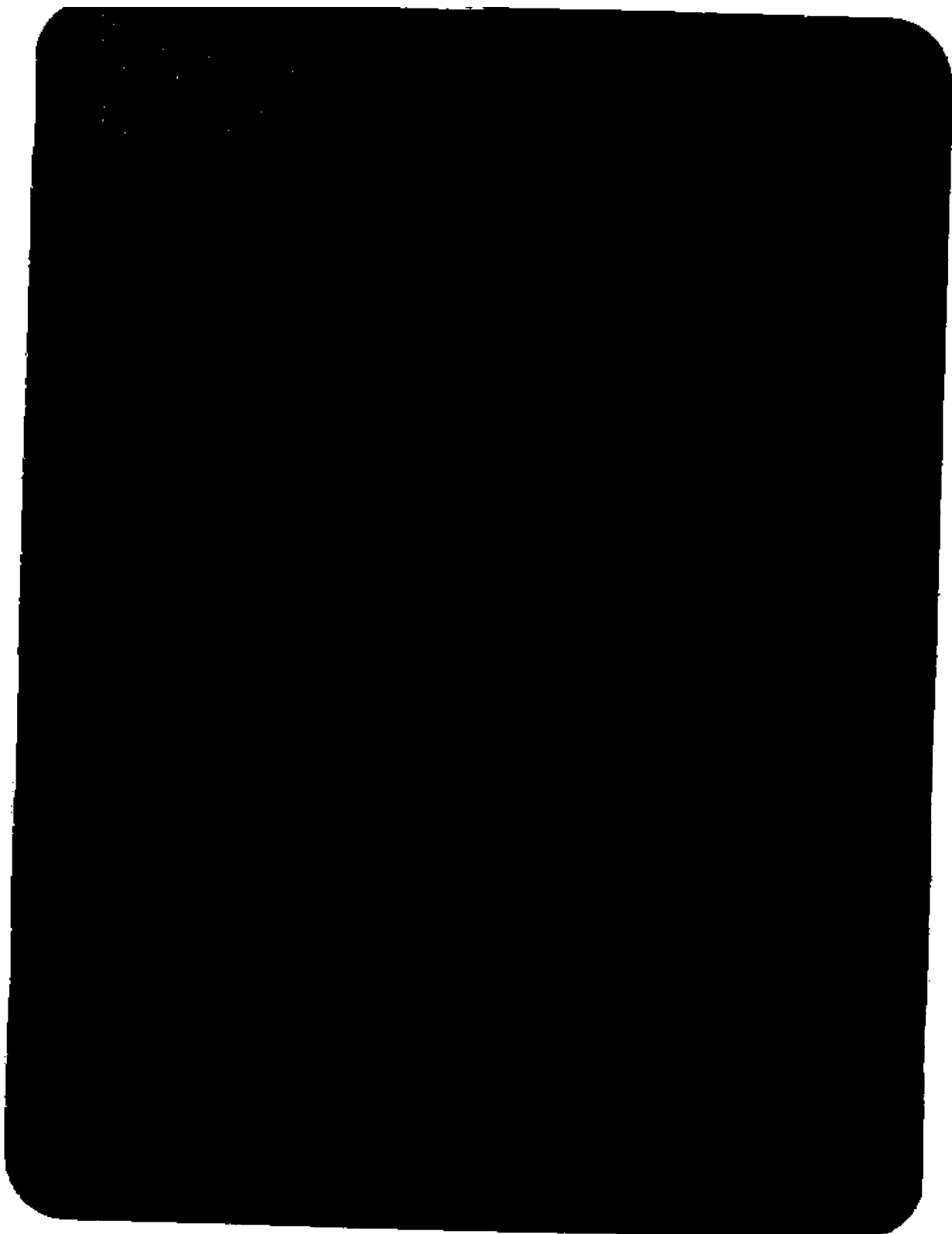
RELAÇÃO DE OBRAS - RGO			

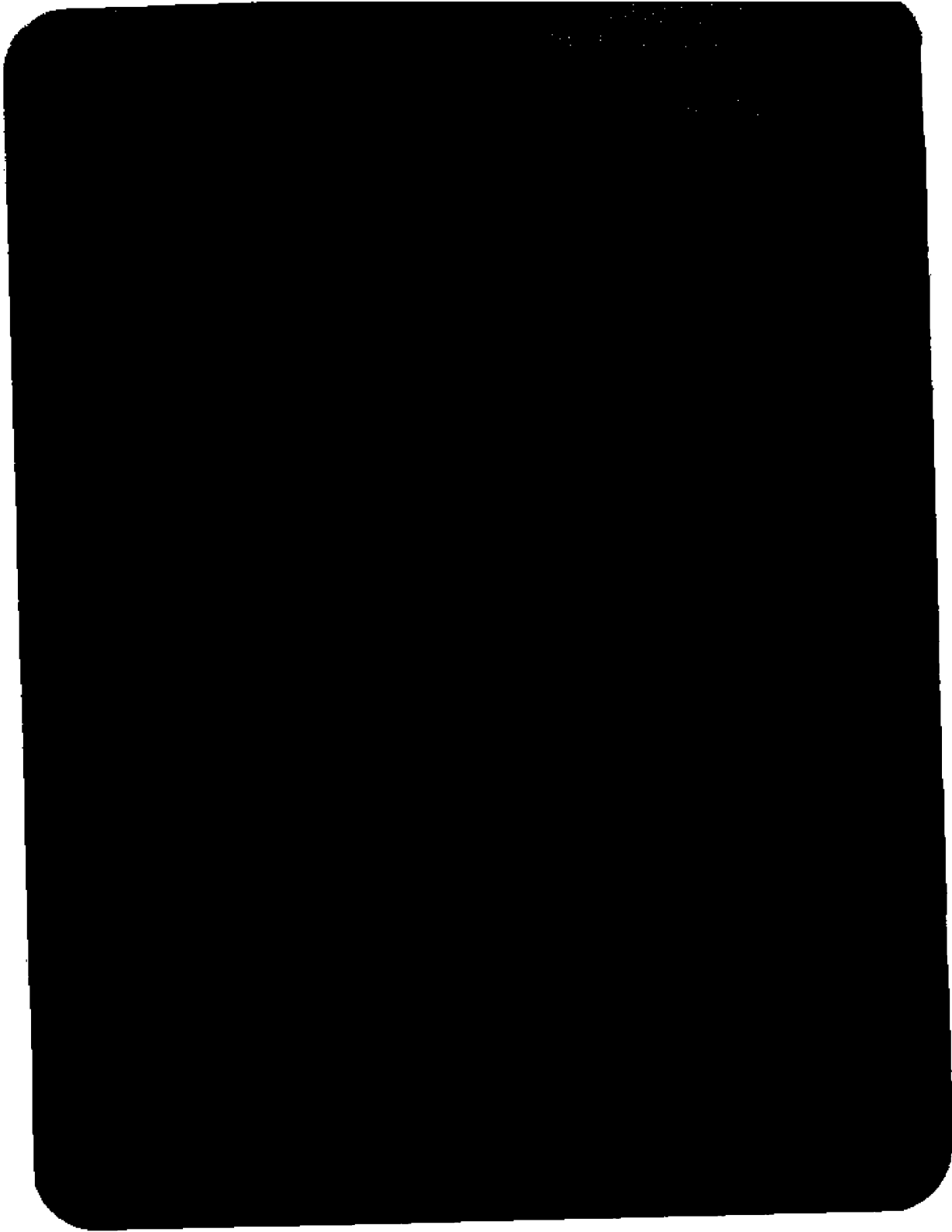
Total de Medicamentos Entregues			11/12/2020 10:08:49
Desconto de medicamentos -			0,00
Adicional de medicamentos -			0,00
Total após ajuste de medicamentos -			0,00
Total Geral de Medicamentos -			11/12/2020 10:08:49
Total Geral de Medicamentos -			11/12/2020 10:08:49
Total Geral de Medicamentos -			11/12/2020 10:08:49

