

JOSE FLAVIO DA SILVA >>

5340133

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

PE

24/07/1981

DATA DE NASCIMENTO

CANT. 57 L. AZE F. 1331/ CANT. SAPIUCARANA BIZERROS-PE

1982 >>

N. 7.18 DE 2008

LE N. 7.18 DE 2008

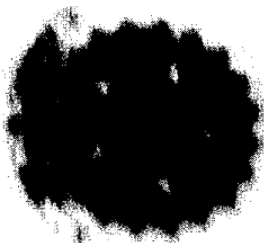




Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

053.707.774-03

Nome

JOSE FLAVIO DA SILVA

Inscrição

24071951



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

Caruaru

Vista, Recife - PE. CEP 50050-902

nsc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SITIO DOS REMEDIOS 50

CENTRO/SITIO DOS REMEDIOS
BEZERROS PE
55660-000

7017803276

06/2020

01/07/2020

27/07/2020

0,90

QUANTIDADE

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

30,0000000

0,00000003

0,00

30,0000000

0,00000003

0,00

0,90





**PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU**



**SAMU
192**

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU BEZERROS – PE

Declaro para os devidos fins e em atenção ao pedido da Sr. Jose Flavio da Silva , ID: 2694202 SSP-PE, residente na Rua Jose Pessoa sobrinho , centro /Bezerros, que Constam nos registros do SAMU- Bezerros, atendimento realizado na data 26/10/2020, referente ao atendimento realizado ao mesmo , com queixa de queda de moto , numero da ocorrência: 7772, AS 10hrs e 50 Mim , o mesmo foi encaminhado UPA.

Bezerros PE; 17/12/2020

Sem mais para o momento, elevamos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

**Coordenadora do SAMU/BEZERROS - PE
Dr. Enf. Regina Lolaia
COREN – PE Nº 142524**





HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: JOSE FRANCIS DA LUS

REG.: 704653

DATA DE NASCIMENTO: 24/04/1981

DATA DA CIRURGIA: 03/11/2020

DIAGNÓSTICO: Crânio Dorsal fechado

TRATAMENTO: Crânio e placa Caudal
e placa frontal

DATA DO RETORNO: 12/11/2020 - 6604

MOTIVO DO RETORNO: Clinica de PUÇA

W. como marca para testes
'120' e '120' e '120' da
PWS PISA

João Marlon V. Costa
Traumato-Ortopasta
CRM DE 5980





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DPP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E4143000143**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/02/2021** às **15:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **26/10/2020** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, 01** - Bairro: **SAO PEDRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAMPO DE FUTEBOL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

.... (AUTOR \ AGENTE)
JOSE FLAVIO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSE FLAVIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**Mãe: **RITA GOMES DA SILVA** Pai: **MANOEL MARIANO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/7/1981** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5940133/SDS/PE (RG), 05370777403 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE SITIO DOS REMEDIOS, 50, VILA / ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: SITIO DOS REMEDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

.... - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FLAVIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

DECLARA O SENHOR JOS FLAVIO DA SILVA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELO BAIRRO SÃO PEDRO, MAIS PRECISAMENTE NA RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NO CALÇAMENTOM FAZENDO COM QUE A VIITMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA CIANDO EM SEGUIDA AO CHÃO, A VITIMA FOI SOCRRIDO PELO SAMU E LEVADO A UPA MUNICIPAL CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS A DECLARAR.

NP



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

Jose Flavio da Silva

JOSE FLAVIO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DPP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E4143000144**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/02/2021** às **16:04**

Complementa o BO Número: **21E4143000143**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/10/2020** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, 1** - Bairro: **SAO PEDRO** - **BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAMPO DE FUTEBOL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

.... (AUTOR \ AGENTE)
JOSE FLAVIO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSE FLAVIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**Mãe: **RITA GOMES DA SILVA** Pai: **MANOEL MARIANO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/7/1981** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5940133/SDS/PE (RG), 05370777403 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE SITIO DOS REMEDIOS, 50, VILA / ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: SITIO DOS REMEDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

.... - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FLAVIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLE8145** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **557731690** Chassi: **9C2KC1670DR021954**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **PROPRIETÁRIO: JOSE ADRIANO MONTEIRO**

Complemento / Observação



LAUDO MÉDICO

NOS TERMOS DE RESOLUÇÃO nº 1.854, DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, PUBLICADA EM 14 DE AGOSTO DE 2008.

