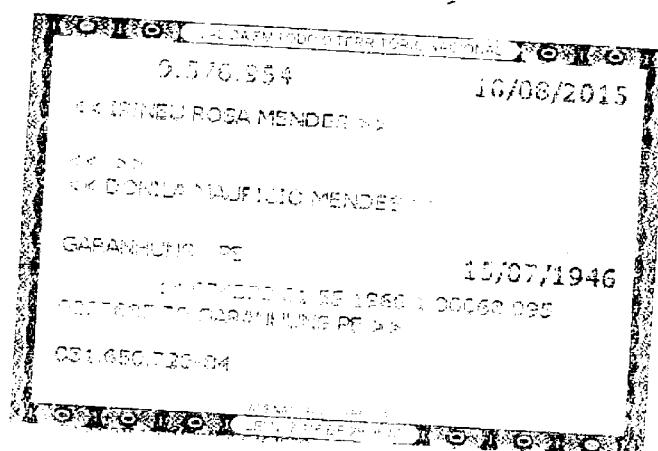




11/04/2019 17:31:31
JARBAS CONSTANTINO CARNEIRO DE MATTOS TRINDADE

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: JARBAS CONSTANTINO CARNEIRO DE MATTOS TRINDADE
DATA: 11/04/2019 17:31:31

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: JARBAS CONSTANTINO CARNEIRO DE MATTOS TRINDADE
DATA: 11/04/2019 17:31:31

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: JARBAS CONSTANTINO CARNEIRO DE MATTOS TRINDADE
DATA: 11/04/2019 17:31:31





Nota Fiscal de Energia Elétrica - Cuidado para não confundir com a Nota Fiscal de Energia Elétrica
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Celpe de Energia Elétrica S.A.
Avenida de Brasília, 1111 - Boa Vista - Recife - Pernambuco - CEP 52050-900
CNPJ 06.978.952/0001-01 - Insc. Est. 1502.425-93 - www.celpe.com.br

RACÕES DO CLIENTE

ENDERECO DA UNIDADE DE CONSUMIDORA

CPF 031.650.728-84

SITIO BAIXA DA ONCA/GARANHUNS-RO-BA
GARANHUNS-PE
55290-000

CLASSIFICAÇÃO
RORPECUARIA RURAL
MONTADO

1973158020 MES 11/2016

NOTA FISCAL Nº 1973158020

DATA DE EMISSÃO 30/11/2016 DATA DE VENCIMENTO 22/12/2016

IDENTIFICAÇÃO Nº 1973158020

TOTAL A PAGAR (R\$) 34,66

Consumo Atual (kWh)
Atividade em Bandeira AMARELA

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
103,000000	0,3466100	35,69

ÍTEM	TIPO DA FICÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE CONSUMO	CONSUMO (KWH)
1	DATA	1973158020	1973158020	103,00	103,00

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
ICMS 14,55	Consumo de Energia 17,21
PIS 2,45	7 (sete) pontos 0,82
COFINS 4,74	Consumo de (Cabeça) 4,82
	Estrutura de Consumo 4,82
	Total 34,66

TARIFAS APLICADAS
1973158020

Atenção: O cliente deve estar atento para não confundir com a Nota Fiscal de Energia Elétrica. A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida pela Companhia Celpe de Energia Elétrica S.A. e contém informações sobre o consumo de energia elétrica e o valor a pagar. O cliente deve verificar cuidadosamente as informações contidas na Nota Fiscal e, em caso de dúvida, consultar a Companhia Celpe de Energia Elétrica.

ATENÇÃO A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Valor	Debito	Valor	Valor	Valor
31/07/16	150,00	37,10		

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES	NÍVEL DE TENSÃO
1973158020	1973158020





Na data 10/06/2016, Irineu Rosa Mendes foi socorrido pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) base descentralizada de Garanhuns, vítima de queda de moto, sendo o mesmo encaminhado para o Hospital Regional Dom Moura conforme registro de atendimento em anexo.