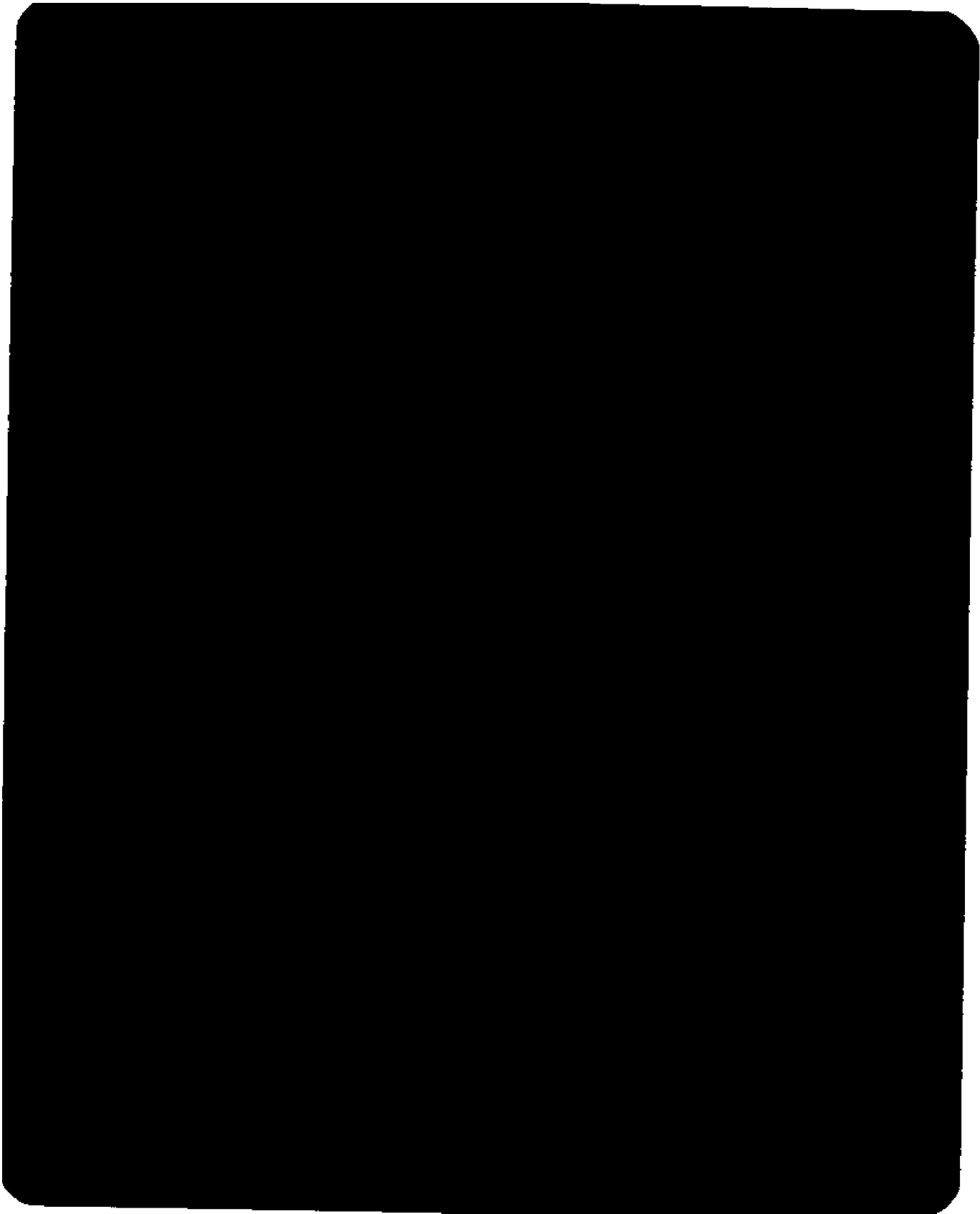
Total de Medicamentos Entregues			11/12/2020 10:08:49
Total de Medicamentos -			0,00
Total de Medicamentos -			0,00
Total de Medicamentos -			0,00
Total de Medicamentos -			11/12/2020 10:08:49
Total de Medicamentos -			11/12/2020 10:08:49
Total de Medicamentos -			11/12/2020 10:08:49