Nome do paciente :

JOSE FRAVIO DA SILVA

Qual o diagnóstico, com respectivo CID?

LESÃO DE FUNÇÃO DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO
CID 10 S72.3

Há incapacidade ou limitação laboral? Desde quando?

LIMITAÇÃO LABORAL DEFINITIVA

Qual o tempo de repouso estimado necessário para sua recuperação ou o prazo é indeterminado?

INCAPACIDADE PERMANENTE

Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 6594
CPF: 172.076.334-04
Não autorizo troca

09/02/2021

_____ de _____ 202__

Identificação do médico com CRM, sob carimbo





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente JOSE FLAVIO DA SILVA		6 - Número, do Prontuário 107653	
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 700004549923606	8 - Data Nascimento 24/07/1981	9 - Sexo MASCULINO 1	10 - Raça/Cor 10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe RITA GOMES DA SILVA		12 - Telefone de Contato	
13 - Nome Responsável		14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) SITIO DOS REMEDIOS, SN () - ZONA RURAL			
16 - Município de residência BEZERROS	17 - Cod. IBGE município 2601904	18 - UF PE	19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos

Fratura de Fêmur

21 - Condições que justificam a internação

TTO Cirúrgico

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

Rx

23 - Diagnóstico inicial <i>Fratura de Fêmur</i>	24 - CID 10 Principais 5724	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas <i>090802094 090802095</i>
---	---------------------------------------	------------------	---

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado <i>internamento</i>	28 - Código do procedimento <i>090802094-9</i>
--	---

29 - Clínica <i>Cirurgia</i>	30 - Caráter de Internação <i>Urgência</i>	31 - Documento () CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante <i>080610 254-60</i>
---------------------------------	---	-----------------------------------	---

33 - Nome do Profissional Solicitante <i>Dr. Alex Maciel</i> Médico	34 - Data da solicitação <i>28/10/2020</i>	35 - Assinatura e carimbo (n.º do registro do conselho) <i>Dr. Alex Maciel</i> CRM-PE 25830
---	---	---

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNPJ do estabelecimento de saúde <i>Dr. Silveira Araújo</i>	44 - CBOR <i>Dr. Alex Maciel</i>
38 - () Acidente de Trabalho trajeto	45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar PREFEITURA DE BEZERROS Secretaria Municipal de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 262010534952-1
48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 0805121
spital Jesus Pequeninco

Alex
Assinatura do Profissional Autorizador
CRM-PE 25830



HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENF - 03 - LEITO 2
 Enfermaria: ORTOPEDIA

Atendimento: 601505 Data: 28/10/2020 Hora: 9:50
 Convênio: SES - ORTOPEDIA
 Responsável:
 Médico: DRA. BARBARA P. F. NETO

Recep.: PAULA KAROLYNE DOS S. BEZERRA
 Matrícula: 700004549923606
 Identidade:
 Cartão SUS: 700004549923606

Paciente: 107653 JOSE FLAVIO DA SILVA
 Nascimento: 24/07/1981 - 39 Anos e 3 Meses
 Endereço: SITIO DOS REMEDIOS, SN
 Bairro: ZONA RURAL
 IBGE/Cidade: 2601904 BEZERROS
 Pai: MANOEL MARIANO DA SILVA
 Mãe: RITA GOMES DA SILVA
 Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor:
 Est. Civil:
 C.P.F. 05370777403
 Identidade: 5940133 SDS PE
 Telefone:
 G.Instrução:
 Ocupação:
 Naturalidade: BEZERROS

Recepcionista: _____

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

Alta Hospitalar

Data: 05/11/2020

Médico: _____

João Marilton V. Costa
 Traumatista-Ortopedia
 CRM-PE 5980

Assinatura / CRM

Transferência Hospitalar

Data: / /

Médico: _____

Assinatura / CRM

Óbito

Data: / /

Médico: _____

Assinatura / CRM

Observação

03/11/2020

tratar com o paciente
 João Marilton V. Costa
 Traumatista-Ortopedia
 CRM-PE 5980

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório:

fratura fechada
 João Marilton V. Costa
 Traumatista-Ortopedia
 CRM-PE 5980

Diagnóstico Definitivo:

0 mm
 João Marilton V. Costa
 Traumatista-Ortopedia
 CRM-PE 5980

Diagnóstico Secundário:

1º grau
 João Marilton V. Costa
 Traumatista-Ortopedia
 CRM-PE 5980

Conferido Com Documento
 Original Bezerros PE 0505121
 Hospital Jesus Pequeninco

João Lourenço dos Santos
 Associação Social
 020.0010150



HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENF - 03 - LEITO_2
Enfermaria: ORTOPEdia

Atendimento: 601505	Data: 28/10/2020	Hora: 9:50	Recepc.: PAULA KAROLYNE DOS S. BEZERRA
Convênio: SES - ORTOPEdia			Matrícula: 700004549923806
Responsável:			Identidade:
Médico: DRA. BARBARA P. F. NETO			Cartão SUS: 700004549923806
Paciente: 107653 JOSE FLÁVIO DA SILVA			Sexo: MASCULINO Cor:
Nascimento: 24/07/1981 - 39 Anos e 3 Meses			Est. Civil:
Endereço: SÍTIO DOS REMEDIOS, SN			C.P.F. 05370777403
Bairro: ZONA RURAL	CEP:		Identidade: 5940133 SDS PE
IBGE/Cidade: 2601904 BEZERROS	UF: PE		Telefone:
Pai: MANOEL MARIANO DA SILVA			G.Instrução:
Mãe: RITA GOMES DA SILVA			Ocupação:
Nacionalidade: BRASIL			Naturalidade: BEZERROS
Obs.: SENHA ORTOPÉDICA: 783405			

Queixa do Paciente: _____

fratura de fêmur

do útero

H.D.A.: _____

B
Dra. Barbara Neto
CRM-PE 27158

Exame Físico: _____

Tratamento: _____

Paciente: *Jose Flavio da Silva*
Assinatura e Carimbo do Acompanhante
Acompanhante

B
Dra. Barbara Neto
CRM-PE 27158

Bezerros, 28 de outubro de 2020

Assinatura e Carimbo do Médico

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 0505121
Hospital Jesus Pequeno

Assinatura
José Louinaldo dos Santos
Assistente Social
CRESS 10156



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2 | 4 | 2 | 7 | 4 | 1 | 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Rose Ferreira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc.

Fem.

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Ubatuba

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com um ponto de dor no abdômen após trauma

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

doença aguda

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

4 + Análises

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de humero esquerdo

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura fechada

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/10/20

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

JUSC L...
Assessoria Social
Assis: CRESS 10150
CRESS 10150

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE020212
Hospital Jesus Pequetinho

Rogério Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10399-D



RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE JOSE FLAVIO DA SILVA	NUMERO DO REGISTRO 107653
CLÍNICA ORTOPÉDICA	
CIRURGIÃO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA	
ANESTESIA RAQUI	DR. ROBERTO TAVARES
DATA DA OPERAÇÃO 03/11/2020	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO + OSTEOTOMIA + DESBRIDAMENTO + TENOLISE	
OPERAÇÃO REALIZADA A MESMA	
<p>CAMPO CIRURGICO COM POLVIDINE. REALIZAMOS MANIPULAÇÃO NA FRATURA E FIXAÇÃO COM: 01 PLACA BLOQUEADA DE FEMUR DISTAL 06 ORIFICIOS 01 PARAFUSO CORTICAL N 42 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL N 38 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL N 40 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL N 44 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL N 60 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL N 64 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL N 75 REALIZAMOS OSTEOTOMIA REALIZAMOS DEBRIDAMENTO REALIZAMOS TENOLISE LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA SULTURA POR PLANOS CURATIVO</p>	

João Marilton
Ortopedista
CRM 5880

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 0505121
Hospital Jesus Pequeno


José Lourenço dos Santos
Assistente Social
CRESS 10150



FICHA DE ANESTESIA

Nº _____
 Data: 03/11/2

Anestesia: Ruparalium NB

Nome: Maria Flávia da Silva do Registro 107653 Nº. na Clínica: _____

Clínica: Cardiologia Quarto: 3 Leito: 2 Idade: 30 Sexo: Mulher

Operador: Roberto Tavares Assist.: _____ Anestesista: RUBRANE

Diag. Preop.: Fratura de fêmur "E" Diag. Posop.: 0 mesmo

Op. Proposta: _____ Op. Realizada: Tratamento de

Premeditação: _____ Hora: _____ Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco 1-2-3-4