Garanhuns, 06/07/2016

Pollyanna de Oliveira Chaves
Coordenadora SAMU
Garanhuns-PE
Mat. 98598

Pollyanna de Oliveira Chaves

Pollyanna Chaves
Coordenadora SAMU Garanhuns





	PREFEITURA DE GARANHUNS						
	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE						
	SAMU REGIONAL AGRESTE - REGISTRO DE ATENDIMENTO						
Médico Regulador			TARM		Operador de frota		
Data		Hora	ID	Nº ocorrência	Unidade móvel	Base da unidade	
Endereço da ocorrência							Nº
Bairro				Município			
Ponto de referência							
Nome da vítima						Idade	Sexo
Solicitante / Fone						☒ M ☐ F	
				Cartão de saúde - SUS			
Queixa							
Comunicação	Saída da base	Chegada no local	Saída do local	Chegada no destino	Saída do destino	Chegada na base	

Transferência (senha):

Tipo de Agravamento:

- ☐ Acidente Trânsito:
- ☐ Pedestre
- ☐ Condutor do veículo
- ☐ Passageiro do veículo
- ☐ Agressão
- ☐ Clínico
- ☐ Desabamento/Soleitamento

☐ Eletrocussão

- ☐ FAF
- ☐ FAF
- ☐ Gineco-obstétrico
- ☐ Lesões térmicas
- ☐ Pediátrico
- ☐ Perquirico
- ☐ Quase Afogamento

☒ Queda _____ Metro

- ☐ Queimadura
- ☐ Térmica
- ☐ Química
- ☐ Elétrica
- ☐ Outros:

Antecedentes:

- ☐ AIDS
- ☐ Alcoolismo
- ☐ Alergia
- ☐ AVC
- ☐ Cirurgias Realizadas

☐ Convulsões

- ☐ Diabetes
- ☐ Doença Cardíaca
- ☐ Doença infecto contagiosa
- ☐ Doença Mental
- ☐ Doença Renal

☐ Drogadição

- ☐ Hipertensão Arterial
- ☐ Internamentos anteriores
- ☐ Medicamento:
- ☐ Problemas Respiratórios
- ☐ Outros:

Exame Clínico:

- Principais sintomas / queixas
- ☐ Agitação/agressividade
- ☐ Alergia
- ☐ Ausência de pulso
- ☐ Cianose

☐ Convulsão

- ☐ Diaréia
- ☐ Dificuldade Respiratória
- ☐ Dor Local
- ☐ Febre
- ☐ Inconsciente/Desmaio

☐ Palidez

- ☐ Sangramento
- ☐ Vômito
- ☐ Outros:

Início dos Sintomas: ☐ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe

Dados Vitais:

Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início	110/70	72	20		110	97	
Fim							

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

- ☐ Livre
- ☐ Obstrução Parcial
- ☐ Total
- ☐ Corpo Estranho
- ☐ Bronco Aspiração
- ☐ Edema de Glote
- ☐ OBS

Respiração/Ventilação:

- ☐ Espontânea
- ☐ Parada Respiratória
- ☐ Assistida
- ☐ Ritmo Irregular

Ausculta:

- ☐ Normal
- ☐ Roncos/sibilos
- ☐ Estertores
- ☐ Diminuição MV
- ☐ Ausência MV

Expansibilidade:

- ☐ Normal
- ☐ Superficial
- ☐ Regular
- ☐ Irregular

Achados: ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☐ Hálito Etílico ☐ Outros:

CIRCULAÇÃO

- Pele: ☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros
- Edema: ☐ Ausente ☐ Palpebral ☐ M Inferiores ☐ Anasarca
- Perfusão: ☐ Normal ☐ Retardada ☐ Ausente
- Capilar: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente
- Alta: ☐ Normal ☐ Hipofonese ☐ Atrito pericárdio ☐ Arritmia ☐ Sopros



Principais lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS		Mi	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoriação											
Emagrecimento											
Ferimento											
Queimadura											
Queimadura %											

OBSERVAÇÕES:

EXAME NEUROLÓGICO:

- ☐ Agitação
☐ Sonolência
☐ Coma
☐ Confusão
☐ Convulsão
☐ Otorrágia Direita

- ☐ Otorrágia Esquerda
☐ Sinal Battle Direito
☐ Sinal Battle Esquerdo
☐ Sinal de Guaxinin direito
☐ Sinal de Guaxinin esquerdo
☐ Rigidez de nuca
☐ Afasia

- ☐ Miocose Direita
☐ Miocose Esquerda
☐ Midríase Direita
☐ Midríase Esquerda
☐ Paralisia
☐ Paresia
☐ Anestesia

- ☐ Parestesia
☐ Arreflexia
☐ Pupila reagente
☐ Pupila não reagente
☐ Outros:

SEGMENTO:

Pescoço:

- ☐ Desvio Traquéal
☐ Normal
☐ Turgência jugular
☐ Edema subcutâneo
☐ Outros:

Abdômen:

- ☐ Distensão
☐ Ascite
☐ Doloroso/Defesa
☐ Esplenomegalia
☐ Hepatomegalia
☐ Irritação peritoneal
☐ Normal
☐ Outros:

Urogenital:

- ☐ Anúria
☐ Giordano Direito
☐ Giordano Esquerdo
☐ Hematúria
☐ Outros:

EXAME OBSTÉTRICO:

- ☐ Abortamento
☐ Hemorragia vaginal
☐ Normal
☐ semanas
☐ Outros:
☐ Trabalho de parto
☐ 01 cont./10m
☐ 1-3 cont./10m
☐ 3-5 cont./10m
☐ Boixo róta
☐ Sangramento
☐ Nascimento
☐ Parto único
☐ Gêmeos
☐ Líquido Mecônio
☐ APGAR:

PROCEDIMENTOS:

- ☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Intubação Nasotraqueal
☐ Intubação Orotracheal
☐ Orotomistostomia
☐ Ventilação Mecânica Ambu
☐ Respirador
☐ Intubação O2
☐ Toracocentese cl/Agulha Direita

- ☐ Toracocentese cl/Agulha esquerda
☐ Drenagem Torácica Direita
☐ Drenagem Torácica Esquerda
☐ Massagem Cardíaca Externa
☐ Desfibrilação/Cardioversão
☐ Controle Hemorragia
☐ Curativo
☐ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central

- ☐ Sonda Gástrica
☐ Sonda Vesical
☐ Sedação
☐ Imobilização Membros
☐ Colar Cervical
☐ Talas/Tração
☐ Intubação Orotracheal
☐ Traqueostomia
☐ Monitoração cardíaca / Oximetria
☐ Outros:

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA:

Intervenção terapêutica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Intubação					
Exat. glicose 0.5%					
Sol. Glicosado 0.5%					
Outros					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: _____

MUNICÍPIO: _____

INTERCORRÊNCIA: _____

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

GRUPO:

Médico Regulador	Médico de viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Conducutor

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE, nesta oportunidade:

Rua do CPF: _____ Assinatura: _____

Dr. JARBAS CONSTANTINO CARNEIRO DE MATTOS TRINDADE
 CRM: 15742/235-2
 Assinatura e Carimbo do Médico
 (unidade de destino)
 HORA: _____



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:		VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Nome: <i>Janeiro Rômulo</i>					Idade:
Situação/Queixa:					
<i>Queixa de dor + trauma em MSD + edema</i>					

PROCEDÊNCIA			
RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE: <i>Sina</i>
Doenças Preexistentes:			
Medicações em uso:			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			

PARÂMETROS							
PA:	P:	R:	T:	SpO2:	HGT:	Peso:	Glasgow: /

RÉGUA DE DOR		
LEVE	MODERADA	GRAVE

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☒ NÃO

Consciente ☒	Orientado ☒	Desorientado	Ansioso	Calmo ☒
Agitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁCICA		
INTENSA	MODERADA	LEVE

Duração da dor:

Localização:

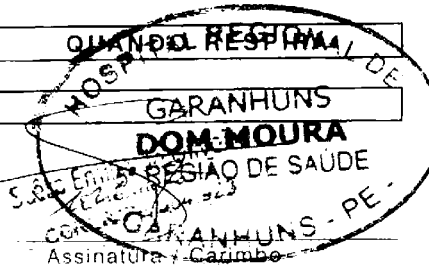
IRRADIAÇÃO DA DOR					
Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdôme

DOR PRESENTE		
EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA

Fluxograma:

Data: *10/06/16*

Assinatura





HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
SIMOA GOMES, HELIOPOLIS, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100

FICHA DE ATENDIMENTO

Atendimento realizado em: 10-06/2016 às 10:31:36
Local: CLINICA ORTOPEDICA

Atendimento prestado pelo paciente ou acompanhante:

025245121 - ARINEU ROSA MENDES

Nascimento: 15/07/1946

Idade: 69 anos

Sexo: Masculino

Casado(a)

