



Assinado eletronicamente por: INALDO LINS DA ROCHA - 29/05/2019 17:45:24

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052917452411500000045223517>

Número do documento: 19052917452411500000045223517

Atestado Médico

Paciente EUCLIDES ALVES DOS SANTOS

Atesto para os devidos fins que o(a) paciente acima nominado(a) foi atendido(a) neste serviço no dia 14/01/2019.

Necessitando de 15 (quinze) dias de afastamento de suas atividades laborais e/ou escolares.

Cabo de Santo Agostinho, 18 de janeiro de 2019.

Dra. Mariana S. de Almeida Araújo
Médica
CREMEPE: 26413 CRM-PB 10287

DR. MAVINIER MENDES DE OLIVEIRA
CRM: 18569

*Os médicos somente podem fornecer atestados com diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único. No caso da solicitação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado. Portanto, o médico não está obrigado a colocar o diagnóstico ou CID-10 no atestado médico, salvo pelas razões supracitadas.

Fisioterapia

Data do atendimento: ____/____/____

Paciente:

EUCLIDES ALVES DOS SANTOS

Solicito Fisioterapia motora

Indicação clínica:

FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Nº vinte (20) sessões

Cabo de Santo Agostinho, 18 de janeiro de 2019

Dra. Mariana S. de Almeida Araújo
Médica
CREMEPE: 26413 CRM-PB 10287

DR. MAVINIER MENDES DE OLIVEIRA
CRM: 18569



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 082ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE -
DP82ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0172000076**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/01/2019** às **14:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **13/1/2019** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DA COROA GRANDE, 01 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DA COROA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
EUCLIDES ALVES DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): EUCLIDES ALVES DOS SANTOS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

EUCLIDES ALVES DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ALDECI ALVES DE MOURA
Pai: **LUIZ EUCLIDES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **15/5/1994** Naturalidade: **BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **40970903804 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 991267178**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DA COROA GRANDE, 01, RUA DO CAMPO, S/N, BAIRRO LIVIO TENORIO, SAO JOSE DA COROA GRANDE / PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DA COROA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DA COROA GRANDE, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DA COROA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EUCLIDES ALVES DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EUCLIDES ALVES DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFU4976** (PERNAMBUCO/SAO JOSE DA COROA GRANDE) Chassi: **9C2KC1680CR453054**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

25/01/2019 14

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **LARANJA** Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NAO** (PERUAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

AFIRMA A VITIMA POR NOME EUCLIDES ALVES DOS SANTOS QUE ESTAVA CONDUZINDO O VEICULO MOTO DE PLACA PFU 4976 , DE COR PRETA E MODELO CG 150CC , QUANDO UM VEICULO DE MARCA E MODELO NAO INDETIFICADOS ATRAVESSOU REPENTINAMENTE A FAIXA DE ROLAMENTO SEM SINALIZAR NAS PROXIMIDADES DA ENTRADA DESTA CIDADE DE SAO JOSE DA COROA GRANDE , QUE A VITIMA NAO TEVE REACAO DE FREADA E HOUE A COLISAO , QUE NO ATO O CONDUTOR DO VEICULO AUTOR DO FATO EVADIU-SE DO LOCAL E A VIITMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES AO HOSPITAL MUNICIPAL DESTA CIDADE E POSTERIORMENTE TRANFERIDO A OUTRA UNIDADE HOSPITALAR COM LESOES NA TIBIA DA PERNA ESQUERDA E ESCORIAOES PELO CORPO. SEM MAS ENCERRO ESTE BO.

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

Euclides Alves dos Santos

EUCLIDES ALVES DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LUCIANO DE FRANCA DA SILVA** - Matrícula: **297068-6**





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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005843-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ALDECIR ALVES DE MOURA

CPF 108 259 348-69

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI CUNHA 6

CAMPO/SAO JOSE DA COROA GRANDE
SAO JOSE DA COROA GRANDE PE
55565-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
081874188	ÚNICA	13/05/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/05/2019	2011173148	3552034

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7005803831	05/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA
20/05/2019	11/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	179,57

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	194,0000000	0,78074657	151,46
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,13
Contrib. Ilum. Pública Municipal			20,14
Multa por atraso-NF 053986353 - 14/03/19			2,78
Juros por atraso-NF 053986353 - 14/03/19			2,08
Atualização IGPM-NF 053986353 - 14/03/19			1,96
TOTAL DA FATURA			179,57

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
Nº1986	CAT	11-04-2019	19 192,00	13-05-2019	19 386,00	32	1,00000		194,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	CONSUMO (kWh)
MAR 19 194	
ABR 19 177	
MAR 19 198	
FEV 19 168	
JAN 19 167	
DEZ 18 190	
NOV 18 171	
OUT 18 185	
SET 18 140	
AGO 18 145	
JUL 18 143	
JUN 18 168	
MAR 19 168	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	25,00	38,14
PIS	1,10	1,77
COFINS	5,31	8,19

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Geração de Energia	48,28	31,85%
Transmissão	5,40	3,54%
Distribuição (Celpe)	32,78	21,48%
Perdas de Energia	10,32	6,76%
Encargos Setoriais	7,70	5,05%
Tributos	48,10	31,82%
Total	152,68	100%