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	
AGENTES	N2O															
	O2															
Líquidos	PA															
	V															
PULSO	38															
	36															
ANES	x															
	32															
OP	30															
	30															
TEMP.	A															
	80															
ASPIR.	A															
	60															
RESP.	O															
	40															
Export	Assist.															
	Contro.															
SÍMBOLOS		<p><u>Epulmonar</u> - <u>insuflação</u> - <u>g</u> - <u>antib</u> - <u>u</u></p> <p><u>Dura</u> - <u>g</u> - <u>opunção</u> - <u>g</u> - <u>Endotel</u> - <u>u</u></p>														

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A.			PVA - em B exp - em meio de pms PONTE-5
B.	<u>Bupivac</u>	<u>Arquit</u>	
C.	<u>+ 15 - 15</u>	<u>5/5 256</u>	
D.		<u>5/5 256</u>	
E.	<u>Dura - g</u>		
F.			
G.			
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/OROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP. - CALIBRE DO TUBO SOB. - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA	
TOTAL		8 amp 01.20	
OPERAÇÃO:		<u>Tratamento de fratura de fêmur</u>	Laríngeo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "BUCKING" - Vômito
ANESTESISTA:		CIRURGIÃO: <u>Roberto Tavares</u> IMÁRMEN Anestesiologista	PERDA SANGÜÍNEA: João Marilton Ortopedista

Conferido Com Documento Original Bezerros PE 0305/2 Hospital Jesus Pequenin



Anestesia: Ruparlanum NB

Nome: Moisés Elvino da Silva Nº do Registro 107653 Nº. na Clínica: _____

Unidade: Cardiologia Quarto: 3 Leito: 2 Idade: 30 Sexo: M Cor: _____

Operador: Roberto Tavares Assist.: _____ Anestesista: Roberto Tavares

Diag. Preop.: Fratura de fêmur "E" Diag. Posop.: O mesmo

Op. Proposta: _____ Op. Realizada: Tratamento de

Premeditação: _____ Hora: _____ Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco 1 2-3-4

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30
AGENTES	N2O														
	O2														
Líquidos	PA														
	V														
PULSO	38														
	36														
ANES	x														
	32														
OP	30														
	140														
TEMP. A	120														
	100														
ASPIR. A	80														
	60														
RESP. O	40														
	20														
Expon															
Assist.															
Contro.															
SÍMBOLOS															

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A.			PVA - em 20 seg - em 20 seg de mais PONTE - 5
B.	<u>Bupivacaína</u>	<u>Agulha</u>	
C.	<u>15 - 15g</u>	<u>27 x 27g</u>	
D.	<u>+ 15 - 15g</u>	<u>27 x 27g</u>	
E.	<u>Dorsol. Gu.</u>	<u>27 x 27g</u>	
F.			
G.			
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/OTROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB. - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA	
TOTAL		Tempo de Anestesia	
OPERAÇÃO:		<u>Tratamento de fratura de fêmur</u>	Laringo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "BUCKING" - Vômito Hemorragia Arritmia Bradi - Taquicardia - Choque
ANESTESISTA:	<u>Roberto Tavares</u> Médico Anestesiologista	CIRURGIÃO: <u>João Marilton</u> Ortopedista	PERDA SANGUÍNEA:

Conferido Com Documento Original Bezerros PE 0505/2 Hospital Jesus Pequeninco
 José Luiz dos Santos
 Assistente Social
 CRESS 10150