Profissão: AGRICULTOR

Nacionalidade

País de origem: Brasileiro

Endereço

País

Quartido

Mãe: DONILA MAURICIO MENDES

Endereço: SÍTIO BELAMENTE Nº

Cidade: Garanhuns

Estado: PE

NETO

SÍTIO

verificado

14/06/16 10:40

Assinatura do profissional

Médico: Transcrição

Assinatura de S. Neto
Transcrição Ortopedia
Data: 13/06/2016
CPF: 185.458.564-00

12394

Melanie L. Loure Dte
por fresse

Assinatura

Nome

Nome

Endereço

Nome

Assinatura

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

Nome

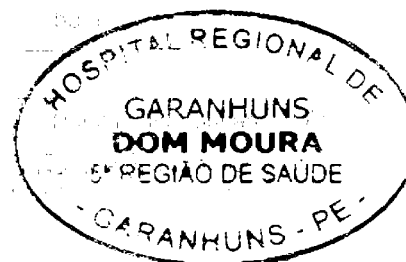
Nome

Nome

Nome

Nome

Nome



Motivo Fatura Dto
R2 La Balne - M
R2 Le Loue Dto

Endereço

M/M

Taxas

Jose Salgueiro S. Neto
Trauma - Ortopedia
CRM 12382-2
CPF 185 428 564-00

Exatidão: Sim ☐ Não ☐ Motivo

Ass. Enfermeiro

Ass. Médico

Condição da Alta

Curado ☐ Curado ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

Curado ☐ Curado ☐

Ina terado ☐ Exatidão ☐

Obito ☐

Jose Salgueiro S. Neto
Trauma - Ortopedia
CRM 12382-2
CPF 185 428 564-00

Responsabilidade para Internamento / Transferência

CRM 12382 Data 10/06/10 Hora

Responsabilidade para Internamento

Assinaturas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de todos os exames complementares e transporte se forem necessários

Nome Completo Legível

Assinatura

Assinatura imediata e final do paciente deste nosocômio, em conformidade com o disposto no art. 17, inciso I, da Lei nº 8.080/90, e suas alterações, e das demais que dele decorrem

Nome Completo Legível

Assinatura



[illegible]



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2016

Carta nº: 9762843

A/C: IRINEU ROSA MENDES

Sinistro: 3160557111 ASL-1058227/16
Vítima: IRINEU ROSA MENDES
Data Acidente: 10/07/2016
Natureza: DAMS
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM COBERTURA TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **30/08/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **10/07/2016** e, de acordo com a análise realizada, esclarecemos que o dano reclamado não é decorrente de evento sujeito à cobertura técnica pelo Seguro DPVAT.

Diante do exposto, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

Em caso de dúvida, entre em contato com a ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado, ou conosco por meio do 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01165/01166 - carta_10





PREFEITURA MUNICIPAL DE GARANHUNS
SECRETARIA DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Nº da Nota 000003543	Nº da Substituída
Data/Hora de Emissão 02/08/2016 às 15:40:00	Competência AGO/2016
Código de Verificação TLLI64710	Data Prest. de Serviço 02/08/2016

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ: 10.248.599/0001-30 **Inscrição Municipal:** 030.064-0
Razão Social: CASA DE SAUDE E MATERNIDADE N.S.P. SOCORRO LTDA
Endereço: AVN SIMOA GOMES 33 HELIOPOLIS 55290-000
Município: GARANHUNS **UF:** PE
Telefone: - **E-mail:** hpsocorro@hotmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: IRINEU ROSA MENDES
CPF/CNPJ/PAS: 03165072884 **Inscrição Municipal:**
Endereço: SÍTIO BELAMENTE 460 ZONA RURAL 55290-000
Município: GARANHUNS **UF:** PE
Telefone: **E-mail:**

SERVIÇOS

02-HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	VL. UNITARIO	VALOR TOTAL
1	REFERENTE A DESPESAS HOSPITALARES	1,0	3.195,89	3.195,89

VALOR TOTAL DA NFS-e R\$: 3.195,89

Deduções (R\$) 0,00	Base Cálculo (R\$) 3.195,89	Alíquota (%) 5,00	Valor do ISS (R\$) 159,79	Outras Retenções (R\$) 0,00
INSS (R\$) 0,00	IRRF (R\$) 0,00	CSLL (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00	PIS/PASEP (R\$) 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES





CASA DE SAUDE PERPETUO SOCORRO
10.248.559/0001-30 Fone: (87) 3762-2002
SIMOA GOMES HELIOPOLIS Garanhuns- PE CEP- 55296-250

Fatura Individual de Internação

Data de Emissão Tipo de Fatura
14/06/2016 Total

Informações do Paciente

Prontuario Paciente
000082303 IRENEU ROSA MENDES

Data de Nascimento Idade
15/07/1946 69 ano(s)

Telefone
(87) 99633-1711

Documento Endereço
031 650 728-84 BELAMENTE S/N ZONA RURAL

Cep
555560-660

Cidade Estado
Garanhuns

Informações do Convênio

Convênio Categoria Matricula Validade Autorização Senha
Particular

Informações do Atendimento

Nº de atendimento Caráter Tipo de Internação Regime de Internação Data de Entrada
126531 Urgência Emergência Cirurgica Clínica 10/06/2016