Consumo Ativo(kWh)

TARIFAS APLICADAS

0,93457718

DESPESAS 3500 B F 02 ABAA SF 23 DETA 732A 0026

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para obter o preço mais justo de acordo com o consumo real, a Celpe adotou o Tarifário Social de Energia Elétrica. Este tarifaço não é uma tarifa fixa, mas sim, uma tarifa que varia de acordo com o consumo real. O cliente deve acompanhar o consumo real e, caso necessário, solicitar a alteração do plano de consumo. O cliente deve também acompanhar o consumo real e, caso necessário, solicitar a alteração do plano de consumo. O cliente deve também acompanhar o consumo real e, caso necessário, solicitar a alteração do plano de consumo.

ATENÇÃO A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

EM ATÉ 15 DIAS, CERTAS EXISTENTES CAUSAM CORTE					
Vencido	Exatidão	Valor	Vencido	Exatidão	Valor
15/04/19	13/05/19	154,18			

Este comunicado NÃO substitui avisos de débitos anteriores e NÃO contém dados em discussão judicial. Caso o consumidor não pague o débito anterior até a data de vencimento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também ocorrer cobrança de juros e multa por atraso no pagamento. O consumidor deve acompanhar o consumo real e, caso necessário, solicitar a alteração do plano de consumo.

Não existem débitos de 2018 e 2019 em aberto. Este comunicado substitui, para o consumidor, o comprovante de pagamento do consumo real e, caso necessário, solicitar a alteração do plano de consumo.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

BARREIRO	VALOR ANUALIZADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	2,00	6,00	12,00	24,12
FG	1,00	3,00	6,00	12,00
DMC	2,00	3,50	6,00	0,00

Limite DIC: 12,22

EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 55,50

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202 - 231

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7005803831	05/2019	20/05/2019	179,57

