

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: Manoel Batista de Lima Neto
(Nome Completo)
Brasileira (o) solteiro recuso
(Nacionalidade) (Estado Civil) (Profissão)
portador(a) da Cédula de Identidade nº 10.118.877, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 943.946.731-00,
residente domiciliado(a) Sítio Lavoura, 53
Panapani Rural, Panapani - PE CEP.: 55000-000
OUTORGADOS: **EWERSON VILAR DE LIMA**, brasileiro, casado, advogado, portador, respectivamente, da
OAB-PE **28.570**, com endereço profissional na Avenida , endereço eletrônico:
evl.advogado@yahoo.com.br

PODERES: Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar ao **OUTORGADO** o percentual de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Eu, _____, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

Outorgante/Declarante

Manoel Batista de Lima Neto

1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TOARES BETH

EC-1

Manoel De Lima Neto
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10.415.873 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/08/2016

MANOEL BATISTA DE LIMA NETO

FILIAÇÃO
JOSE BATISTA DE LIMA NETO
MARIA LUZINETE BEZERRA BATISTA DE LIMA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
CARUARU - PE 28/07/2000

DOC. ORIGEM CN 95830 L 95A F 120 CART. SEDE
CARUARU PE 22.08.2002

713.946.734-00

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas 

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
713.946.734-00

Nome
MANOEL BATISTA DE LIMA NETO

Nascimento
28/07/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
D7A4.B0EA.5881.45C0

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:43:27 do dia 02/08/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado

de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

JOSE MARINALDO DE CARVALHO

CPF: 656.698.864-53

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI TORRES 53

SITIO TORRES/CARUARU RURAL
55000-000 CARUARU PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

27/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

367,34

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

20/11/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

20/11/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

039793734

CONTA CONTRATO

007010397043

Nº DO CLIENTE

2002722745

Nº DA INSTALAÇÃO

0005559997

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Monofásico

RESERVADO AO FISCO

D5FD.295E.E0F0.2A62.5A83.7B1F.EE8E.97C7

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R\$) |
|--|------------|------------|-------------|
| Consumo Ativo(kWh) | 439,00 | 0,73645862 | 323,30 |
| Acréscimo Bandeira AMARELA | | | 3,86 |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA | | | 11,62 |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal | | | 27,12 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 032183143-18/09/18 | | | 1,44 |
| TOTAL DA FATURA | | | 367,34 |

| INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS | | | | | | | |
|-------------------------|-------|------------------|-----------------|--------|------------------|-----------------|------|
| ICMS | | PIS | | COFINS | | | |
| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % |
| 338,78 | 25,00 | 84,69 | 338,78 | 0,74 | 2,50 | 338,78 | 3,44 |

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

| Vencido | Dt Reav | Valor |
|----------|----------|--------|
| 26/10/18 | 20/11/18 | 238,51 |
| 27/08/18 | 18/09/18 | 357,15 |

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,52156000

HISTÓRICO DO CONSUMO

| | | | kWh |
|--------|--|--|-----|
| NOV 18 | | | 439 |
| OUT 18 | | | 272 |
| SET 18 | | | 219 |
| AGO 18 | | | 373 |
| JUL 18 | | | 273 |
| JUN 18 | | | 330 |
| MAI 18 | | | 252 |
| ABR 18 | | | 378 |
| MAR 18 | | | 365 |
| FEV 18 | | | 392 |
| JAN 18 | | | 458 |
| DEZ 17 | | | 492 |
| NOV 17 | | | 536 |

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| | R\$ | % |
|----------------------|--------|-------|
| Geração de Energia | 109,78 | 32,39 |
| Transmissão | 15,57 | 4,60 |
| Distribuição (Celpe) | 72,89 | 21,52 |
| Encargos Setoriais | 18,76 | 5,54 |
| Tributos | 98,84 | 29,18 |
| Perdas de Energia | 22,94 | 6,77 |
| TOTAL | 338,78 | 100 |

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NUMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | ATUAL | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|-------------------|----------------|----------------------|----------------------|---------|-----------|--------|-------------|
| 00000003011029617 | CAT | 19/10/2018 16.010,00 | 20/11/2018 16.449,00 | 32 | 1,00000 | 0,00 | 439,00 |