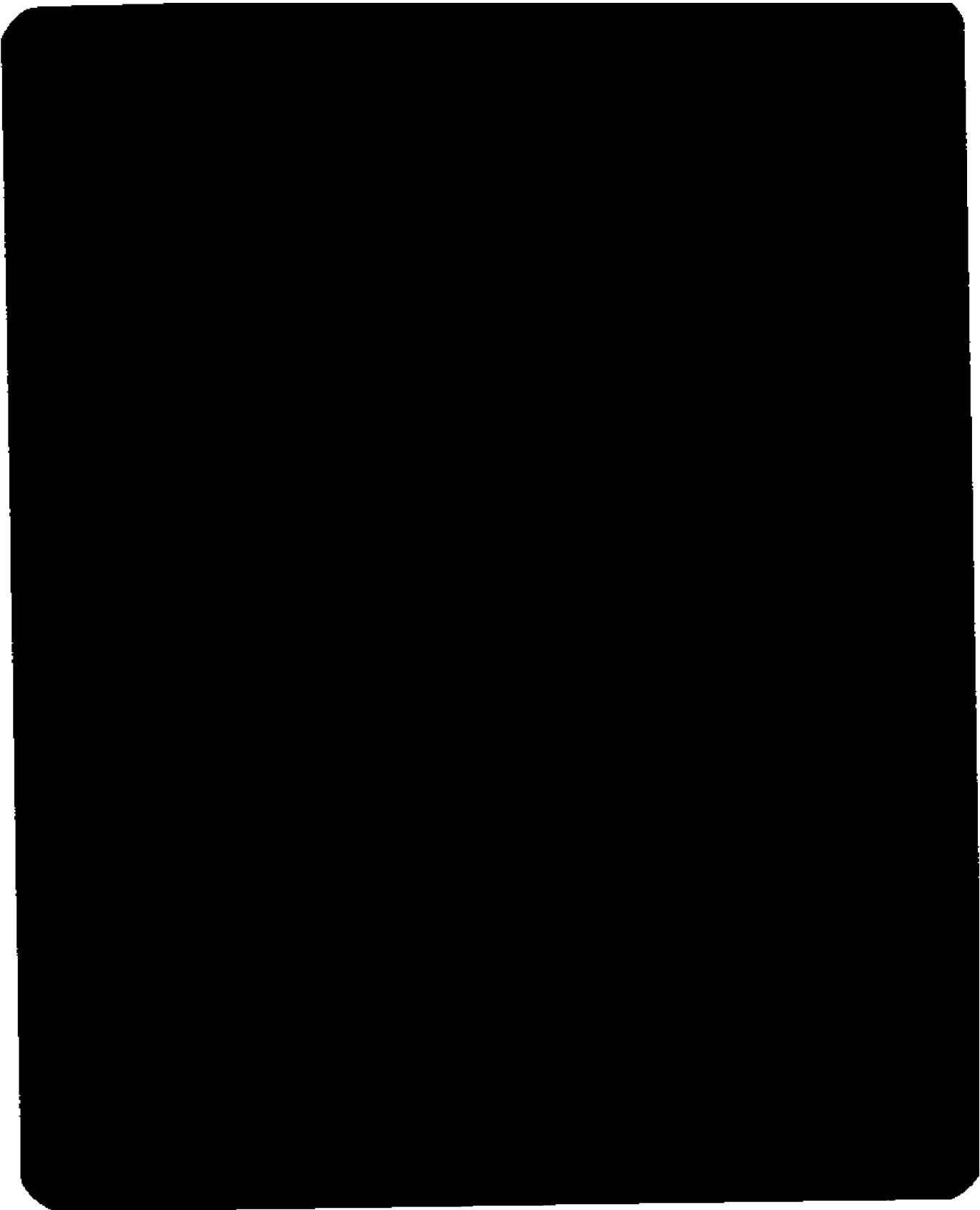












P/ JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

SOLICITO:

↳ FISIOTERAPIA MOTORA (20) SEÇÕES.

HD: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

Dr. Paulo Thiago L. de Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.172
24/10/2019

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

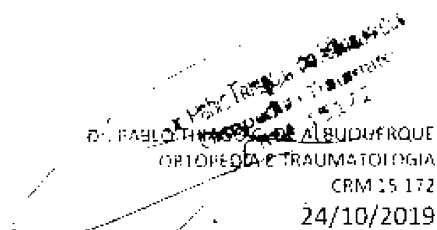




P/ JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

SOLICITO :

✓ RX PUNHO DIREITO AP/P


DR. PABLO HENRIQUE ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 15.172
24/10/2019

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



RETORNO
DIA 21/11/2019
ÀS 13h



**São
Gabriel**

LAUDO MEDICO:

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.

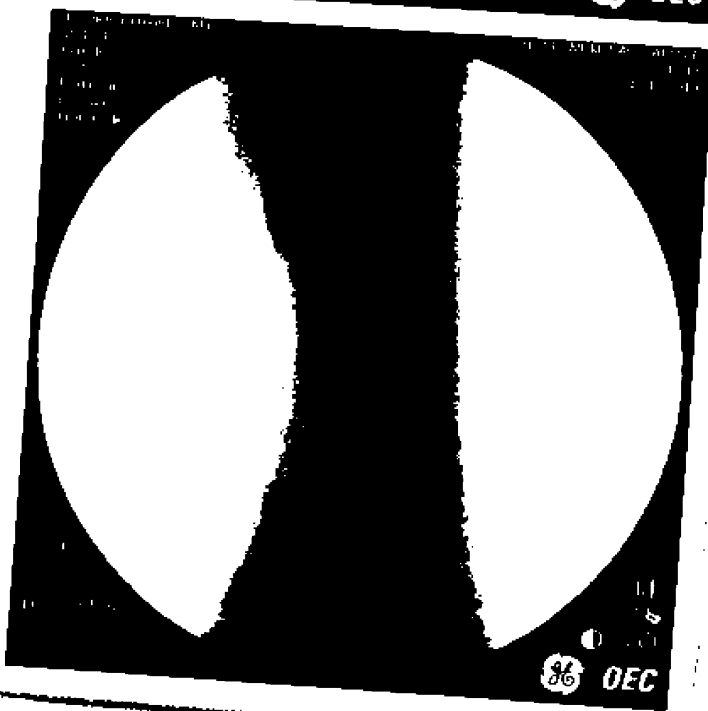
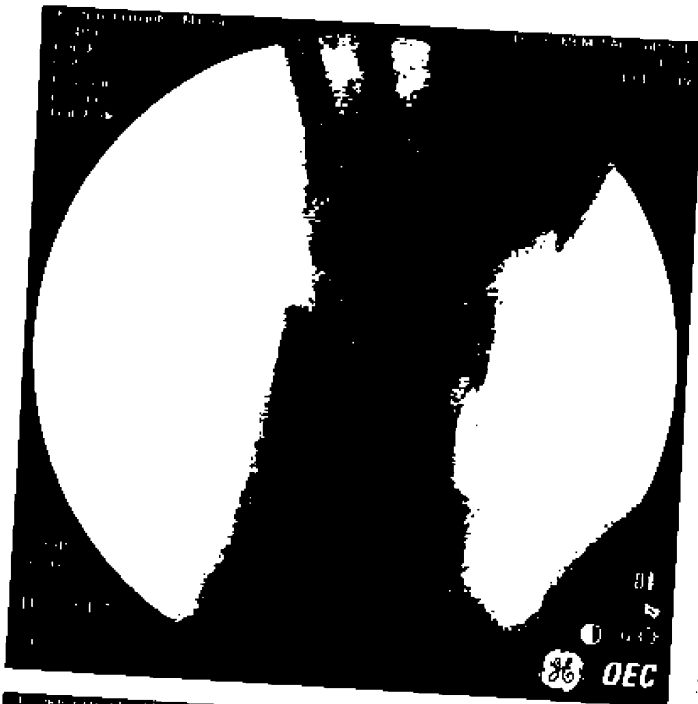
CID. S52.5

