

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: *Brenanda williams S. Santos*, brasileiro(a), estado civil *casada, filha*, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº *013.646.634-94* e portador da cédula de identidade nº *304.56.000.66 MTP E*, residente e domiciliado(a) na *Rua Peláez de Costa*, nº *36*, bairro *de* *Lagoa*, na *PE*, cidade *de* *Recife*, CEP *55034-225*.

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/ PE 28.697, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630 E-mail: *anasantosadv1@gmail.com*, onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

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

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

Recife, *12* de *dezembro* de 2018

P.Brenanda williams S. Santos
Ourtorgante



SINISTRO 3180434667 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA BRENAND WILLIAMS SILVA DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial Recife-PE

BENEFICIÁRIO BRENAND WILLIAMS SILVA DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 01344663494

Posição em 27-11-2018 17:27:22

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

09/10/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50
------------	--------------	----------	--------------



SINISTRO 3180434667 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA BRENAND WILLIAMS SILVA DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial Recife-PE

BENEFICIÁRIO BRENAND WILLIAMS SILVA DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 01344663494

Posição em 27-11-2018 17:27:22

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

09/10/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50
------------	--------------	----------	--------------





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) BRENAND WILLIAMS DOS SANTOS CPF- 013.446.634-94 e RG-2845600066 MT/PE, que consta nos registros de ocorrências N:1508300266 do SAMU REGIONAL AGRESTE atendimento realizado por esse serviço, ao MESMO no dia 30/08/15 as 22:hs e 27:min, no endereço/ RUA/15 DE NOVEMBRO /CARUARU /PE, com queixa de COLISAO DE CARRO X MOTO tendo sido enviada a UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a para o hrh.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

09:08 20/06/2016 224726 SAMU REGIONAL AGRESTE

Caruaru, 12 de abril de 2016

Elaine Gouveia,
Gerente Administrativo do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em ____ / ____ / ____





**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA**



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 158369

Prontuário: 258292

Nome: BRENAND WILLIAMS SILVA DOS SANTOS

Data Nasc.: 14/07/1985

Idade: 30

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS:709002853464715

Endereço: RUA PLACIDO DE CASTRO

Bairro: CAIUCA

Cidade: CARUARU

Nº: 86

CEP: 55034215

Fone: 93150388

Profissão:

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DOS SILVA DOS SANTOS

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ENCAMINHADO AO ORTOPEDISTA/TRAUMATO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 30/08/2015 22:50

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico:

*Dor + Escorregue
Bexiga*

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Epidemiologia-HRA

09/08 20/06/2016 22:4722 SISTEMA LIDER DRAFT 4

Diag. Provisório:

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

*DR Bexiga
09/09/2015
Regil*

1 de 2





HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Name: _____ RG: _____

Endereço: _____ **Tel.:** _____

Date: / /

• [Feedback](#)

09:08 20/06/2016 224723 SERGIO LUIS DIAZ

Autorização de Procedimento

Paciente Familiar

Name: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

George John 10:52

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

Alta Cirurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido
 Transferência: Internamento _____

Condição de Alta

Curado Melhorado Inalterado Óbito

CRM: _____

DISPONÍVEL 10:50:00 PM | Usuário do Atendimento

8/30/20
3 de 3

M
EJ
Csm ROSS

Usuario do Atendimento
ROSANGELASSB

8/30/2015 10:50:32 PM
3 de 3



Paciente...: BRENAND WILLIAMS SILVA DOS SANTOS
Nascimento.: 14/07/1985
C.P.F.: 013.446.634-94
Endereço...: R. PLACIDO DE CASTRO
Bairro....: CAIUCA
Cidade....: CARUARU
Telefone...: (81) 99315-0388
Entrada...: 08/01/2016
Titular....: BRENAND WILLIAMS SILVA DOS SANTOS
Pto.....: 1

Atend.....: 1654
Plano.....: PÁRTICULAR
Matrícula...: 12345
Estado Civil.: Casado
Ident.....: SSP -
N.....: 86
U.F.....: PE
Profissão...:
Hora.....: 20:22
Acompanhante.:

Brenand Williams Silva
Paciente ou Responsável

EMANUELE
EMANUELE

PD

DA/antecedentes

Doen + trauma + Vida fértil (?)