Data de Saída Motivo Saída
13/06/2016 Alta Melhorado

Duração Setor/Acomodação/Leito
0 dia(s) Quarto - QTO 21 - LEITO 1

Profissional Executante

JOSE SALGUEIRO DA SILVA NETO - Médico ortopedista e traumatologista

Procedimento Principal

1001 VISITA HOSPITALAR PACIENTE INTERNADO

Taxas

Posio - B

Código	Procedimento	Apresentação	Valor Unitário	Qtd.	Valor Total
	TAXA DE SAU. E SURT. AGRACE		RS 200,00	1,00	RS 200,00
80064493	TAXA MONIT. PAC. FREQ. CARD		RS 256,23	1,00	RS 256,23
800619122	TAXA DE INS. DE Sonda VESICAL		RS 27,70	1,00	RS 27,70
800619125	TAXA INST. DE SOROS		RS 6,93	1,00	RS 6,93
800619072	TAXA INTENS. IMG. BLOCO CIRG.		360,0	1,00	RS 360,00
800619126	TAXA DE CURATIVO		RS 18,47	1,00	RS 18,47
8	TAXA HOSPITALAR (10%)		290,01	1,00	RS 290,01
TOTAL			—	7,00	RS 1.159,34

Díarias

Posio - B

Código	Procedimento	Apresentação	Valor Unitário	Qtd.	Valor Total
808	D. AREA DE QUARTO		RS 180,00	3,00	RS 540,00
TOTAL			—	3,00	RS 540,00

Materiais

Posio - B

Código	Procedimento	Apresentação	Valor Unitário	Qtd.	Valor Total
0000097084	SER. NGA. 10ML. C/AB. 35X5 DESG.		3,56	20,00	RS 71,20
0000172262	TIRA REAGENTE ON CALL PLUSIEMR. IND. ISOLV. C.		3,07	1,00	RS 3,07
70613655	ALGODAO. 40/50 FIO. 2.5X5RS.		3,33	2,00	RS 6,66
0000097042	AGULHA 10X4.5 DESG.		2,4	1,00	RS 2,40
0000051231	LUVA PROCE. MENTO TAM. MESTER. L. PAR		3,01	14,00	RS 42,14
0000074179	SER. NGA. 10ML. C/AB. 25X7 DESG.		1,7	2,00	RS 3,40
0000175024	SER. NGA. 5ML. L. 10X10.5X1.5		2,54	6,00	RS 15,24
0000175024	ESPARADAP. 10X10.5X1.5		9,07	20,00	RS 181,40
0000175024	ALGODAO. 40/50 FIO. 2.5X5RS.		3,33	10,00	RS 33,30
0000047036	LIPO. C/AGULHA. ESTERIL. LATEX. SUP. NAT. 18-20. MAX. 10X10.5X1.5		4,5	1,00	RS 4,50
0000175024	COMPRESSA. 5X5. 100% MEX. 100% DESG.		0,56	2,00	RS 1,12
0000175024	ESTERIL. 10X10.5X1.5		11,59	1,00	RS 11,59
0000175024	ACESSO. P. 1/2. 10X10.5X1.5. 100% DESG.		11,59	1,00	RS 11,59
0000175024	LAJINHA. ESTERIL. 10X10.5X1.5. 100% DESG.		11,59	1,00	RS 11,59
TOTAL			—	64,00	RS 228,75

Bloco Cirurgico

Código	Procedimento	Apresentação	Valor Unitário	Qtd.	Valor Total
0000175024	ALGODAO. 40/50 FIO. 2.5X5RS.		3,33	30,00	RS 100,00