DR. RABIO THAYCO C. DE ALBUQUERQUE
CRM 15.112
28/10/2019

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









HOSPITAL MEMORIAL

Nº PRONTUÁRIO
20279

DATA DE ENTRADA

10/10/2019 ÀS 18:23

Nº REGISTRO

6995



BOLETIM DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

NOME PACIENTE: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES				SEXO: Feminino	NASCIMENTO: 15/10/1973	IDADE: 45 anos, 11 meses e 25 dias
NOME DA MÃE: ADELIA BERNARDINA MARQUES		NOME DO PAI: JOSE BERNARDINO MARQUES		IDENTIDADE: 5422526	CPF: 858.738.294-20	TELEFONE: (81) 98835-6236
ENDEREÇO: SARAO DE ITAMARACA	Nº: 234	BAIRRO: INDIANOPOLIS	CIDADE: CARUARU	UF: PE	CEP: 55026005	CELULAR:
CONVÊNIO: 31 PARTICULAR	MATRICULA: 448761001	VALIDADE CARTEIRA: 30/12/1899	SENHA:	UNIDADE DE ATENDIMENTO: INTERNACAO- HSG		
CRM/MEDICO: 015-72 PABLO EMILIO CAVALCANTI DE		ESPECIALIDADE: Ortopedia	CODIGO CBO: 225270	USUARIO DO ATENDIMENTO: AMANDASOUZA		
BLOCO: 3º ANDAR	ACOMODACAO: ENFERMARIA 308	LEITO: A	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE: CARUARU	PROFISSÃO:	

Queixa Principal:

História Clínica:

Exames:

HD:

Condição ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Transfendo ☐ Óbito ☐

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

Médico Responsável: _____

Paciente ou Responsável

AMANDASOUZA

Av. José Veríssimo, 752 - Caruaru - Pe - Fones: 81-37277250 Ort - 81-37277272 Of - CNPJ: 22.721.288/0001-26





RELATÓRIO CIRÚRGICO

PACIENTE:	João Carlos de Almeida	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	Síndrome do intestino delgado	
OPERAÇÃO PROPOSTA:	Síndrome do intestino delgado	
OPERAÇÃO REALIZADA:	Síndrome do intestino delgado	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	Síndrome do intestino delgado	
DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:

EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO:	1º AUXILIAR:
2º AUXILIAR:	3º AUXILIAR:
ANESTESISTA:	TIPO DE ANESTESIA:
INSTRUMENTADOR(A):	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 | 4 - TÉCNICA E TÁTICA | 7 - ACIDENTES E COMPLICAÇÕES |
| 2 - VIA DE ACESSO | 5 - FECHAMENTO (FIOS E SULTURA) | 8 - GRÁFICO DA CIRURGIA |
| 3 - ORGÃOS E LESÕES | 6 - DRENO E SONDA (PENROSE, KERH, ETC.) | 9 - PEÇA OPERATÓRIA-ANAT.PATOL |

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1 - Preparo do campo 2 - Via de acesso 3 - Órgãos e lesões 4 - Técnica e tática 5 - Fechamento (fios e sutura) 6 - Dreno e sonda (Penrose, Kerh, etc.) 7 - Acidentes e complicações 8 - Gráfico da cirurgia 9 - Peça operatória-anat.patol
--





HOSPITAL MEMORIAL

**São
Gabriel**

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

Paciente _____

Registro Nº _____

Clínica _____

Apto. Nº _____

DATA

HORA

EVOLUÇÃO CLÍNICA

(cada evolução deve ser assinada)

11/12/19

24h internado a 4to sangue = 1
internado

Dr. Paulo Roberto Cordeiro de Mello Junior
CRM 15192

11/12/19

4 exames

24h internado 31 exames
de 4to sangue (10 exames)
internados (+)

Dr. Paulo Roberto Cordeiro de Mello Junior
CRM 15192





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

EVOLUÇÃO NUTRICAO

1 - Evolução

1.1 - Descrição

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

TATIANA S. OLIVEIRA FERREIRA NUNES
Nutricionista

TATIANA DA SILVA OLIVEIRA FERREIRA NUNES

11/10/2019 08:07:07

CRN-PE-14911







GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
Prontuário: 202/79 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

1

11/10/2019 às 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 as: 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
Calmo
Sorridente
 - 3.3 - Hidratação: Hidratado
 - 3.4 - Sono e repouso: Preservado
 - 3.5 - Higiene Corporal: Adequada
 - 3.6 - Higiene Bucal: Adequada
 - 3.7 - Alimentação
Suspensa
Qua motivo: POTE SOB EFEITO ANESTÉSICO
 - 3.8 - Deambulação: Proibida por ordem médica
 - 3.9 - Regulação Térmica: Afebril
 - 3.10 - Oxigenação
Eupnéico
MVP+ s/RA
 - 3.11 - Regulação Vascular: Normocárdico
 - 3.12 - Pulso: Filiforme
 - 3.13 - Regulação Abdominal
Plano
Indolor
 - 3.14 - RHA
Presente
 - 3.15 - Ferida Operatória
Sim
Local: MSD
 - 3.16 - Dreno
Não
- 4 - Diagnóstico de Enfermagem
- Risco para Infecção
 - Risco para sangramento
- 5 - Condutas de Enfermagem
- Lavagem das mãos antes e após os procedimentos, utilizar EPI'S E técnicas assépticas.
 - Manter vias aéreas 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

Página: 1 de 2

Emitido em: 11/10/2019 00:55:51

AV JOSÉ VERÍSSIMO MAURÍCIO DE NASSAU PE C.E.P.: 59014-320

S.P. Data - S.G.P. - P.E.P. v.19.01.01 - 123721



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 10:08:49
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121110084930400000070952567>
Número do documento: 20121110084930400000070952567

Num. 72376037 - Pág. 74

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
Aita:

Evoluções do paciente

2

Evolução Enfermagem

5.1. Descrição

Descrição
 PACIENTE SEGUE EM P.O.1 TTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE E ORIENTADA, ACIANÓTICA, ANITÉRICA, EUPNEICA, 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 Caisamento: Sem Problema Aparente
7.7 - Total: 15 Pontos
7.8 - Classificação: (15 - 16) Risco Brando
- Escola 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

COREN: PE-199796 SIMONE RAFAELA DE ANDRADE SANTOS





GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
Prontuário: 20279 Registro: 6995
Sexo: Feminino Idade: 45a 11m 25d
Localização: 3ANDA, ENF308, A
Clínica: Cirúrgica