HOSPITAL JESUS PEQUENININO

COMANDA 62 2030

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Jose Flavio da Silva Registro N°: 107653
 Apt.: _____ Enfermaria.: JE Data: 03/11/2020
 Cirurgia: Inet. urg Ext Fimur Cirurgião: Dr. Jose marilton
 Anestesia: Raquis Anestesista: Dr. Roberto
 Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
MEDICAMENTOS		Metronidazol 500mg	
Adrenalina		Nausebron	<u>02 Amp</u>
Adrenalina Destilada	<u>01 Amp.</u>	Narcan	
Aspirina		Neomicina Pomada	
Bicarbonato de Sódio		Nipride	
Cedilanide		Omeprazol	
Cisatracúrio		Plasil	
Cloreto de Sódio		Propofol	
Cloreto de Potássio		Prostigmine	
Clindamicina		Quelicin	
Dramin		Rapifen	
Dexametazona Pomada		Ranitidina	
Decadron	<u>01 Amp</u>	Revivan	
Diazepam		Ringer c/ Lactato	
Dípirona	<u>02 Amp</u>	Rocefin 1g	
Dimorf 0.1	<u>01 Amp</u>	Sevoflurano	
Dolantina		Syntocinon	
Dormonid		Soro Fisiológico 100ml seamp	<u>03 unid</u>
Etil Morfina		Soro Glicosado	
Fluxaparina 40mg		Styptanon	
Fenergan		Sulfato de Magnésio	
Fentanil Espinhal		Transamin	
Fentanil 5ml		Tenoxicam	
Flumazenil		Thionembutal	
Glicose		Tramal	
Gluconato Cálcio		Vitamina K	
Hidrocortisona 100mg		Voluven	
Hidrocortisona 500mg		Xylocaina 2% s/a	
Ipsilon		Xylocaina 1% s/a	
Keflin	<u>01 grama</u>	Xylocaina Geléia	
Ketalar		Xylocaina Spray	
Lasix		Xylocaina Pesada	
Manitol		MATERIAIS	
Marcaína c/a		Aguha desc. 25x7/40x12/0.45x13	<u>04 unid</u>
Marcaína s/a		Aguha de Pléxo	
Marcaína Pesada	<u>01 Amp</u>	Aguha Raqui	<u>25</u>
Methergin		Algodão Hidrófilo	<u>01 unid</u>

Com o Documento
 Original Bezerras PE 0505 R1
 Hospital Jesus Pequeninino

José Leonaldo dos Santos
 Assistente Social
 CRESS 10150



Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
Algodão Ortopédico 2		CatGut Crom c/a 1	01unid
Atadura Crepe 15 e 10c	03unid	Fio de Algodão	
Atadura Gesso		Fio de Aço	
Azul de Metileno		Fio Kirschner	
Bolsa p/ Colostomia		Fio Maleável	
Cateter Nasal	01unid	Monocryl	
Clamp Umbilical		Mononylon 2,0	02unid
Coletor Sistema Aberto		Polycot	
Coletor Sistema Fechado		Propelene	
Comp. Cirúrgica	03Pacote	PDS	
Dreno de Sucção		Seda	
Dreno Penrose		Vicryl	
Dreno Tórax		LÍQUIDOS	
Eletrodos	+01 05unid	Água Oxigenada	500ml
Equipo Macrogotas		Alcool 70%	100ml
Escova de Degermação		Glutaraldeído	500ml
Esparadrapo		Éter	
Esparadrapo Micropore		Formol	
Gaze 7x5x7,5	03 Pacote	Clorexidina Degermante	150ml
Neocaina Pesada		TAXAS	
Neocaina Isobárica		Oxímetro de Pulso	TX
Infusor p/soluções Parentemil 2 vias		Aspirador	TX
Intracath		Bisturi Elétrico	TX
Jelco		Desfibrilador	TX
Liga Clip		Monitor	TX
Lâmina Bisturi 27	02unid		
Látex 204		OXIGÊNIO	
Luva Estéril 8,0 7,0 7,5	06 Paquí	Das às	
Luva Descartável	03 Paquí		
Máscaras			
Polifix			
Pró-Pés			
Scalp			
Seringa de 01 cc	01unid		
Seringa 03 cc	03unid		
Seringa 05 cc	01unid		
Seringa 10 cc			
Seringa 20 cc			
Sonda Nasogástrica nº			
Sonda Foley nº			
Sonda Uretral nº			
Sonda '3v' nº			
Transofix			
Pulseiras de RN			
Toucas			
FIOS			
CatGut Simpa s/a			
CatGut Simp c/a			
CatGut Crom s/a			

Teina Maria de Oliveira
 Téc. Enfermagem
 COREN-PE-570209

Teina

Conferido Com Documento
 Original Bezerras PE0505121
 Hospital Jesus Pequeninno

João
João Leonardo dos Santos
 Assistente Social
 CRESS 10150



SINISTRO 3210185695 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE FLAVIO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Recife-PE

BENEFICIÁRIO JOSE FLAVIO DA SILVA

CPF/CNPJ: 05370777403

Posição em 05-10-2021 14:19:31

Informamos que este pedido de indenização foi negado. Os motivos da negativa foram enviados por carta para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
17/07/2021	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SES/SUS/PE
UNIDADE DE SAÚDE: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