000000000	AVULHA 2 PAVILTRÓ SP/INJEÇÃO BR/STC	61.72	1.00	R\$ 61.72
000000000	AVULHA 30X12 DESC	6.4	1.00	R\$ 6.40
000000000	AVULHA 30X12 DESC	15.0	1.00	R\$ 15.00
000000000	AVULHA 30X12 DESC	10.09	1.00	R\$ 10.09
000000000	AVULHA 30X12 DESC	0.35	1.00	R\$ 0.35
000000000	AVULHA 30X12 DESC	172.5	1.00	R\$ 172.50
000000000	AVULHA 30X12 DESC	3.34	1.00	R\$ 3.34
000000000	AVULHA 30X12 DESC	5.66	1.00	R\$ 5.66
000000000	AVULHA 30X12 DESC	1.14	1.00	R\$ 1.14
000000000	AVULHA 30X12 DESC	7.63	1.00	R\$ 7.63
000000000	AVULHA 30X12 DESC	4.5	1.00	R\$ 4.50
000000000	AVULHA 30X12 DESC	2.04	1.00	R\$ 2.04
000000000	AVULHA 30X12 DESC	4.5	1.00	R\$ 4.50
000000000	AVULHA 30X12 DESC	0.73	1.00	R\$ 0.73
000000000	AVULHA 30X12 DESC	0.01	1.00	R\$ 0.01
000000000	AVULHA 30X12 DESC	30.93	1.00	R\$ 30.93
000000000	AVULHA 30X12 DESC	1.43	1.00	R\$ 1.43
000000000	AVULHA 30X12 DESC	2.36	1.00	R\$ 2.36
000000000	AVULHA 30X12 DESC	5.11	1.00	R\$ 5.11
000000000	AVULHA 30X12 DESC	12.86	1.00	R\$ 12.86
000000000	AVULHA 30X12 DESC	5.86	1.00	R\$ 5.86
000000000	AVULHA 30X12 DESC	4.27	1.00	R\$ 4.27
000000000	AVULHA 30X12 DESC	102.00	1.00	R\$ 102.00
000000000	AVULHA 30X12 DESC	564.23	1.00	R\$ 564.23

Medicamentos

Posto - B

Código	Procedimento	Apresentação	Valor Unitário	Qtd	Valor Total
000000000	AVULHA 30X12 DESC	61.72	1.00	R\$ 61.72	
000000000	AVULHA 30X12 DESC	15.0	1.00	R\$ 15.00	
000000000	AVULHA 30X12 DESC	10.09	1.00	R\$ 10.09	
000000000	AVULHA 30X12 DESC	0.35	1.00	R\$ 0.35	
000000000	AVULHA 30X12 DESC	172.5	1.00	R\$ 172.50	
000000000	AVULHA 30X12 DESC	3.34	1.00	R\$ 3.34	
000000000	AVULHA 30X12 DESC	5.66	1.00	R\$ 5.66	
000000000	AVULHA 30X12 DESC	1.14	1.00	R\$ 1.14	
000000000	AVULHA 30X12 DESC	7.63	1.00	R\$ 7.63	
000000000	AVULHA 30X12 DESC	4.5	1.00	R\$ 4.50	
000000000	AVULHA 30X12 DESC	2.04	1.00	R\$ 2.04	
000000000	AVULHA 30X12 DESC	4.5	1.00	R\$ 4.50	
000000000	AVULHA 30X12 DESC	0.73	1.00	R\$ 0.73	
000000000	AVULHA 30X12 DESC	0.01	1.00	R\$ 0.01	
000000000	AVULHA 30X12 DESC	30.93	1.00	R\$ 30.93	
000000000	AVULHA 30X12 DESC	1.43	1.00	R\$ 1.43	
000000000	AVULHA 30X12 DESC	2.36	1.00	R\$ 2.36	
000000000	AVULHA 30X12 DESC	5.11	1.00	R\$ 5.11	
000000000	AVULHA 30X12 DESC	12.86	1.00	R\$ 12.86	
000000000	AVULHA 30X12 DESC	5.86	1.00	R\$ 5.86	
000000000	AVULHA 30X12 DESC	4.27	1.00	R\$ 4.27	
000000000	AVULHA 30X12 DESC	102.00	1.00	R\$ 102.00	
000000000	AVULHA 30X12 DESC	564.23	1.00	R\$ 564.23	

Silo Cirúrgico

Código	Procedimento	Apresentação	Valor Unitário	Qtd.	Valor Total
90007255	AVULHA 30X12 DESC	61.72	1.00	R\$ 61.72	
90004569	BRACHIF. Resposta Hosp	15.00	1.00	R\$ 15.00	
90004233	DERMOLÓG	10.09	1.00	R\$ 10.09	
90000075	HEPIL. Resposta Hosp	0.35	1.00	R\$ 0.35	
90004119	NEODIANA. PRONEFRIA. Resposta Hosp	172.50	1.00	R\$ 172.50	
90000000	RIHOLK4. + PERMANENTE. Resposta Hosp	3.34	150.00	R\$ 501.00	
9000000079	RIHOLGODOL. + MED. FLEX. + B. Resposta Hosp	5.66	1.00	R\$ 5.66	
9000000077	RIHOLGODOL. + MED. FLEX. + B. Resposta Hosp	1.14	60	R\$ 68.40	
9000000074	TANALISA. BIL. CO. + MED. FLEX. + B. Resposta Hosp	7.63	5.00	R\$ 38.15	
TOTAL			—	163.00	R\$ 71.40