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

Evoluções do paciente

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

Localização: 3ANDA, ENF308, A

COREN: PE-354799 MARIA HELENA VILA NOVA

1 - Evolução

1.1 - Descrição

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

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

Localização: 3ANDA, ENF308, A

COREN: PE-354799 MARIA HELENA VILA NOVA

1 - Evolução

1.1 - Descrição

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

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

Localização: 3ANDA, ENF308, A

COREN: PE-354799 MARIA HELENA VILA NOVA

1 - Formulário SSVV

1.1 - Sinais vitais

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

1.2 - Drenagens

1.2.1 - Outros Drenos

Qual

1.2.2 - Diurese

(X) Espontânea

() SVA

Maria Helena Vila Nova
Ass: Enfermagem
COREN: PE-354799

COREN: PE-354799 MARIA HELENA VILA NOVA







GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
Prontuário: 202779 Registro: 6996
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 às 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 às 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											
	SANGUE	HEMACIAS	HGTQ	HB	LEUCÓCITOS	P.A.	F.C.	TEMP.	RESPIRAÇÃO	ASA	ECG.	
		GRUPO SANG.	TC	TS	PROTOMBINA	ANESTESIA PROPOSTA						
		GLICOSE	URÉIA	CREATININA	PROTEÍNAS							
		NA	K	CL	RESERVA ACL							
		OP. PROPOSTA										ALERGIA:
					ANEST. ANTERIOR:							
OP. REALIZADA:					PRÉ-ANESTÉSICO:							

HORA																ANOTAÇÕES
O ₂																
N ₂ O																
Gases																
200																
180																
160																
140																
120																
100																
80																
60																
40																
20																

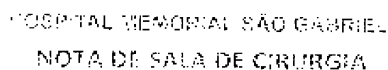
AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO ₂							
			Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda					Intubação		
			Posição		Local Punção		Liq. Ret.		Téc. Inj.	
			Pos. Pós		Pos. Pós		Aparelho		Cond. Final	
			Resultado		Reflexo					
			Duração da Op.				Duração da Anest.			
			Monitorização							
			Teste Aldrete e Koulik		MOV.	CONS	COR	CIRC	RESP	S.R.

Médico Cirurgião

Médico Anestesiista











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: BARÃO DE ITAMARACA		Bairro: INDIANÓPOLIS	
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: BARÃO DE ITAMARACA		Bairro: INDIANÓPOLIS	
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 da 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.

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 anestesiolologista 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

Nome em letra de forma

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.



ASSIST. GERAL DE GRACIOSA - 100 LIGA	Fone: 11 3083.7100 - 110	Endereço: Rua do Comércio, 100 - 100	CEP: 11.000-000
ASSIST. GERAL DE GRACIOSA - 100 LIGA	Fone: 11 3083.7100 - 110	Endereço: Rua do Comércio, 100 - 100	CEP: 11.000-000
ASSIST. GERAL DE GRACIOSA - 100 LIGA	Fone: 11 3083.7100 - 110	Endereço: Rua do Comércio, 100 - 100	CEP: 11.000-000
ASSIST. GERAL DE GRACIOSA - 100 LIGA	Fone: 11 3083.7100 - 110	Endereço: Rua do Comércio, 100 - 100	CEP: 11.000-000
ASSIST. GERAL DE GRACIOSA - 100 LIGA	Fone: 11 3083.7100 - 110	Endereço: Rua do Comércio, 100 - 100	CEP: 11.000-000
ASSIST. GERAL DE GRACIOSA - 100 LIGA	Fone: 11 3083.7100 - 110	Endereço: Rua do Comércio, 100 - 100	CEP: 11.000-000
ASSIST. GERAL DE GRACIOSA - 100 LIGA	Fone: 11 3083.7100 - 110	Endereço: Rua do Comércio, 100 - 100	CEP: 11.000-000
ASSIST. GERAL DE GRACIOSA - 100 LIGA	Fone: 11 3083.7100 - 110	Endereço: Rua do Comércio, 100 - 100	CEP: 11.000-000
ASSIST. GERAL DE GRACIOSA - 100 LIGA	Fone: 11 3083.7100 - 110	Endereço: Rua do Comércio, 100 - 100	CEP: 11.000-000
ASSIST. GERAL DE GRACIOSA - 100 LIGA	Fone: 11 3083.7100 - 110	Endereço: Rua do Comércio, 100 - 100	CEP: 11.000-000

----- LIGAS E LIGAS SUBSTITUAS -----

Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total
Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total
Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total
Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total
Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total

Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total
Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total
Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total
Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total
Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total

Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total
Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total
Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total
Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total
Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total

----- LIGAS E LIGAS SUBSTITUAS -----

Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total
Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total
Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total
Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total
Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total
Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total
Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total
Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total
Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total
Origem	Destino	Quantidade	Valor	Valor Total	Valor Total



RESOLUÇÃO Nº 10.001 DE 01/01/2019 - SBC LULA		Fornecedor: MANTENHO DE UNAS	Código do Produto		Valor	Quantidade
Material: TUBO DE ALUMÍNIO 1/2" X 1/8"		Região: 1 - 1/2" X 1/8"				
Material: TUBO DE ALUMÍNIO 1/2" X 1/8"						
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
Total de Materiais de Manutenção de Unas						0,000
Descontos de materiais ----						0,000
Adesivos de materiais ----						0,000
Total após descontos e adesivos						0,000

--- Descontos - SBC de Unas

Código	Descrição	Material Data	Mat.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
Total de Materiais de Manutenção de Unas						0,000
Descontos de materiais ----						0,000
Adesivos de materiais ----						0,000
Total após descontos e adesivos						0,000

--- Materiais de Manutenção de Unas - Unas

Código	Descrição	Material Data	Mat.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
Total de Materiais de Manutenção de Unas						0,000
Descontos de materiais ----						0,000
Adesivos de materiais ----						0,000
Total após descontos e adesivos						0,000