Nome

Tratamento.: *Extrair mamas Vmista (?)*

Diagnóstico

Quipe....:

Médico GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA

1º Aux.: _____

2º Aux.: _____

3º Aux.: _____

Instrumentador:

Anestesista:

Cardiologista:

Outros: _____

Procedimentos: _____

Descrição cirúrgica

Condicão: Curado Melhorado, Transferido

DR. GUSTAVO LIBORIO
LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA

ta Alta: _____ / _____ / _____ Hora: _____

SUX - SISTEMA DE GERENCIAMENTO HOSPITALAR Emitido em: 08 de Janeiro de 2016 as 20:38

09:09 20/06/2016 224731 SERRACORI LIBER DRAFT 4



RELATÓRIO CIRÚRGICO**CARUARU**

PACIENTE:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

OPERAÇÃO PROPOSTA:

OPERAÇÃO REALIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

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:

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 - ÓRGÃOS E LESÕES | 6 - DRENO E SONDA (PENROSE, KERH, ETC.) | 9 - PEÇA OPERATÓRIA-ANAT.PATOL |

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Assinado eletronicamente por: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS - 17/01/2019 18:35:48
<https://pje.tjej.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19011718354836100000039541491>
 Número do documento: 19011718354836100000039541491

09/09 20/06/2016 224752 SEGREDO LIGERAMENTE

4

L. L. L.

Num. 40122438 - Pág. 5

MEMORIAL CARUARU

CNPJ: 00.972.860/0001-97

Av. Pedro Jordão, 734 - Mauricio de Nassau

Fone: (81) 3727.7250 - Fax: (81) 3727.7257

Caruaru - PE / e-mail: hocgeral@yahoo.com.br

Paciente _____

Registro Nº _____

Clínica _____

Apto. Nº _____

DATA	HORA	EVOLUÇÃO CLÍNICA (cada evolução deve ser assinada)
08/01/16	10:00 AM	Dr. GUSTAVO LIBORIO TRAUMATO-ORTOPEDIA
19/01/16	10:00 AM	Dr. GUSTAVO LIBORIO
20/01/16	10:00 AM	Dr. GUSTAVO LIBORIO
(Bach)	10 AM	Dr. GUSTAVO LIBORIO





MEMORIAL
CARUARU

HOSPITAL DE OLHOS DE CARUARU S/C LTDA.

CNPJ: 00.972.860/0001-97

Av. Pedro Jordão, 734 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727.7250 - Fax: (81) 3727.7257
Caruaru - PE / e-mail: hocgeral@yahoo.com.br

paciente: Renan William Sátila da Motta - 30 anos Data: 08/01/16

linica: Clínica Apto. N°: 304A Convenio: particular

OCTOBER

08/04/16 00000000000000000000000000000000

1908 - 1914: 16

100

111

Assinado eletronicamente por: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS - 17/01/2019 18:35:48
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1901171835484660000039541498>
Número de documento: 1901171835484660000039541498

Num. 40122445 - Pág. 1

MEMORIAL CARUARU

Fone: (81) 3727.7250 - Fax: (81) 3121.1201
CEP: 55.014-320 - Caruaru - PE
hocgeral@yahoo.com.br

Paciente Bruno Willians Siller de Souza Registro Nº _____
Registro Nº _____
Clinica _____ Apto Nº 3044

ANOTAÇÕES E EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM

DATA:

HORA:

08/01/16 às 21:00hs paciente admitido morto no ato. O paciente
foi para submeter-se à fatoamento anelar, fez exames
muitado, anotando pro laportamento (160x110mm), peso
aprox 70kg, m.m. e oleigia marcamendo, que aparentava
muculamento excessivo

08/01/16 às 21:55h. Cliente encaminhado da
Be. Enc. para exames no hospital 689.835.
08/01/16 às 22:00h. Foi admitido no E.C.D.
para procedimento de anelar exp. CO. e
anotando marcas forte na sola forte exige
atendimento imediato de enfermeiro e
l. Enfermeiro contratado de plantão, tomou
as 02 CO e 1.000ml de Lactato e ox. 1.000
de hidroclorito de sódio e este é o exame
realizado. Realizou exame de gabinete.
09/01/16 às 00h. Foi admitido no hospital

09:09 28/06/2016 22:47:35 SERRONA LIDER DRAFT 4

03:15 paciente faleceu do BE em PCT. Foi
entregue para Univas e segue com E.C.D.
enfermeiro. O paciente faleceu por causa
de edema em seu topo, fôvea edema
de testículo e o que o deixou longe de
fase proximal. Foi de morte cardíaca
ao falecer. Realizou 02 CO no BE e
em observação 0200 horas no plantão.