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 20/12/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| DESCRIÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL |
|---|----------|---------------|-------------|------------|---------------------|
| set/2018 | | | | | |
| DIC-No.de horas sem Energia | CAMPUS | 0,00 | 10,58 | 21,17 | 42,34 |
| FIC-No.de vezes sem Energia | | 0,00 | 7,52 | 15,04 | 30,09 |
| DMIC-Duração máxima de interrupção contínua | | 0,00 | 5,68 | 0,00 | 0,00 |
| DICRI-Duração de interrupção em dia crítico | | | | | Limite DICRI: 16,60 |
| EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 120,86 | | | | | |

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmacia campos: rua marivaldo alves da costa 225 jose carlos de oliveira / farmacia gledes ii: avenida rubem florencio de moura kennedyLista completa em www.celpe.com.br." Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO |
|----------------|---------|--------------------|------------|--------------------|
| 007010397043 | 11/2018 | 367,34 | 27/11/2018 | |

838100000035 673400110079 010397043101 151436741831



Evite dobrar ou rasgar este canhoto. Este canhoto será usado em leitora ótica.

SINISTRO 3190693261 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MANOEL BATISTA DE LIMA NETO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MLB

CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO MANOEL BATISTA DE LIMA NETO

CPF/CNPJ: 71394673400

Posição em 22-01-2020 16:53:39

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 19/12/2019 | R\$ 2.362,50 | R\$ 0,00 | R\$ 2.362,50 |





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

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **19E4143001348**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/12/2019** às **10:53**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **7/9/2018** às **05:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA OTAVIO PESSOA SOUTO MAIOR, 01, CURVA DO FORUM -**
Bairro: **SAO PEDRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **FORUM**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR \ AGENTE)
MANOEL BATISTA DE LIMA NETO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MANOEL BATISTA DE LIMA NETO

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

MANOEL BATISTA DE LIMA NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUZINETE BEZERRA BATISTA DE LIMA Pai: JOSE BATISTA DE LIMA NETO Data de Nascimento: 28/7/2000 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10415873/SDS/PE (RG), 71394673400 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Endereço Residencial: BAIRRO DE ENCRUZILHADA DE SAO JOAO, 83, RUA ENCRUZILHADA - CEP: 0 - Bairro: ENCRUZILHADA DE SAO JOAO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL

SEM AUTORIA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante - Cargo do Representante - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial - Telefone de Contato -

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL BATISTA DE LIMA NETO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFJ1490** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **364454298** Chassi: **9C2KC1670BR635007**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **PROPRIETARIO: EDILMA PEREIRA DOS SANTOS NASCIMENTO**

Complemento / Observação

A VITIMA DECLARAR QUE NA DATA E HORARIO ACIMA DESCRITO CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA, QUADNO NA CURVA APOS O FORUM A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA CAINDO EM



SEGUIDA AO CHÃO; OCASIÃO QUE FOI SOCORRIDO POR UM AMIGO, O QUAL A LEVOU PARA A UPA ESTADUAL CONORME ATENDIEMNTO MEDICO DE Nº 01152562 E PRONTUARIO DE Nº 00052505, ASISNADO PELO MEDICO DR. RICARDO ALBUQUERQUE, CREMEPE 13508, QUE APOS AVALIAÇÃO MEDICA A VITIMA FORA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE COM PRONTUÁRIO DE Nº 324895M SENDO SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS CIRURGICOS ASSINADO PELO MEDICO DR. RADNER MAURICIO, CEM-PE -23544, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Manoel B de Lima Neto

**MANOEL BATISTA DE LIMA NETO
(VITIMA)**

B.O. registrado por: *Cicero Abilio de Almeida* - Matricula: **1581678**

[Assinatura]



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: MANOEL BATISTA DE LIMA NETO

Data Nascimento: 28/07/2000 Idade: 18 Anos, 1 Mês e 10 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01152562

Prontuário: 00052505

História Atual:

Vítima de acidente de moto com deformidade em antebraço esquerdo e apresenta lesão cutânea que pode estar relacionada com exposição do foco de fratura.