--- Materiais de Manutenção de Unas - Unas

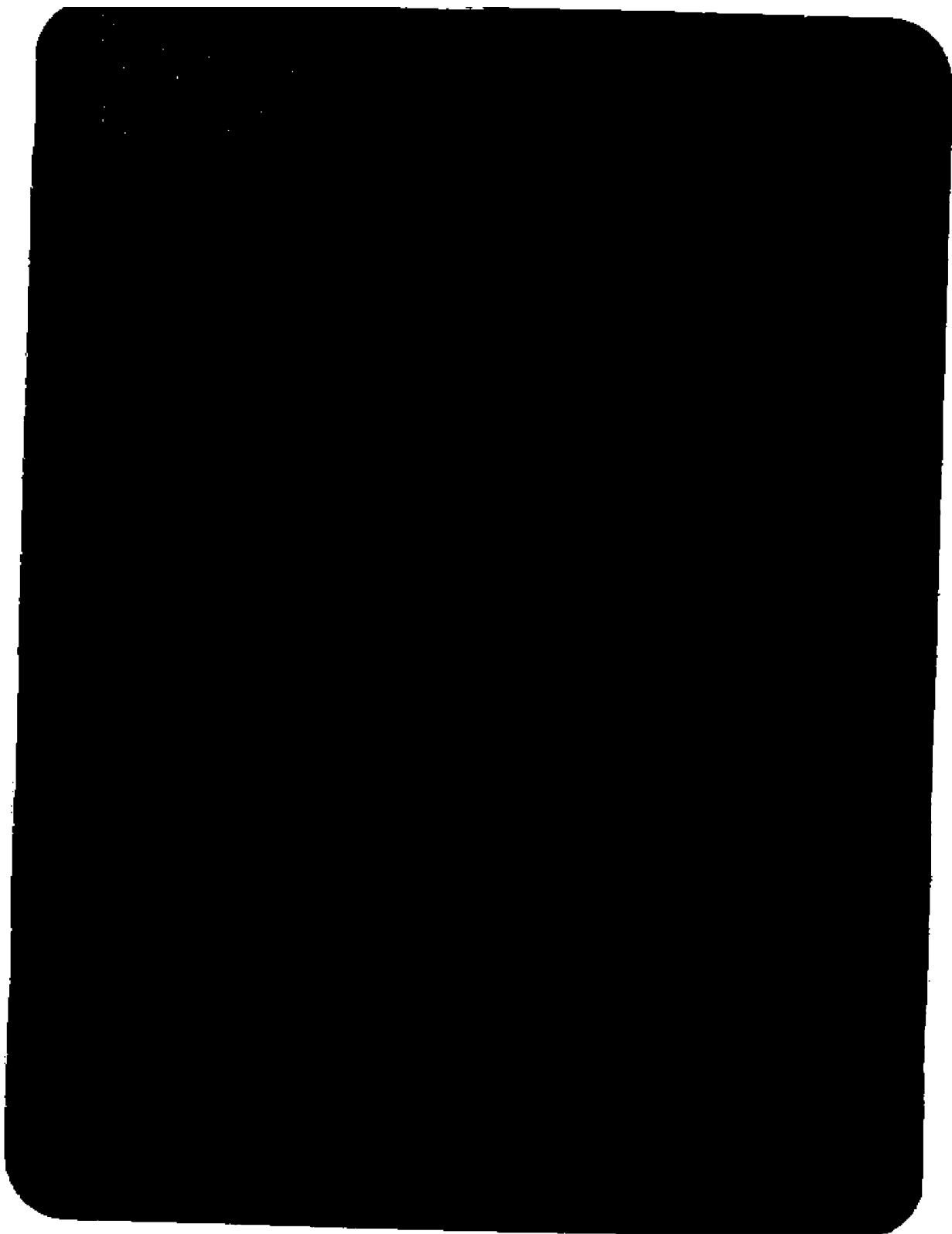
Código	Descrição	Material Data	Mat.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
0000000	ALUMÍNIO 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8" - 1/2" X 1/8"	0000000	0000000	0000000	0,000	0,000
Total de Materiais de Manutenção de Unas						0,000
Descontos de materiais ----						0,000
Adesivos de materiais ----						0,000
Total após descontos e adesivos						0,000