83860000001-8-79570011007-1 00580383110-3 13977391773-1



Assinado eletronicamente por: INALDO LINS DA ROCHA - 29/05/2019 17:45:24

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052917452425100000045225770

Número do documento: 19052917452425100000045225770



Lins Rocha

ADVOCADOS

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

Termo de Contrato de Prestação de Serviços Advocatícios que fazem **INALDO LINS DA ROCHA** e **EUCLIDES ALVES DOS SANTOS** na forma abaixo: **I - CONTRATANTE(S):** **EUCLIDES ALVES DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, graniteiro, e portador do RG sob nº 44.175.626-8 SSP/SP, CPF nº 409.709.038-04, e residente e domiciliado no Sítio Cunha, s/n, Livio Tenório, São José da Coroa Grande/PE CEP:55565-000.Telefone: (81)98975-1149. **II - CONTRATADO:** **INALDO LINS DA ROCHA**, com sede na Rua Dom Luiz, 252-A, - Centro, Barreiros/PE CEP: 55560-000 - Barreiros - Estado de Pernambuco, aqui denominado CONTRATADO. **III - OBJETO DO CONTRATO:** O presente contrato tem por objeto a prestação dos serviços profissionais do CONTRATADO na defesa dos direitos do (a) CONTRATANTE (s), ação de indenização de seguro DPVAT, bem como a defesa de ações impetradas pela mesma em face deste mesmo contrato. **IV - VALOR DO CONTRATO:** Acertam as partes que o CONTRATANTE pagará como honorários, os valores abaixo estipulados: a) 30% sobre o valor do acordo ou condenação. Todos os valores, acima citados, serão corrigidos monetariamente anualmente, quando de sua cobrança, pelo INPC (Índice Nacional de Preço ao Consumidor), ou outro índice que venha suceder-lhe; c) No caso de inadimplência em qualquer das parcelas citadas no item a, resultará na multa contratual de 10% (dez por cento), honorários de 20% (vinte por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês; d) Faculta-se ao CONTRATADO renunciarem aos poderes conferidos na (s) procuração (s), em caso de atraso nas parcelas ou infração contratual, por ser este um motivo justo para tal acontecimento. e) Os honorários advocatícios de sucumbência pertencem exclusivamente ao CONTRATADO. f) Existindo necessidade de atuação em sede de Tribunal em face Recurso interposto pela parte Autora ou Ré, do Reclamante ou do Reclamado, e/ou a Ação tenha, por reexame necessário ou por quaisquer outros motivos, que tramitar em segundo grau de jurisdição, acrescentar-se-á aos honorários contratuais avençados o percentual de 5% (cinco) por cento sobre o acordo, condenação e/ou sobre o proveito econômico obtido no feito. **V - COMPROMISSOS:** a) O CONTRATADO se compromete a zelar pelos interesses do CONTRATANTE (s); b) O CONTRATANTE serão representado no processo pelos advogados constante do instrumento procuratório que lhe for outorgado. No caso do CONTRATADO necessitar afastar-se por algum período desta Comarca, ou mesmo ofertarem os préstimos em outra (s) Cidades (s), o CONTRATANTE(s) autoriza, desde já, o subestabelecimento dos poderes conferidos pela devida procuração, ficando, entretanto, sob a responsabilidade, única e exclusiva do CONTRATADO a remuneração destes profissionais; c) O CONTRATANTE (s) deverão remeter os documentos solicitados pelo CONTRATADO, não restando ônus a este pela ausência da remessa dos documentos necessários à causa na data aprazada; d) Os serviços auxiliares e correlatos, que não exijam a atuação do CONTRATADO, poderão ser feitos por terceiros e serão pagos pela CONTRATANTE(s), desde que haja, antes, um comunicado e autorização desta, salvo quando determinado pelo Juiz da causa, onde será um ônus do (s) CONTRATANTE(s); Perícia (Recálculo da Dívida), por conta da CONTRATANTE(s). e) As custas e demais despesas judiciais ou extrajudiciais correrão por conta exclusiva do(a) CONTRATANTE(s), que será o único responsável pelas consequências do não pagamento das mesmas nas épocas oportunas; f) Os honorários de sucumbência pagos pela(s) parte(s) adversa da questão pertencem exclusivamente ao CONTRATADO, que podem cobrar de forma conjunta ou isoladamente; g) Faculta-se ao CONTRATADO considerarem rescindido o presente contrato - mediante comunicação prévia -- e, por tal motivo, vencidos e imediatamente exigíveis os honorários previstos no item IV(Valor do Contrato), como se a CONTRATANTE (s) fosse vencedora na ação: (i) na hipótese do(S) CONTRATANTE (s) vir a fazer acordo com a parte adversa sem o concurso do CONTRATADO;(ii) se cassada(s) a procuração (s) outorgada, de forma imotivada;(iii) se o CONTRATANTE (s) pedir recuperação judicial ou tiver sua falência decretada;(iv) se o CONTRATANTE (s) deixar de cumprir quaisquer das obrigações previstas neste contrato e não remediar o descumprimento dentro de (03) três dias, contados da data que lhe seja dado ciência (por qualquer forma), ressalvado o previsto no item (vi) abaixo;(v) se o CONTRATANTE (s) deixa de realizar algum pagamento devido aos CONTRATADOS por prazo superior a 60(sessenta) dias;(vi) caso o CONTRATANTE (s) resolva não prosseguir por motivos pessoais ou que independam da vontade, ou mesmo contratando novo(s) Advogado (a) para a(s) causa(s) aludida(s) neste contrato, deduzindo-se, na hipótese, os valores eventualmente pagos; h) o CONTRATADO fica autorizado a receber valores, da parte contrária ou de terceiro, relacionados com o objeto exclusivo deste Contrato, devendo, para tanto, levar ao conhecimento do (s) CONTRATANTE(s), imediatamente; i) havendo necessidade ou assim requerendo o CONTRATANTE (s), as viagens para acompanhamento de recursos junto aos Tribunais Superiores e Regionais, serão feitas por via aérea, correndo as passagens, bem assim todas as despesas de alimentação e diárias de hotel por conta da mesma. O presente pacto na compreende a eventual necessidade de sustentação oral que, havendo interesse por parte dos CONTRATANTE (s) deverá manifestar-se e concretizar contrato específico para esta finalidade, com acerto de nova verba honorária específica; j) o não exercício ou a demora, por uma das partes, em exercer algum direito relativo a este contrato não será tida como renúncia a esse direito por essa parte ou como alteração deste contrato; l) em caso de figurar mais de um CONTRATANTE (s) no presente contrato, estes serão devedores solidários um dos outros(CC, art. 275); m) fica acertado entre as partes que as informações prestadas entre as mesmas serão consideradas confidenciais e deverão ser mantidas em absoluto sigilo por ambas. Sobre tudo no que tange aos trabalhos técnico-jurídicos desenvolvidos pelo CONTRATADO a (os) CONTRATANTE(s) deverá manter sob o mais absoluto sigilo perante terceiros, inclusive do teor do presente contrato. A obrigação de confidencialidade disposta nesta cláusula perdurará mesmo após o término, rescisão ou extinção do presente contrato; **VI - DAS COMUNICAÇÕES:** a) Todas as comunicações e notificações entre as partes relativas a este contrato deverão ser feitas por escrito, fax ou telegrama, destinadas aos endereços abaixo citados: Para o CONTRATADO: Rua Dom Luiz, 252-A, Centro - Barreiros - Pernambuco; Para o (a) CONTRATANTE e residente e domiciliado no Sítio Cunha, s/n, Livio Tenório, São José da Coroa Grande/PE CEP:55565-000. (b) as comunicações serão consideradas recebidas: (i) quando enviadas por escrito, no momento de seu recebimento por quem se apresente a recebê-la no endereço ora mencionado; (ii) se enviadas por fax, no momento em que for confirmada a transmissão; (iii) em caso de mudança de endereço, tacitamente terá ciência aquele que ausentar-se sem avisar a outra parte contratante, arcando com o este ônus e nada podendo alegar neste tocante em seu proveito. **VII - DO FORO:** Para a solução de questões decorrentes deste Contrato, fica eleito o foro da Comarca de Barreiros - PE. E por estarem justas e acertadas, assinam o presente em 02(duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02(duas) testemunhas instrumentárias.