Resumo da fatura

Descrição	Qtd.	Valor Total
Tela	7,00	R\$ 150,30
Caixa	2,00	R\$ 540,00
Monitor	150,00	R\$ 690,40
Modem	272,00	R\$ 111,80
TOTAL	472,00	R\$ 3.195,89





CASA DE SAÚDE E MATERIDADE NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO
AV. SIMÃO GOMES, 33, HELIOPOLIS - GARANHUNS - PE, CEP 55296-250
CNPJ: 10.248.599/0001-30, FONE: (87) 3762-2002 - FAX: (87) 3762-2003

Número do Registro 126531	Data e Hora do Atendimento 10/06/2016 17:38	CNS 898000165713560	Local:	
Paciente: 000082303 IRENEU ROSA MENDES	Nascimento: 15/07/1946	Idade: 69	Sexo: Masculino	Cor: Sem informação
Estado Civil: Casado(a)	Profissão:	Naturalidade:		
Documento: 031.650.728-84	Filiação: Pai: Mãe: DONILA MAURICIO MENDES			
Endereço: SÍTIO BELAMENTE	Nº: S/N	Complemento:		
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: GARANHUNS	UF: PE	CEP: 55290-000	
Telefone fixo:	Telefone Celular: (87) 99633-1711			
Convênio: Particular	Categoria:	Matricula:		
Médico: JOSE SALGUEIRO DA SILVA NETO	CRM:			
Enfermaria: Posto - B	Leito: QTO. 21 LEITO 1			

Histórico:

*Tratame de fratura do
Após fratura de 2 tubos*

Anamnese:

Exame médico físico:

Dores de fratura + gesso

Diagnóstico:

Fratura de fêmur do

CD

Hipótese diagnóstica:

Ortose

Tratamento:

Tratamento cirúrgico

Data da alta:

13/06/16

Motivo:

Deixar o gesso

Eu, *Cláudio Augusto da Silva*, presente termo, autorizo aos médicos da CASA DE SAÚDE E MAT. N. SRA. PERPETUO SOCORRO a procederem no paciente acima relacionado, tudo que acharem necessário para o tratamento do mesmo (cirurgias, exames, transfusões, etc.) dando aos mesmos, plenos direitos para o tratamento indicado, conforme necessários e em observância às normas do decorrente de despesas não autorizadas pelos convênios, mas necessárias ao tratamento do paciente. Com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) NÃO TERÃO QUE FAZER NENHUMA COMPLEMENTAÇÃO nos procedimentos realizados neste nosocômio. Pacientes PARTICULARES será cobrada taxa administrativa de 10% sobre o valor da conta em pacientes internados.

Assinatura Médico: *Jose Salgueiro S. Neto*
CRM 1235-2
Assinatura / Responsável

Assinatura / Responsável





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

UNIDADE DE SAÚDE		NOME DO PACIENTE		NÚMERO DO REGISTRO	
CLÍNICA		OPERADOR		NÚMERO DO LEITO	
1ª ASSISTENTE		2ª ASSISTENTE			
INSTRUMENTADOR		ANESTESISTA			
ANESTESIA		DURAÇÃO			
DATA DA OPERAÇÃO		INÍCIO		FIM	
DIAGNOSTICO PRE-OPERATÓRIO					
DIAGNOSTICO POS-OPERATÓRIO					
OPERAÇÃO PROPOSTA					
OPERAÇÃO REALIZADA					

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Paciente sob anestesia com suporte de
 respiração + analgésico
 Colocados os campos operacionais
 Anestesia por pleuro
 Desincisão com fio e fixação e pleuro +
 Manobra
 Dreno de Jorgensen
 Intubação
 Curativo

José Sumihiro S. Neto
 Trauma - Ortopedia
 CRM 1235-2
 CPF 185.425.604-0

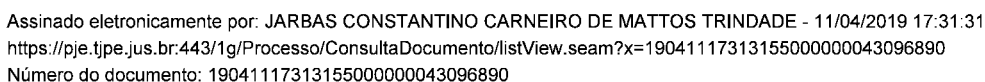




EVOLUÇÃO MEDICA

NOME IRINGU ROSA MENDES CATEGORIA: prof

ENFERMAGEM: B LEITO 23 Nº DO REGISTRO: 82303

[illegible]

12/06/16

Paciente C13EG
apost seu ^{Quais} ~~Confus~~ ^{clínica}
~~de~~ ~~plano~~ ~~de~~ ~~plano~~