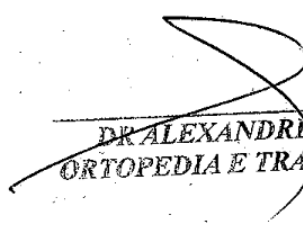


PACIENTE: JOSE FLAVIO DA SILVA
REGISTRO: 309810
ATENDIMENTO: 630524

DATA: 27/10/2020

EVOLUÇÃO DA ORTOPEdia

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO
PACIENTE APRESENTANDO-SE NO MOMENTO DA VISITA CLÍNICA SEM OUTRAS
QUEIXAS
CLINICAMENTE ESTÁVEL, SEM SINAIS DE ACOMETIMENTO NEUROVASCULAR
SIGNIFICATIVO OU SINAIS DE TROMBOEMBOLISMO NO MOMENTO DA VISITA
CLÍNICA
CONDUTA: AGUARDA TRATAMENTO CIRÚRGICO


DR ALEXANDRE RÊGO FILHO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 20817
RQE 8761



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Data e hora retirada da senha: 26/10/2020 16:54

Nome Paciente:	JOSE FLAVIO DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	24/07/1981
Sexo:	Masculino
Idade:	39
Senha:	U0037
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 26/10/2020 16:55 - 26/10/2020 16:55

STEPHANNY PRISCILLA MOREIRA DOS SANTOS - COREN: 352879 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

POUCO URGENTE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO, REFERE DOR E DEFORMIDADE EM MIE

Medicamento(s):

NEGA ALERGIAS

Observação:

SENHA 6053077

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS NOS MEMBROS

Discriminador(es):

- DEFORMAÇÃO?

Especialidade:

ORTÓPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- P. A. DIASTÓLICA: 90.00 MMHG
- P. A. SISTÓLICA: 120.00 MMHG

Acolhido(a) por: STEPHANNY PRISCILLA MOREIRA DOS SANTOS - COREN: 352879 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 26/10/2020 16:55

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





PREFEITURA MUNICIPAL DE BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
UBIRAJARA RAPOSO MONTEIRO

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
UBIRAJARA RAPOSO MONTEIRO

Protocolo de Encaminhamento

17/11/2021

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	SENHA <u>6053077</u>
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: <u>José Flávio de Azevedo</u>	Idade: _____
Sexo: M <input checked="" type="checkbox"/> () F () Profissão: _____	Fone: _____
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____
Cidade: _____	
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta () Atropelamento: Pedestre () Ciclista () Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso do cinto: S () N () Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N () Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento () Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____ Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico () Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau () Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____ Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____ Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento	
CAUSAS CLÍNICAS	
História Clínica Atual: <u>Queda de 1 metro + dor e edema</u> <u>na região do joelho</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>Fratura do joelho</u>	
AValiação CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: <u>120 x 90</u> Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N () Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N () Distúrbio Fala/Choro: S () N () Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N () Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas () Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino () Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose () Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()	
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Crianças 80-110 Adulto 60-100
 Dr. Mauricio Cabral MÉDICO CRM-PE/PE: 5622 / 23.403	





ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR WALDEMIRO FERREIRA - CARUARU	DATA DA SOLICITAÇÃO: 26/10/2020 20:45
MÉDICO SOLICITANTE: ROGERIO FERREIRA DOS SANTOS	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 12589

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: JOSE FLAVIO DA SILVA	Nº DO PRONTUÁRIO: 783405		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 700004549923606	DATA DE NASCIMENTO: 24/07/1981	SEXO: Masculino	
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: RITA GOMES DA SILVA	TELEFONE DE CONTATO: 8189649815		
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): SITIO DOS REMEDIOS, 0, ZONA RURAL	COD. IBGE MUNICÍPIO: 2601904	UF: PE	CEP: 55660000
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: BEZERROS			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE EM EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNEICO EM A/A, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM MIE. DATA DA FRATURA: 26/10/2020		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): RX EVIDENCIA FRATURA DE FEMUR ESQUERDO		
DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DE FEMUR DIREITO		
CID 10 PRINCIPAL:	CID 10 SECUNDÁRIO:	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:		
CLÍNICA:	CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA	DOCUMENTO: () CNS (X) CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 95526862453

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL JESUS PEQUENINO - BEZERROS	DATA DE AUTORIZAÇÃO: 27/10/20 16:20
TIPO DE LEITO: CIRURGICO	ESPECIALIDADE: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
MÉDICO AUTORIZADOR:	

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: ERICKA SILVA DE LIMA	DATA DA SOLICITAÇÃO: 26/10/20 20:45	
DOCUMENTO: () CNS (X) CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 04699113443	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR: CRM 22829



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

ESCLARECIMENTOS

EVOLUÇÃO

Data/Hora **Profissional Evolução**
27/10/20 16:01 TATIANE MUNIZ DA SILVA

Descrição
RESERVO LEITO DE ORTOPEDIA NO HJP.