Exame Físico:

egr. cote eupneico afebril

AR e ACV: ndn

GCS 15 sme: deformidade em antebraço esq

Exames Complementares/Resultados:

RX DE BRAÇO E ANTEBRAÇO ESQ

Hipóteses Diagnósticas:

FRATURA EM ANTEBRAÇO ESQ EXPOSTA?

Conduta:

TRANSFERENCIA PARA ORTOPEDIA DE HDA

SENHA: 5507588

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: ☐ SIM ☒ NÃO

Transferido / Encaminhado para:

43 - TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Motivo:

AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Data: 07 DE SETEMBRO DE 2018

Hora: 06:03

Dr Ricardo Albuquerque
Clínica Médica
CREMEPE-13508

Ass. e CRM do Médico

Dr(a): RICARDO HENRIQUE ALBUQUERQUE DA SILVA
CRM - 13508

Av. José Marques Fontes, S/N
Bairro Indianópolis - Cidade. Caruaru/PE - CEP. 55026-530





SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

24274119

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Umar Babinha da Silva Melo

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

324305

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/07/2002

Masc. ☒

Fem. ☐

9 - SEXO

3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria Luízete Bezerra de Lima

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

1916333095

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Alcide Gomes de Lima

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bezerreira

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

AC

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Rx Ex, ora ocor. em reclusão
internação (E) + LUXAÇÃO CABEÇA ROTA (E)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Rx trauma com frs

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Rx Ex, ora internação (E)

24 - CID 10 PRINCIPAL

S93

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

06773770909

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/09/2018

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

Dr. Wagner Medeiros

CRM/AC 23544

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

261810403598-7



Assinado eletronicamente por: EWERSON VILAR DE LIMA - 19/02/2020 12:35:51

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021912355108000000057267662>

Número do documento: 20021912355108000000057267662

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente:

Munac/Patista de Lima Neto

Nº do Registro:

324895

Clínica:

Otorrinolaringologia

Nº do Leito

Operador:

Dr. Rodolfo

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Rx / Lx Monteggia (E)

Rx de punho do antebraço + Lx cabeça do rádio (E)

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Ligadura cirúrgica + Redução manobra

Operação Realizada:

A mesma

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- (1) Paciente em DDH sob relaxação + bloqueio de plexo braquial.
- (2) Anestesia + Antiespasmódica + colocação de longa cateter
- (3) Ampliação de incisão em parte distal antebraço (E)
- (4) Visualização de fratura + ligadura com LCP de (Fol) 91.
- (5) Redução por pinos, dois pontos e pino.
- (6) curativo asséptico
- (7) Tala axilo-galvina (Acessório de Marini) para fixar punho.
- (8) Redução da cabeça do rádio por via ligando instabiliz. de punho via radiocubital
- (9) A.S.R.

CRM-PE 23544

MÉDICO

Dr. Rodolfo



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Paciente: Mansur BATESO a Lima Novo

Nº do Registro:

Clinica: Otorrinolaringología

Nº do Leito

Operator: Dr. Zepherus Luvu

1^o Assistente: P. F. Sousa Lima, N. 1

2º Assistente:

Instrutor: Mauro + Zorzi

Anestesista:

Anesthesia: Bloc + Iso + Prop + Fentanyl

Duração:

Data da Operação: 19/12/68

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Infecção da Orelha e Amigdalite aguda

100,000 in 1980, 200,000 in 1990, 400,000 in 2000, 600,000 in 2010, 800,000 in 2020

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta: Desposseimento de Fungos e Oleg 20 NTB/Ag

Успеху + работу + успеху + удовольствию и счастью

Operação Realizada: *5/12/2012 08/09/2012*

1) Paikumar — DMH + 50g inverted

8/ Altoplas + Antistoffen + Antisozialer Kampf

3) Parabola zu Gerade - MSD

9) 1-6505 vora para ALTO 20 metros + 1500000 fono

protonating + carbocation + nucleophilic attack + 1-4 shift 2

Procs DCP 7, 1 — a composite of Procs

5) diversos para uma + diversos funções com uma,

1865 - 1870 + 1871 - 1872 + 1873 - 1874 + 1875 - 1876

com Places DLP 3.5 + Parameter Information

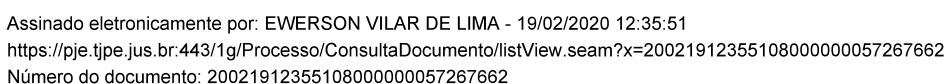
6) Najwyższe napięcie w układzie w czasie 20 min.