Barreiros - Pernambuco, 14 de Maio de 2019.

Inaldo Lins da Rocha
Contratado

Testemunha

EUCLIDES ALVES DOS SANTOS
Contratante

Testemunha

675-3714 | (81) 9 8740-4527

Rua Dom Luiz, 252, 1º Andar - Centro
Barreiros - PE - CEP: 55560-000



www.linsrocha.adv.br

obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las. Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Converse e discussão no trabalho predisponem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflicta sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la. Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 55242 Série 000053



Enaldes Alves da Rocha

ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome: Euclides Alves dos Santos

Loc. Nasc. Barreiras Est. PE Data 15/05/1994

Filiação: João Euclides dos Santos
Glécia Alves de Moura

Doc. Nº RG 44.175.626-8 SSP-SP

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. Nº
Exp. em Estado
Obs.:
Data Emissão 22 / 01 / 2010 SRTE São José da C. Grande PE
CRISTINA MENDES DA SILVA
Assinatura do Participante
Insc. nº 99.444

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

None

Doc...

Nome

Doc...

Nome

Doe...

1

[illegible]

000000

NASCIP

0000000000

[illegible]



Lins Rocha

DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, EUCLIDES ALVES DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, graniteiro, e portador do RG sob nº 44.175.626-8 SSP/SP, CPF n.º 409.709.038-04, e residente e domiciliado no Sítio Cunha, s/n, Lívio Tenório, São José da Coroa Grande/PE CEP:55565-000. Declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e da minha família, sendo, pois, para fins de concessões do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da aceção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estou sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplina no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Barreiros, 14 de Maio de 2019.


EUCLIDES ALVES DOS SANTOS,





AV. JOÃO FRANCISCO DE MELO, 1013 - LOJA 1
CENTRO, SÃO JOSÉ C. GRANDE/PE
CEP: 55565-000
CNPJ: 32.009.593/0001-43
Inscrição Estadual: 080119158

São José C. Grande, 21/10/2019

Nome: João Francisco de Melo

End.: Buiades

02	Elpalexime	20.00

TOTAL 20.00


ASSINATURA DO CLIENTE



AV. JOÃO FRANCISCO DE MELO, 1013 - LOJA 1
CENTRO, SÃO JOSÉ C. GRANDE/PE
CEP: 55565-000
CNPJ: 32.009.593/0001-43
Inscrição Estadual: 080119158

São José C. Grande, 25/12/2019

Nome: Buiades

End.: João Francisco de Melo

01	Paracetol	12.00
02	Velumid	100.00

TOTAL 112.00


ASSINATURA DO CLIENTE



GUT & JÔ MEDICAMENTOS LTDA ME Avenida João Francisco de Melo, 199 - Centro São José da Coroa Grande - PE CEP: 55.565-000		 NOTA FISCAL DE VENDA AO CONSUMIDOR Data Limite p/ Emissão: 13/07/2017	MOD. 2 SÉRIE D - 1	
			2394	
CACEPE 0373416-18 CNPJ 10.503.272/0001-68 CNAE: 4771-7/01		DATA DA EMISSÃO 19/01/19		
1ª VIA - CLIENTE 2ª VIA - CONTADOR 3ª VIA - FIXA				
NOME: _____ END.: _____				
QUANT.	UNID.	DESCRIÇÃO DAS MERCADORIAS	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
01		PARACETAMOL + COCAÍNA 500mg + 30mg c/24 EUNOPARMA		30,00
NO VALOR DA MERCADORIA, VOCÊ ESTÁ PAGANDO			% DE ICMS.	TOTAL R\$
REFILEGRAF EDITORA LTDA - Rua Oliveira Lima 88 - Centro - Barreiros/PE - CNPJ 05.833.941/0001-20 Cred. 22/2003 de 22/10/2003			10 Tis. 50x3 de 2001 a 2500 AIDF Nº 2014023424 em 14/07/2014	

[illegible]

GUT & JO MEDICAMENTOS LTDA ME

CNPJ - 10.503.272/0001-88 IE - 037341618
AV JOAO FRANCISCO DE MELO, 199
CENTRO
CEP 55565-000
SAO JOSE DA COROA GRANDE - PE
Telefone: (81) 3688-1736

**Documento Auxiliar da Nota Fiscal de
Consumidor Eletrônica**

Código	Descrição	Qtde	Vi Unit.	Desconto	Valor Total
7898031313485	ALCOOL 70% (UNIPHAR) 50ML	1	UN	3,00	3,00
7898619730035	OLEO DE GIRASSOL (AGESAN) 200ML	1	UN	14,50	14,50

Qtde total de itens 2
Desconto Total 0,00
Valor Total 17,50

Forma de Pagamento Valor Pago
Dinheiro 17,50
Troco R\$ 0,00

Informação dos Tributos Totais Incidentes
(Lei Federal 12.741/2012)