13/06/16

Paciente C13EG
apost ~~seu~~ Confus
em ~~plano~~ Hospital

José Salgueiro S. Neto
Trauma / Ortopedia
CRM 1235-2
CPF 109.420.844-00





SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE () INVALIDEZ PERMANENTE (X) DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA IRINEU ROSA MENDES
DATA DO ACIDENTE 10/06/16 POSSUI CPF (X) SIM () NÃO Nº CPF 03165412884
VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS
() Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
() CPF do Representante Legal (cópia simples)
() Comprovante de residência do representante legal (cópia simples) ou declaração de residência (original)

Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, neste formulário.
Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
Todos os documentos devem estar legíveis

SOLICITAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE
() Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
() Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
() Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
() Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
() Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva. Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
() Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
() Documento de identificação da vítima (cópia simples)
() CPF da vítima (cópia simples)
() Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
() Autorização de pagamento (original), com documentos que comprovem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

(X) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
(X) Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
() Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
(X) Comprovação das despesas (prejuízos materiais fixos), custeado e comprovado pelos documentos necessários (despesas médicas, materiais e outros), juntamente com declaração de residência (original)
(X) Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
() Documento de identificação da vítima (cópia simples)
(X) CPF da vítima (cópia simples)
(X) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
(X) Autorização de pagamento (original), com documentos que comprovem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

() Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
(X) Certidão de óbito da vítima (cópia autenticada) () Sim () Não
() Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
() Documento de identificação da vítima (cópia simples)
() CPF da vítima (cópia simples)
() Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
() CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
() Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
() Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que comprovem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
() Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado Cópia Autenticada () Sim () Não

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

() Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
() Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)

() Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

() Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)

() Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)

() Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge

() Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheira(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

() Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

() Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

() Declaração de Únicos Herdeiros (original)

() Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)

() Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário (cópia simples)

() Outros Documentos apresentados

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome)

Qual o portador () Vítima () Beneficiário () Representante Legal () Portador

Assinatura

Data

Telefone

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Responsável pelo recebimento (Nome)

Assinatura

Data

Telefone



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2016

Carta nº: 9732482

A/C: IRINEU ROSA MENDES

Sinistro: 3160557111 ASL-1058227/16
Vítima: IRINEU ROSA MENDES
Data Acidente: 10/07/2016
Natureza: DAMS
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01765/01766 - carta_01





Garanhuns, 02 de Agosto de 2016.

RECIBO

R\$ 700,00

Declaramos para os devidos fins ter recebido do Sr. Irineu Rosa Mendes, portador do CPF: 031.650.728-84, a importância de R\$ 700,00 (Setecentos Reais); referente a material de órtese e prótese utilizado em procedimento cirúrgico em Junho/2016. Ao qual dou plena quitação pelo presente recibo.

Jailson da Silva Batista

Supervisor de vendas

WHITE PRODUTOS E MATERIAIS ORTOPEDICOS LTDA.

Av. Simão Gomes, 66, Heliópolis - Garanhuns/PE, CNPJ 21.593.471/0001-20

E-mail: jotinoco@ig.com.br / jailson.batista3@hotmail.com

Fone: (87) 8108-0070 / 9998-3817





PREFEITURA MUNICIPAL DE GARANHUNS
SECRETARIA DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Nº da Nota: 000000011
Nº da Substituição:
Data e Hora de Emissão: 12/08/2016 às 16:11:09
Competência: AGO/2016
Código de Verificação: RUJH19997
Data Prestação de Serviço: 12/08/2016

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ: 13.887.084/0001-79
Inscrição Municipal: 357.248-0
Razão Social: SALGUEIROS ASSISTENCIA MEDICA LTDA - ME
Endereço: AVN DJALMA DUTRA, 29, HELIOPOLIS, Cep 55296-290

Município: GARANHUNS
UF: PERNAMBUCO
Telefone:
E-mail:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: IRINEU ROSA MENDES
CPF/CNPJ: 031.650.728-84
Inscrição Municipal:
Endereço: SÍTIO BELAMENTE, 460, ZONA RURAL, Cep 55290-000

Município: GARANHUNS
UF: PE
Telefone:
E-mail:

SERVIÇOS

4.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E AMBULATORIAIS / 1 CIRURGIA NO DIA 11/08/2016	1,00	1.500,00	1.500,00
VALOR TOTAL DA NFS-e R\$:				1.500,00
Deduções IRR:	Base de Cálculo IRR:	Alíquota IRR:	Valor IRR R\$:	Dedução Retenção IRR:
0,00	1.500,00	2,00	30,00	0,00
Deduções IRPJ:	Base de Cálculo IRPJ:	Alíquota IRPJ:	Valor IRPJ R\$:	Dedução Retenção IRPJ:
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

DOCUMENTO EMITIDO POR MEI OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS E DE ISS

Imprimir em PDF

12/08/2016 1