Data/Hora **Profissional Evolução**
27/10/20 07:21 BELARMINO SANTOS DE SOUSA JUNIOR

Descrição
PACIENTE EVOLUINDO EM EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNEICO EM A/A, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM MIE.
DATA DA FRATURA: 26/10/2020

Data/Hora **Profissional Evolução**
26/10/20 20:49 CLARISSA ROBERTA AZEDO FALCAO

Descrição
NO MOMENTO SEM DISPONIBILIDADE DE LEITOS NA REDE PÚBLICA E CONVENIADA.

Data/Hora **Profissional Evolução**
26/10/20 20:45 ROGERIO FERREIRA DOS SANTOS

Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabeleciment	Observação
26/10/20 20:45	Em digitação	0h:0m:4s	JOSELITOPSF/HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR WALDEMIRO FERREIRA	Solicitação armazenada.
26/10/20 20:45	Aguardando Regulacao	0h:0m:14s	JOSELITOPSF/HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR WALDEMIRO FERREIRA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
26/10/20 20:46	Aguardando Regulacao	0h:1m:37s	ERICKA.LIMA/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: ERICKA.LIMA solicitação: 783405
26/10/20 20:47	Regulado	0h:2m:10s	ERICKA.LIMA/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO.
26/10/20 20:50	Aguardando Disponibilidade	19h:13m:15s	CLARISSA.FALCAO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE.
27/10/20 16:03	Aguardando Confirmação	0h:16m:54s	TATIANEMS/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO DISPONIBILIDADE para AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO.
27/10/20 16:20	Reserva Confirmada	0h:0m:0s	MARIAF.RODRIGUES/HOSPITAL JESUS PEQUENINO - BEZERROS	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO para RESERVA CONFIRMADA.
27/10/20 16:20	Reserva Confirmada	0h:5m:18s	MARIAF.RODRIGUES/HOSPITAL JESUS PEQUENINO - BEZERROS	Confirmada a disponibilidade pelo usuário: MARIAF.RODRIGUES
27/10/20 16:25	Em Trânsito		LETICIALCS/HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR WALDEMIRO FERREIRA	Alterada situação da solicitação de RESERVA CONFIRMADA para EM TRÂNSITO.



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora

Paciente Assistido

Usuário

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

Data / Hora	Tipo de Comunicação	Usuário	Estabelecimento
28/10/20 09:	Email	BELARMINOSSJ	HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR WALDEMIRO FERREIRA -

Contato

8137199404

Título da Comunicação

MONITORAMENTO AMBULÂNCIA

Descrição

COMUNICO A SAÍDA DO PACIENTE EM AMBULÂNCIA PARA HOSPITAL DE DESTINO.

Data / Hora	Tipo de Comunicação	Usuário	Estabelecimento
28/10/20 08:	Telefone	ANAMTM	CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE

Contato

JUNIOR NIR

Título da Comunicação

MONITORAMENTO NIR

Descrição

ENTRO EM CONTATO COM JUNIOR NIR, SOLICITO VERIFICAR TRANSFERENCIA DO PCT.

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu José Flávio da Silva,
RG 5940133, CPF 05370777403,
Residente na Sl dos Remédios Bairro Centro
Cidade Boqueiros, Estado de PE

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização a que tenho direito.

Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Recife, 05 de 10 de 2021

José Flávio da Silva

Assinatura do Declarante



Cláusula 7ª. Fica acordado entre as partes que os honorários a título de prestação de serviço o percentual de 30% sobre o valor recebido pelo contratante ao final do processo

Parágrafo Primeiro: O Pagamento do Valor Acordado deve ser depositado na conta corrente da contratada.