Via Consumidor
Número 33684 Série 1
Emissão 19/01/2019 12:07:25

Consulte pela Chave de Acesso em
nfe.sefaz.pe.gov.br/nfce/consulta

CHAVE DE ACESSO
2619 0110 5032 7200 0168 6500
1000 0336 8410 0096 8393

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

Consulta via leitor de QR Code



Protocolo de Autorização 326190045052501
19/01/2019 12:11:52

Distribuído por IDEALSOFT

GUT & JO MEDICAMENTOS LTDA ME

CNPJ - 10.503.272/0001-88 IE - 037341618
AV JOAO FRANCISCO DE MELO, 199
CENTRO
CEP 55565-000
SAO JOSE DA COROA GRANDE - PE
Telefone: (81) 3688-1736

**Documento Auxiliar da Nota Fiscal de
Consumidor Eletrônica**

Código	Descrição	Qtde	Vi Unit.	Desconto	Valor Total
7896714203768	DIOSMINA+HESPERIDINA 450/50 (FLAVONID) C/30	1	CX	25,00	25,00

Qtde total de itens 1
Desconto Total 0,00
Valor Total 25,00

Forma de Pagamento Valor Pago
Dinheiro 25,00
Troco R\$ 0,00

Informação dos Tributos Totais Incidentes
(Lei Federal 12.741/2012) 3,36

Via Consumidor
Número 39194 Série 1
Emissão 22/02/2019 16:17:39

Consulte pela Chave de Acesso em
nfe.sefaz.pe.gov.br/nfce/consulta

CHAVE DE ACESSO
2619 0210 5032 7200 0168 6500
1000 0391 9410 0102 4682

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

Consulta via leitor de QR Code

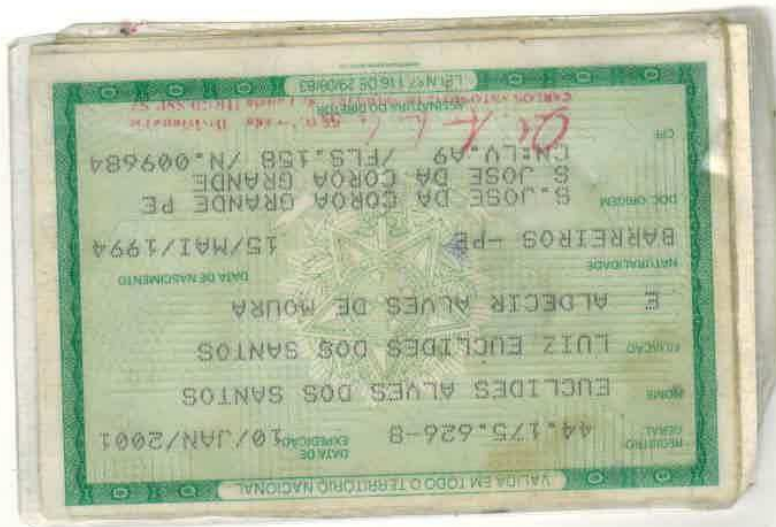




Protocolo de Autorização 326190130017342
22/02/2019 16:20:40

Distribuído por IDEALSOFT







 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		 GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Euclides Alves dos Santos</u>		Registro: <u>112820</u>		Leito: _____	
Procedimento cirúrgico: <u>Trat. fratura distal da tíbia e</u>		Data: <u>17/01/19</u>		Hora: _____	
DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		HORÁRIOS	
1. Ansiedade ()		<input type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input checked="" type="checkbox"/> Outros			
2. Ventilação prejudicada ()		<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR <input checked="" type="checkbox"/> Instalar <input checked="" type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros			
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado		<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____ h <input type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição <input type="checkbox"/> Registrar se: () Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> outros			
4. Dor () Local: <u>TO</u> () Leve () Moderada () Severa		<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <input type="checkbox"/> avaliar a localização e a intensidade da dor <input type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input type="checkbox"/> outros			
5. Integridade tissular prejudicada ()		<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo a cada ____/____ h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de ____/____ h <input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ____ h <input type="checkbox"/> Outros			
6. Sangramento () Local: <u>TO</u> () Leve () Moderada () Severo		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____/____ min <input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros			
7. Imobilidade no leito prejudicada ()		<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: _____			

CÓD. 38605



Assinado eletronicamente por: INALDO LINS DA ROCHA - 29/05/2019 17:45:24

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052917452469000000045225778

Número do documento: 19052917452469000000045225778

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORARIOS
8. Desidratação ()	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h <input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade de mucosa <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária <input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele <input type="checkbox"/> outros	
9. Êmese () Náusea ()	<input type="checkbox"/> Registrar aspectos e quantidade de episódios <input type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE <input type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada <input type="checkbox"/> Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevado	<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de / h e comunicar se estiver abaixo de 35° C ou acima de 37°C <input type="checkbox"/> Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica <input type="checkbox"/> Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente <input type="checkbox"/> Outros	
11. Choque Hipovolêmico ()	<input type="checkbox"/> Aferir sinais vitais a cada / min. <input type="checkbox"/> Avaliar coloração e umidade da pele <input type="checkbox"/> Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O. Verificar sinais como: <input type="checkbox"/> Taquicardia; <input type="checkbox"/> Palidez cutânea; <input type="checkbox"/> Pulso irregular; <input type="checkbox"/> Pele fria; <input type="checkbox"/> Perda da Consciência <input type="checkbox"/> Outros	
12. Risco de Infecção ()	<input type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: AVP + FO <input type="checkbox"/> Examinar F.O. e registrar alterações <input type="checkbox"/> dor; <input type="checkbox"/> Calor; <input type="checkbox"/> Rubor; <input type="checkbox"/> Edema. <input type="checkbox"/> Outros	
	<input type="checkbox"/> Outros	