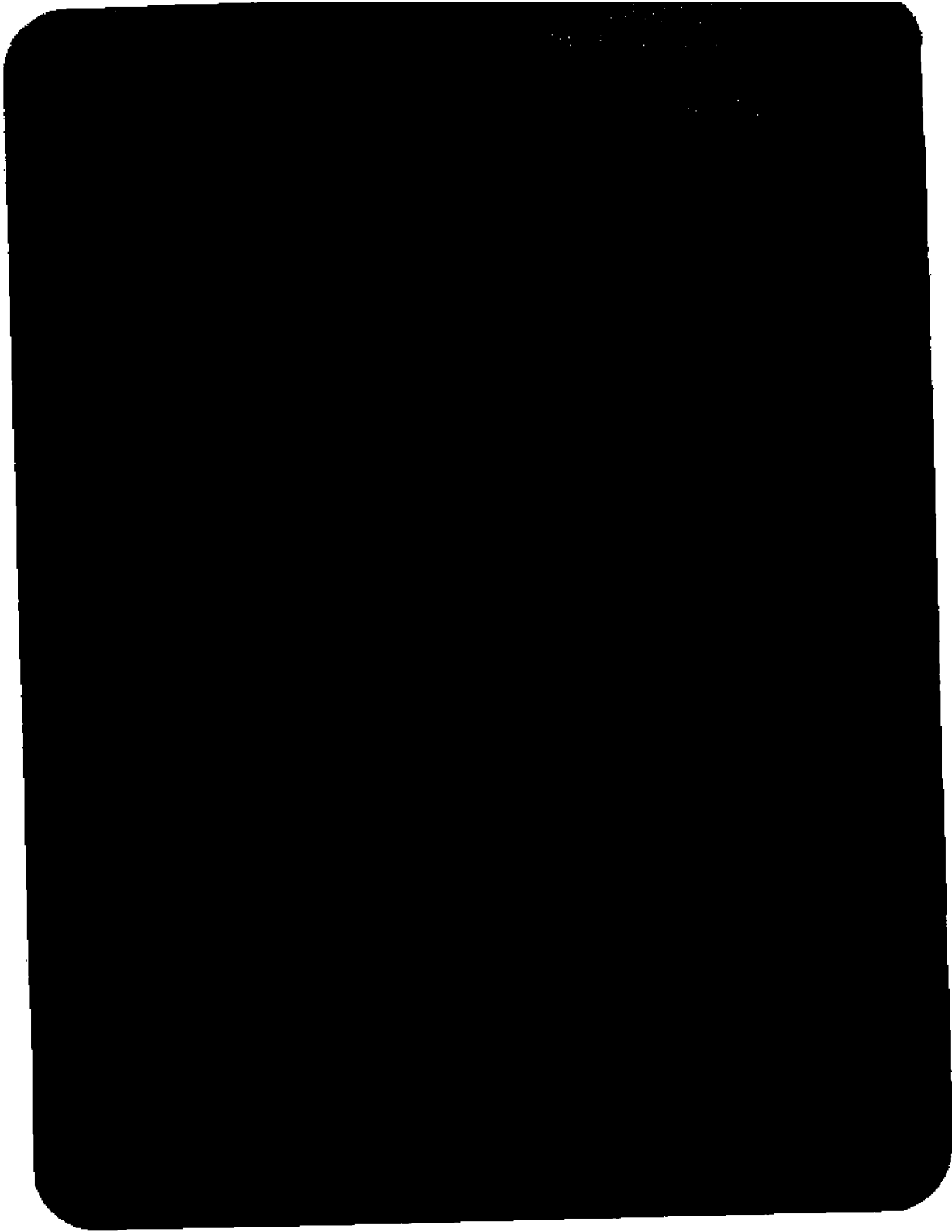


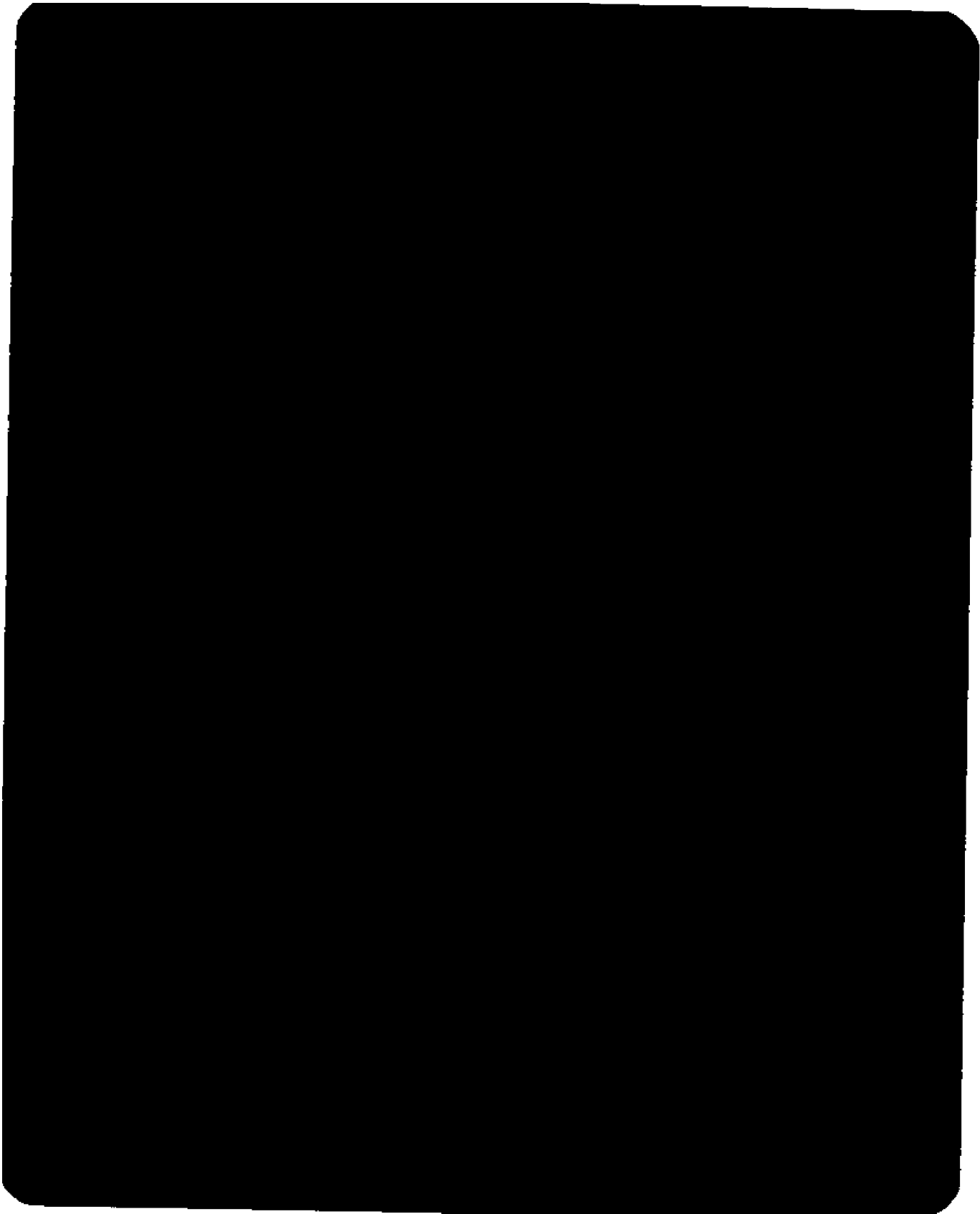


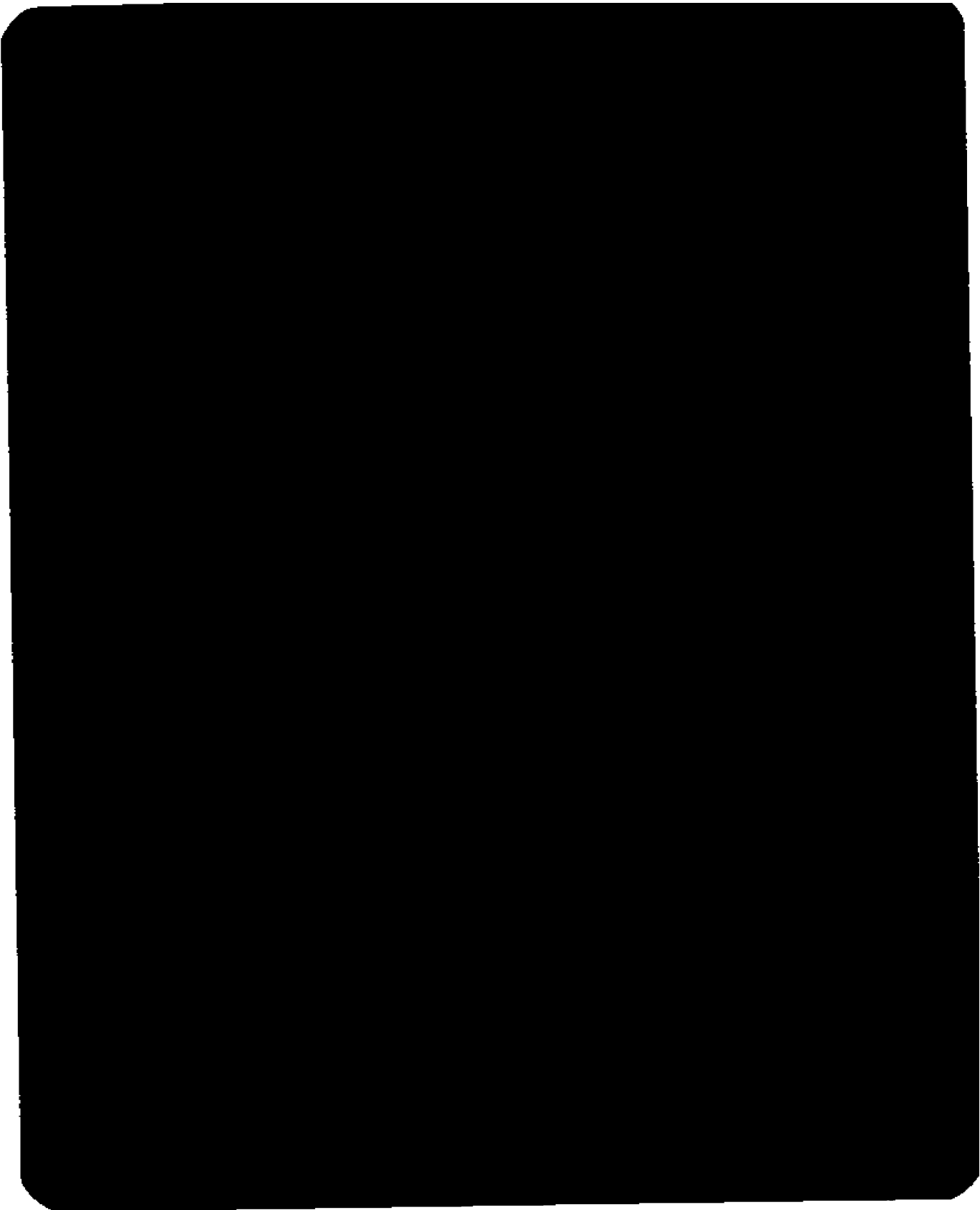
[illegible]