Nota: 02 equipes para medicar.

Nota: Paciente faleceu no BE, consentimento, testemunha
única, só temos essa hipótese, de fato que - não se
conduzir.





HOSPITAL DE OLHOS DE CARUARU S/C LTDA.

CNPJ: 00.972.860/0001-97

Av. Pedro Jordão, 734 - Maurício de Nassau

Fone: (81) 3727.7250 - Fax: (81) 3727.7257

Caruaru - PE / e-mail: hocgeral@yahoo.com.br

Paciente João Vítor Williams B. Ferreira Registro N° 16361
Clínica Clínica Apt. N° 3-4A

ENFERMAGEM

Data	Hora	Medicação	Abert. de Horário	Rubrica
09/01/16	07:00h	Paciente recebido em E.G.R, consciente, orientado, colaborativo, aceitando dieta. SSU nos padrões da normalidade. AUP funcionalmente em M.S.D, eructivo em M.S.E, diurese + espontânea. SIC. Segue os cuidados da Enfermagem		<i>Elvis Ribeiro de Araújo Técnico Enfermagem COREN-PE 685.411</i>
09/01/16	21:00h	Paciente inclinando no 2º BPD aq. Tímura (E), cl. 03 consciente, orientado, hídrico, normocálcico, normoclorídico, anártrico, um espesso no cut, fdp em M.S.D hemicranian, eructivo calvus nos 50, clínica ssu (tura E) (sc), ncc que: card 31105		<i>Elvis Ribeiro de Araújo Técnico Enfermagem COREN-PE 685.411</i>
09/01/16	18:00h	Paciente evoluindo em E.G.R, consciente, orientado, colaborativo, aceitando dieta, AUP funcionalmente, SSU nos padrões da normalidade, eructivo em M.S.E, diurese + espontânea sic. Segue os cuidados da Enfermagem		<i>Elvis Ribeiro de Araújo Técnico Enfermagem COREN-PE 685.411</i>
09/01/16	18:30h	Paciente recebe alta hospitalar, removido eructivo e retirado AUP. (Utilizado 03), disp: F.O com aproximadamente 30cm, Bicatrizando por 1: intenso, sem sinais flogísticos. Utilizado: 03 x de gaze + 02 atadura de 16m + 20ml de clorhexidina desidratada + 01 bala de algodão + 02ml álcool à 70% + 10ml de esparadrapo.		<i>Elvis Ribeiro de Araújo Técnico Enfermagem COREN-PE 685.411</i>