G - Sonda Nasogástrica


PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÊC. EM ENFERMAGEM - D -	TÊC. EM ENFERMAGEM - N -
---	---------------------	--------------------------	--------------------------

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARAGESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

17/01/19

Paciente

EUNICLIDES ALVES DOS SANTOS

Sexo

M

Cor

PD

Idade

24

Risco

ASA I

CRM

17277

Nome do Anestesiologista

MARIA EMILIA

Nome do Cirurgião

HOMERO RODRIGUES

Medicação Pré-anestésica

Não

RM 112920

Urgência

☒ NÃO☐ SIM

Cirurgia

Tto cirúrgico fratura de fêmur (E)

Horário

11:00

N₂O

líquidos

SaO₂ETCO₂

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

① midaxam

05mg

② Bupivacaína 0,5%

15mcg

③ morfina

80mcg

④ cefazolina

02g

⑤ dexametasona

10mg

⑥ dipirona

02g

⑦ cefepime

100mg

⑧ ondansetrona

04mg

O₂ cateter nasal

u

⑨ fentanil

100mcg

Técnica Anestésica Raquianestesia:

DDH → monitorização → venoclise
 se prius potente HFO → sentado
 talto → assina de dorso →
 punção raquidiana media-
 na L4-L5 e agulha quineke
 25g → saída 1cc → infusão
 de ② + ③ → DDH → ma-
 nutenção ~ ~ ~ ~ ~

Monitorização

☒ Cardioscópio☒ Oxímetro☒ PNI☐ Sonda Vesical☐ Capnógrafo☐ Estet. Pré-Cordial☐ Outros☐ BIS☐ Temperatura☐ Swan-Ganz☐ Analisador Gases☐ PVC☐ Estimulador de Nervo☐ Linha Arterial☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado☐ Sonolento☐ Intubado

Destino

☒ SRPA☐ Apart/Enf.☐ UTI☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO☐ SIM

Descrever:

Vizum ok
 não alergias ou comorbidades

Observações:

Assinatura do Anestesiologista

Dr. Maria Emilia Cavallito
 CPF: 012345678
 CRM: 17277/GO

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.....: 17/01/2019
Hora.....: 15:44

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 39586 Sala : 0003 SALA 03
Paciente : 112820 EUCLIDES ALVES DOS SANTOS
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Atendimento : 477881
Leito : 709 403 - 03 - LT TRAUMA Carteira :
Dt. Início : 17/01/2019 11:50 Dt. Fim : 17/01/2019 12:10 Idade : 24 Anos
Cid Pré-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Cid Pós-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 13526 HOMERO RODRIGUES SILVA NETO
ANESTESISTA 17271 MARIA EMILIA COELHO COSTA CARVALHO 12 JAN 2019

Descrição

Descrição Cirúrgica

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. LAVAGEM DO MID COM PVPI DEGERMANTE E SF0,9 %
3. ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO MEDIANA JOELHO ESQUERDO
5. PASSAGEM DE FRESA , COLOCAÇÃO DE FIO GUIA , FRESAGEM DE CANAL MEDULAR
6. COLOCAÇÃO DE HASTE MEDULAR NUMERO 36 SOB FLUOSCOPIA
7. COLOQUEIOS DISTAIS 2 PARAFUSOS COM GABARITO
8. BLOQUEIO PROXIMAL COM DOIS PARAFUSOS
9. LAVAGEM COM SF 0,9 %
10. SUTURA TENDÃO PATELAR , SUBCUTANEO E PELE
11. SUTURA DE PELE
12. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

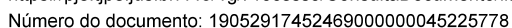
Descrição Complementar

Jr. Homero Rodrigues
Ortopedia / Traumatologia
CRM 13526

DR(A) : HOMERO RODRIGUES SILVA NETO
CRM : 13526

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA


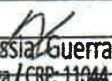




EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Eucledes Alves Registro: 119820

Clínica: _____ Enfermaria: 0606 Leito: 403-3

Data/Hora	# Serviço Social #
14/01/19	Realizado atendimento social a genitora do pct. Preenchida a entrevista social e prestadas orientações quanto ao fluxo e rotina do HDM e seguro DPVAT.
	 Cibele Maria da Silva Ferreira Assistente Social CRESS nº 10193 - 4ª Região/PE
16-01-19 17:30h	- Psicologia. Realizado acolhimento. pct no momento encontra-se alerta, orientado, sem queixas.
	 Mª Cássia Guerra Psicóloga / CRP: 11044
	Atendimento Nutricional Data: <u>16/01/19</u> Hora: <u>17:16</u> HS Nutricionista Responsável: <u>[Assinatura]</u>