Parágrafo Segundo : A CONTRATANTE autoriza a RETENÇÃO dos honorários advocatícios contratuais no percentual de 30% do valor auferido em favor da CONTRATADA.

Cláusula 8ª. Caso haja morte ou incapacidade civil do CONTRATADO, seus sucessores ou representante legal receberão os honorários na proporção do trabalho realizado.

Cláusula 9ª Caso, ocorra o inadimplemento da obrigação de pagar, a contratada, ingressará com ação para recebimento dos serviços prestados.

Cláusula 10ª. As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários, serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês e multa de 10% sobre o valor a ser pago.

DA RESCISÃO

Cláusula 11ª. Agindo o CONTRATANTE de forma dolosa ou culposa em face do CONTRATADO, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas obrigações.

DO FORO

Cláusula 12ª. Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do CONTRATO, as partes elegem o foro da comarca de Recife;

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor.

Recife - PE 05. de 10 de 2021

ANA SANTOS
OAB/PE 28697 D

José FLÁVIO da Silva
CONTRATANTE
CPF

TESTEMUNHAS

1. NOME:
CPF/MF

2. NOME:
CPF/MF



CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

CONTRATANTE: José Flávio da Silva
brasileiro, estado civil solteiro, profissão advogado, regulamento
inscrito no CPF/MF sob o nº 022.301.974/03 e portador da
cédula de identidade nº 5410173, residente
domiciliado(a) em São José do Bonfim,
cidade Recife, CEP PE 55660-000, na
bairro de Recife.

CONTRATADO: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha sala 102, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630, E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe informações e/ou notificações judiciais

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Honorários Advocáticos, resolveram celebrar o presente contrato de prestação de serviços profissionais de advocacia, em conformidade às estipulações a seguir disciplinadas, que se obrigam a cumprir, por si e seus sucessores. Caberá apenas ao contratado a retenção dos honorários advocatícios independentemente de substabelecimento ou procuração "Apud Acta".

DO OBJETO DO CONTRATO

Cláusula 1ª. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios na AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT proposta pelo CONTRATANTE, como também com defesas e requerimentos em geral a serem realizados nesse processo.

DAS ATIVIDADES

Cláusula 2ª. As atividades incluídas na prestação de serviço objeto desta Instrumento, são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

a) Praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os especificados no Instrumento Procuratório.

DOS ATOS PROCESSUAIS

Cláusula 3ª. Havendo necessidade de contratação de outros profissionais, no decurso do processo, o CONTRATADO elaborará substabelecimento, indicando escritório de seu conhecimento, restando facultado ao CONTRATANTE aceitá-lo ou não. Aceitando, ficará sob a responsabilidade, única e exclusivamente do CONTRATANTE no que concerne aos honorários e atividades a serem exercidas.

DAS DESPESAS

Cláusula 4ª. Todas as despesas efetuadas pelo CONTRATADO, ligadas direta ou indiretamente com o processo, incluindo-se fotocópias, emolumentos, viagens, custas, entre outros, ficarão a cargo do

CONTRATANTE.

Cláusula 5ª. Todas as despesas serão acompanhadas de recibo, devidamente preparado e assinado pelo CONTRATADO.

DA COBRANÇA

Cláusula 6ª. As partes acordam que facultará ao CONTRATADO, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

DOS HONORÁRIOS



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, José Flávio da Silva

brasileiro(a), estado civil solteiro,
profissão agente inscrito no CPF/MF sob o
nº 05370777403, e portador da cédula de
identidade nº 5940133, residente e
domiciliado(a) Sl. dos Remédios
nº 50, bairro Centro,
CEP 55660-000 na cidade de
Boqueirão, PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita, que não tenho condições de arcar com as custas e despesas processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 05 de 10, de 2021

NOME: José Flávio da Silva



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Flávio da Silva
brasileiro(a), estado civil Solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 053307.774-03 e portador da cédula de identidade nº 5940433 residente e domiciliado(a) na Sl das Remédios nº bairro de Pombal CEP 55660-000 na cidade de Boqueirão PE

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/ PE 28.897, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 6 e 7 Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses judiciários, concedendo-lhes poderes incluídos nas cláusulas "Ad Judicia" e "At Judicia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações, renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará Judicial de pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam, mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas, inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de poderes.

JUSTIÇA GRATUITA: Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

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

Recife, 05 de 10 de 2021

José Flávio da Silva
Outorgante