09/01/16 20/06/2016 224736 SISTEMA LIDER DRAFT 4



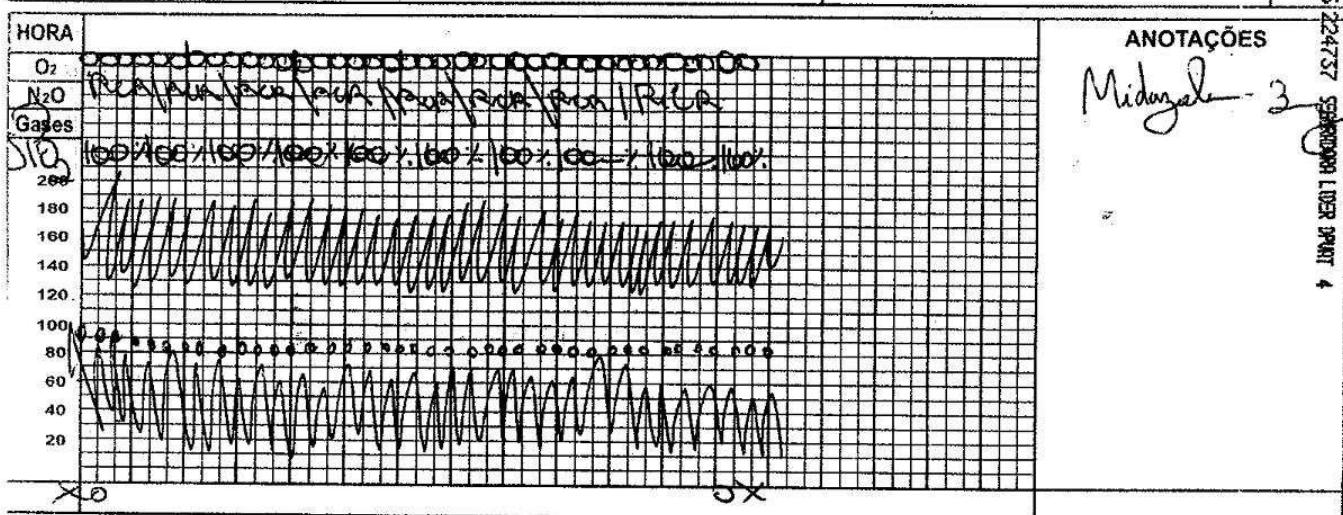
MEMORIAL CARUARU

FICHA DE ANESTESIA

CATEGORIA

NO: <i>Brenan Williams Silveira dos Santos</i>	DATA:	REG:			
SEXO:	COR:	IDADE:	PESO:	ALT:	HOSPITAL: <i>HMC</i>

PRÉ-OPERATÓRIA	DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				Intervenção de Útero				
	HEMÁCIAS	HCTQ	HB	LEUCÓCITOS	P.A.	F.C.	TEMP.	RESPIRAÇÃO	ASA
	GRUPO SANGUE	TC	TS	PROTOMBINA	ANESTESIA PORPOSTA				
	GLICOSE	URÉIA	CREATININA	PROTEÍNAS	Drogas de relaxo Benzodiazepínicos Ativador com ENP				
	NA	K	CL	RESERVA ACL					
	OP. PROPOSTA	Corrigir Cirurgia de Faz.				ALERGIA:	Neg		
de Útero					ANEST. ANTERIOR:	Int.			
OP. REALIZADA:	Útero				PRÉ-ANESTÉSICO:	Nitro			



AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO ₂						
Laxônio C/v	2amp		Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda				Intubação		
Nembutal C/v	2amp								
ND	3amp		Posição	Local Puncão	Liq. Ret.		Téc. Inj.		
Cefazolina	2g		Pos. Pós	Pos. Pós	Aparelho		Cond. Final		
Disperso	2g		Resultado	Reflexo					
Teoxina	20g		Duração da Op.		Duração da Anest.				
Ondansetron	4mg		Monitorização						
Fentanil	1 Song		Teste Aldrete e Koulik	MOV.	CONS	COR	CIRC	RESP	S.R

FERNANDO SANTOS
CRM-18117-

Médico Cirurgião



Ficha de Controle de OPME



Cliente: Bruno de Oliveira S. da Costa Médico Assistente: L. S. P. S.
 Data: 01/01/18 Hora: 22:00 Anestesista: Dr. Fernando Cirurgia: U. -
 Sala do procedimento: C 2 Registro do Protótipo: 1031

OPME UTILIZADOS

Itens	Quantidade	Itens	Quantidade	Itens	Quantidade
Reservatório		Prótese mamária	01	Placa	
Dreno de black		Fixador externo	06	Parafuso	
Tesoura ultracision		Kit de gastrotomia		Fibra Laser	
Trocater		Lâmina túnel do corpo		Cateter Duplo J	
Cargas Azul/Branca		Âncora		Fio Guia	
Grampeador		Cânula		Basket	
Alça de ressecção		Ponteira de rádio frequencia		Balão dilatador	
Cateter total implantável		Equipo Bomba		Enxerto ósseo	
Cola biologia		Lâmina de Shaver		DIU	
Tela de prolene		Outros	05		
Outros			04	Outros	

Observação:


 Circulante da sala

09/01/2019 10:29:00 2019-01-09 10:29:00 4





PEDIDO DE VENDAS

Nineteen

- Caixa Pronta
- Caixa Fixa

TECNOLOGIA A SERVICO DA VIDA

NF N

Prontuário 1659

Hospital MEMORIAL CARUADU

Paciente BRENAND WIZZIANS SICVA DOS SANTOS
Médico

Médico Dr. GUSTAVO ZIBORIO

Instrumentador ERIKA

Procedimento UMEIRO DIAFÍSARIO

Vendedor
HAROZIO

Data

03/01/10

Convênio Part

RUA PLACIDO DE CASTRO, CAIUCÁ ARUADU, N° 86
D/N: 14/04/1985
E.P.F: 013.446.634-94



TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

DADOS DO PACIENTE

Nome: BRENAND WILLIAMS SILVA DOS SANTOS			Registro: 1654
Nascimento: 14/07/1985	30 Anos	Sexo: Masculino	Natural: CARUARU
Identidade: 2845600066		CPF: 013.446.634-94	Profissão:
Endereço: R PLACIDO DE CASTRO		, 86	Bairro: CAIUCA
Cidade: CARUARU		UF PE	CEP 55034215
Filiação: JOSEFA MARIA SILVA DOS SANTOS / JOSE JOSENILDO DOS SANTOS			
Telefone: 81993150388	Celular: 81992731941	Religião:	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Médico Internação: 015582 GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA		Prontuário: 8447	
Convênio: 00002 PARTICULAR			Data Internação: 08/01/2016
Matrícula: 12345	Guia:	Validade Guia: 0	Senha:
Tipo Acomodação: Enfermaria		Clínica: Cirúrgica	
Bloco: 3º ANDAR	Acomodação: ENFERMARIA 309		Leito: B

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: BRENAND WILLIAMS SILVA DOS SANTOS		CPF: 013.446.634-94	Identidade: 2845600066
Endereço: R PLACIDO DE CASTRO		, 86	Bairro: CAIUCA
Cidade: CARUARU		UF PE	Telefone: 81993150388

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.

Declaro, ainda, a validade das despesas já mencionadas até a liquidação do débito, independente de notificação prévia e em caso 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, 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.

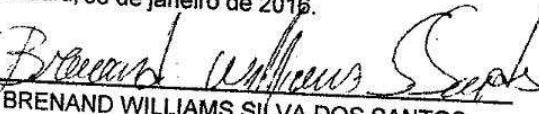
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

(Caso Afirmativo Descreva:

COBERTURAS PARA ACOMPANHANTE? () SIM () NÃO

Caruaru, 08 de janeiro de 2016.

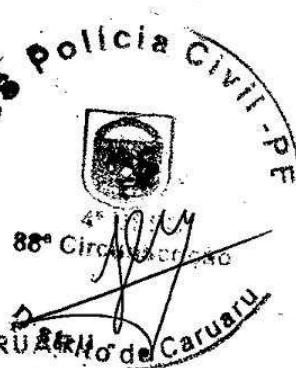


BRENAND WILLIAMS SILVA DOS SANTOS

HOSPITAL MEMORIAL CARUARU S/C
Usuário Internação: EMANUELE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 088^ª CIRCUNSCRICAO - CARUARU
DP88^ªCIRC DINTER1/14^ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 17E0178000348

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 31/01/2017 às 13:37

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 30/8/2016 às 22:27

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, RUA 15 DE NOVEMBRO** - Bairro: **CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
LUCAS JOSEILDO DA SILVA (OUTRO)
BRENAND WILLIAMS SILVA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
BRENAND WILLIAMS SILVA DOS SANTOS

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

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

BRENAND WILLIAMS SILVA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA MARIA SILVA DOS SANTOS** Pai: **JOSE JOSENILDO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **14/7/1986** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 86, RUA PLACIDO DE CASTRO - CEP: 54.600-000**
Bairro: **CAIUCA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUCAS JOSEILDO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCAS JOSEILDO DA SILVA**,



que estava em posse do(a) Sr(a): **BRENAND WILLIAMS SILVA DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **0Y7880** (PERNAMBUCO/CARUARU) Chassi: **9C2JC4120ER010100**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

Complemento / Observação

A VITIMA NOTICIA QUE TRAFEGAVA PELO LOCAL DO FATO, CONDUZINDO A RESPECTIVA MOTOCICLETA, QUANDO FOI SURPREENDIDA POR UM VEICULO, NÃO IDENTIFICADO, QUE COLIDIU NA TRASEIRA DA MOTO DA VITIMA, ARREMESSANDO VITIMA E MOTO AO CHÃO, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU/CARUARU, QUE ENCAMINHOU A VITIMA PARA O HRA/CARUARU, CONFORME REGISTRO DE ATENDIMENTO N° 158268, ONDE TEVE O PRONTO ATENDIMENTO, SEM MAIS, FEZ CIENTE ESTA DEPOL.

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

Brenand Williams S. Santos

**BRENAND WILLIAMS SILVA DOS SANTOS
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **JOSE LEONARDO BORBA DE LIMA** - Matrícula: **221711-2**



de 2

31/01/2017