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação
Nome: Euclides Alves de Jesus Registro: 112820
Idade: 50 Sexo: M Estado Civil: casado Cor: branco Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: gato Enfermaria: 700 Leito: 10 Ocupação: professor

Queixa Principal e Duração: Artrite autoimune

História da Doença Atual: Paciente chegou de febre
alta de 10 dias de internação em MHC

Interrogatório Sintomatológica: Do e poeira - em peso



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Eucides Alves de Santo Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Observações
16/01/19	# Oligoanestesia RT sempre internado agudo p/ Hto agudo de fratura EBU/AMA/aba/legua
18/01/19	# Oligoanestesia Paciente em 1-672 d frat de fúleo, seu surgiu no Hto e curso decurrido Oligoanestesia

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia/Traumatologia
CRM/RJ 26693

Dr. Mariana S. de Almeida Araújo
Médica
CRM/RJ 10287



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Eulides Alves dos Santos Registro: _____

Clínica: Orto Enfermaria: tro Leito: _____

Data/Hora	
	# Admissão
14-1-19 1:46	laurei culus da audição separa dependência de pulmão
	# Hd. Frat. exposto photo franco
	cd. AO BLOCO
	<div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Dra. Mariana S. de Almeida Araújo Médica CRM-PE 66113 CRM-PR 10287</div>
14-01-19 10h	PPq Poi. Frat. expost. Tibia E + Fixador; EGR; Complente orientado; eufórico; afável; realizado curativos occlusivos. Durus (+); acuta disto. v.o. segue na JBPB sob os cuidados da equipe
15/01/19	# Detecção
	Pf. segue internado em uso do fixador externo removido / Hto definitiva EGR / BAA / Hto / Equipes

Dr. Inácio Daltro
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26693



Exame Físico:

RLG LOTÃO
Deficiência de NTS
Gonorréia em fase (E)

Nuliparidade (+)

Antecedentes Pessoais:

Nfe

Medicações em Uso

Nfe

Antecedentes Familiares:

Nfe

Hipótese Diagnóstica Principal:

Fratura de platô ilíaco (E)
exposta

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

AO BROW

Cabo de Santo Agostinho, 14.1.19

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

SUHA OTOPIA D. MELDEL 5598142



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



UNIDADE MISTA OSMÁRIO OMENA DE OLIVEIRA

FICHA PARA ENCAMINHAMENTO E RETORNO

ORIGEM DO PACIENTE

Unidade de Saúde: _____

Município: SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE

DESTINO DO PACIENTE

Unidade de Saúde: HOSPITAL D. MELDEL / OTOPIA

Município: CABO

DADOS DO PACIENTE

Nome: RUBÉCIA A. SANTOS

Data do Nascimento: 15/05/94 Idade: 24 Sexo: F

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____

Sintomas: _____

Diagnóstico Suspeito: ERISPELA EXPOSITA M.I. BLOQUED

Exames Requisitados: _____

Médico: [Assinatura] Data: 13/10/19

GILBERTO COSTA
CRM 4503

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL OU CONFIRMADO

Exames Feitos: _____

Diagnósticos: _____

Especialidade: _____ Onde: _____



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 13/01/2019 23:36

Nome Paciente: EUCLIDES ALVES DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 15/05/1994
Sexo: Masculino
Idade: 24
Senha: 0046
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 13/01/2019 23:46 - 13/01/2019 23:49

CAMILLA PONTES CASTELO BRANCO - COREN: 414001 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA - VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO DE SAO JOSE DA COROA GRANDE SENHA: 5598142. RELATA TRAUMA EM MID POR COLISAO MOTO -CARRO. REFERE ESTAR DE CAPECETE E NEGA EMESE/CEFALEIA E DESMAIO

Observação: HAS-
DM-

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SSVV ALTERADOS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Página 1 de 1

Acolhido(a) por: CAMILLA PONTES CASTELO BRANCO - COREN: 414001 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/01/2019 23:49

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Assinado eletronicamente por: INALDO LINS DA ROCHA - 29/05/2019 17:45:24

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052917452492900000045225781>

Número do documento: 19052917452492900000045225781

Num. 45922947 - Pág. 2



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 477869

Senha da Classificação:

0046

Data e Hora: 13/01/2019 23:53

Paciente: 112829 EUCLIDES ALVES DOS SANTOS Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 15/05/1994 Idade: 24 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: ALDECIR ALVES DE MOURA Nome do Pai: LUIZ EUCLIDES DOS SANTOS
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Endereço: SÍTIO CUNHA Bairro: CENTRO
Cidade/UF: SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE PE Usuário Atendimento: AMANDAMMS
RG (Identidade): 44.4756268 SSP-PE Data de Emissão: 10/01/2001
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 989751149
Cartão SUS: 898002362697519 Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Ponto vermelho de pus no antebraço
referido em M.E.