P/ JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

SOLICITO:

↳ FISIOTERAPIA MOTORA (20) SEÇÕES.

HD: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

DR. PAULO THIAGO L. DE ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM 15 172

24/10/2019

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



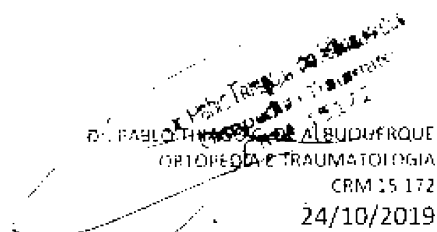




P/ JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

SOLICITO :

✓ RX PUNHO DIREITO AP/P


DR. PABLO HENRIQUE ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 15.172
24/10/2019

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



RETORNO
DIA 21/11/2019
ÀS 13h



**São
Gabriel**

LAUDO MEDICO:

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.

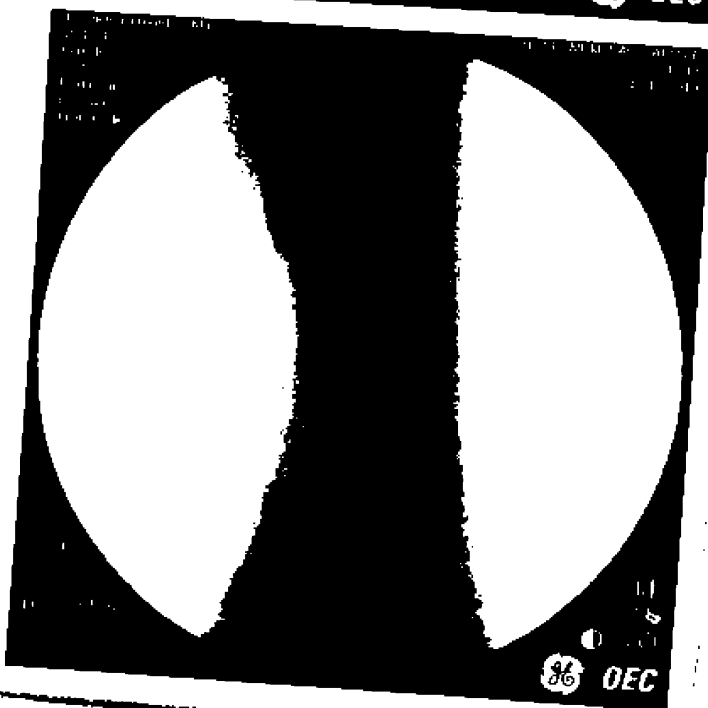
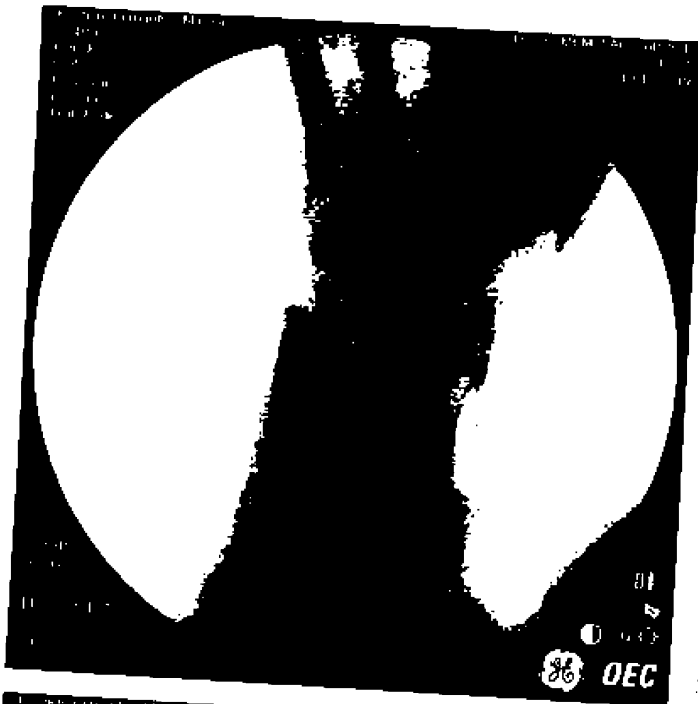
CID. S52.5

DR. RABIO THACIO C. DE ALBUQUERQUE
CRM 15.112
28/10/2019

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











5.422.526	02/10/2013
<< JOSIMERE BERNARDINO MARQUES >>	
<< JOSÉ BERNARDINO MARQUES >>	
<< ADELIA BERNARDINA MARQUES >>	
CARUARU - PE	15/10/1973
<< 074195 01 55 1994 2 00017 283 0009308 70 CARUARU-PE >>	
858.738.294-20	
F 57 38.482 - 307	





5.422.526	02/10/2013
<< JOSIMERE BERNARDINO MARQUES >>	
<< JOSÉ BERNARDINO MARQUES >>	
<< ADELIA BERNARDINA MARQUES >>	
CARUARU - PE	15/10/1973
<< 074195 01 55 1994 2 00017 283 0009308 70 CARUARU-PE >>	
858.738.294-20	
F 57 38.482 - 307	



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%.

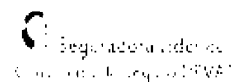
CID: T92.2

Dr. Pablo T. C. de Albuquerque
MEDICO
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
CPF de: Próprio
Titular do CPF: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSIMERE BERNARDINO MARQUES : 858.738.294-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

JESSYCA MAYARA NEVES CAVALCANTI