Exame Físico

BC e LOTO AAA.
Defendidos de M.E. Solos de
contundidos de pele em puno espessado

Hipótese Diagnóstica

Frot. de placa inicial?

Conduta Terapêutica

Ant. R+T

Prescrição Médica

① Cefotax 2g + AD EV
② STQ91 EV 100ml

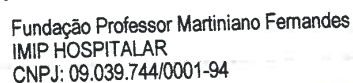
AOBUC

Carimbo/Médico
Dra. Mariana Almeida Araújo
Médica
CREMEPE: 26413 CRM-PB 10287

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:







Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 112820

Nome: EUCILDES ALVES DOS SANTOS

Mãe: ALDECIAR ALVES DE MOURA

End.: SÍTIO CUNHA

Enferm.: BL-4 C

Atendimento: 477881

Leito: 648

Dt. Cad: 13/01/2019

Dt. Nasc: 15/05/1994

Bairro: CENTRO

Cidade: SAO JOSE DA COROA GRANDE

GNS: 898002362697519

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
- ☒ Identificação do paciente
 - ☒ Local da cirurgia a ser feita
 - ☒ Procedimento a ser realizado
 - ☒ Consentimento informado realizado

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

☒ Não

☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças)?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
- ☒ Identificação do paciente
 - ☒ Local da cirurgia a ser feita
 - ☒ Procedimento a ser realizado

Antecipação de eventos críticos:

- ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?
- Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?

- ☒ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?

- ☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☐ Sim

☒ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado *Fratura em Tibial (E)*
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente
- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

COPIA
FUND. PROF. MARTINIANO FERNANDES
IMIP HOSPITALAR
SÍTIO CUNHA
SAO JOSE DA COROA GRANDE
CE - 63000-000



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 477881

Data e Hora do Atendimento: 14/01/2019 00:16

Usuário do Atendimento: MICHELLINESM

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: EUCLIDES ALVES DOS SANTOS

Prontuário: 112820

Nome da Mãe: ALDECIR ALVES DE MOURA

Nome do Pai: LUIZ EUCLIDES DOS SANTOS

Data do Nascimento: 15/05/1994

Idade: 24 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 441756268

SSP-PE Data Emissão: 10/01/2001

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS: 898002362697519

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: SÍTIO CUNHA

CENTRO

Cidade: SAO JOSE DA COROA GRANDE

PE

CEP: 55565000

Fone: 989751149

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM SAO JOSE DA COROA GRANDE

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: BL-4 C

HDH - Hospital Dom Helder Câmara
Evangelina C. Dias de Souza
12 JAN. 2019

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 14/01/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Alta em: _____

Hora: _____

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

Bruna
NEPI
15/1/19



MODELO DE ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

(Elaborado de acordo com a Resolução CFM n.º 1.658/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1.851/2008)¹

Atesto, para fins de comprovação junto à Perícia Oficial da Previdência Social ou do Poder Judiciário, que examinei o paciente abaixo indicado, cuja identidade foi por mim conferida, nos termos do art. 4º da Resolução CFM n.º 1.658/2002, e constatei que o examinado é portador da(s) patologia(s) relacionada(s) adiante, com as consequências descritas a seguir:

Nome do paciente: EUGENIO ALVES DOS SANTOS
Número do documento de identificação (documento com foto): _____

- Diagnóstico: patologias verificadas e respectiva classificação CID 10

- 1) _____
2) S822 FRATURA INFRA-CLAVICULAR DIREITA
3) _____
4) _____

- O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

- () Não
(X) Sim. Quais (descrição breve e resultado)? FRATURA
INFRA-CLAVICULAR DIREITA EM CONSOLIDAÇÃO

- Quais as consequências da(s) patologia(s) constatada(s) para a saúde do paciente? Quais as funções ou sentidos de que está o paciente privado ou limitado em virtude das patologias verificadas?

DESMULCADO (COM MÚLTIPLAS)
DURANTE A CONSOLIDAÇÃO
DA FRATURA

A(s) patologia(s) constatada(s) o incapacita(m) para o trabalho?

- () Não
(X) Sim. Por quê? FRATURA EM CONSOLIDAÇÃO

- Em caso de resposta positiva à pergunta anterior, a incapacidade é irreversível?

- () Sim.
(X) Não. Qual o tempo de repouso estimado para a recuperação do paciente, considerando que o mesmo siga o tratamento indicado para a patologia?

180 dias e mais

¹ Art. 1º O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.

Art. 2º Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e tratamentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça.

Art. 3º (...)

III - registrar os dados de maneira legível;



Informo, por fim, que o fornecimento do presente atestado, com o respectivo diagnóstico, foi solicitado e autorizado pelo próprio paciente ou seu representante legal, conforme assinatura (ou identificação digital) ao final, em obediência ao art. 5º da Resolução CFM n.º 1.658/2002.

Cano, 22/02/2019
(local) data

NOME DO MÉDICO
N. CRM

Dr. Flávio Rodrigues
Ortopedia
CRM 13528

Eu (nome do paciente ou representante legal)
autorizo o fornecimento de atestado médico ao Poder Judiciário, com a identificação das patologias constatadas e informações a ela relacionadas.