45 (2220) 5/50 9/12/2022

7) Lavigne & Orosz Co S.F.O, AX.

3) gates + wires

a) 150 Hz 6000 cm⁻¹ 150



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Usuário da Internação
JOSILDOMSJ



444144

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

| | | | | | |
|---|-------------------------|------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------|
| 1 - Identificação do Paciente | | Data Int.: 07/09/2018 08:18 | Atendimento: 444144 | Nº AIH: | |
| Nome: MANOEL BATISTA DE LIMA NETO | | Prontuário: 324805 | | | |
| Data Nasc.: 28/07/2000 | Idade: 18 | Sexo: MASCULINO | Cor: PARDA | Religião: | |
| CPF: | RG: 10415873 | CNS: | | Nº: 7 | |
| Endereço: RUA PLACIDO CORREIA DE LIMA | | Estado: PE | | | |
| Bairro: ENCRUZILHA DE SAO JOAO | Cidade: BEZERROS | Profissão: | | | |
| CEP: 55660971 | Fone: | Profissão: | | | |
| Nome da Mãe: MARIA LUZINETE BEZERRA BATISTA DE LIMA | | | | | |
| Nome do Conjuge: | | | | | |
| Nome: | | | | | |
| Parentesco: | | | | | |
| RG: | | | | | |
| Fone: | | | | | |
| 2 - Internar Para | | | | | |
| Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA | | | | | |
| Unidade de Internação: PRE - OPERATORIA | | | | | |
| Leito: PRE - OPERATORIA 07 | | | | | |
| Diagnóstico Inicial | | | | | |
| Constante do Laudo Médico): | | | | | |
| CID: | | | | | |
| Procedimento Solicitado: | | | | | |
| CÓD.: | | | | | |
| Procedimento Realizado: | | | | | |
| CÓD.: | | | | | |
| 3 - Atendimento Médico | | | | | |
| Méd. Laudo | Cirurgião | 1º Aux. Cirurg. | Ass./Carimbo | Anestesista | Méd. Assist. |
| Ass./Carimbo | Ass./Carimbo | Ass./Carimbo | 2º Aux. Cirurg. | Ass./Carimbo | Ass./Carimbo |
| 4 - Procedimentos Especiais | | | | | |
| <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS | | | | | |
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI | | | | | |
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | | | | | |
| <input type="checkbox"/> VACINA ANTI RH | | | | | |
| <input type="checkbox"/> USO DE DERIVADOS DE SANGUE | | | | | |
| <input type="checkbox"/> USO DE PRÓTESE, ORTESE | | | | | |
| <input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO | | | | | |
| <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES | | | | | |
| <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL | | | | | |
| 5 - História Clínica | | | | | |
| <p><i>Manoel Batista de Lima Neto</i></p> <p><i>Manoel Batista de Lima Neto</i></p> <p><i>Manoel Batista de Lima Neto</i></p> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO | | | | | |
| MOTIVO DE ALTA | | | | | |
| DATA DE INTERNAMENTO | | DATA DE ALTA | | DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO | |
| 07/09/2018 08:18 | | | | | |



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 444139 Prontuário: 324895

Nome: MANOEL BATISTA DE LIMA NETO
 Data Nasc.: 28/07/2000 Idade: 18 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: CNS:
 Endereço: RUA PLACIDO CORREIA DE LIMA Nº: 7
 Bairro: ENCRUZILHA DE SAO JOAO Cidade: BEZERROS Estado: PE
 CEP: 55660971 Fone: Profissão:
 Nome da Mãe: MARIA LUZINETE BEZERRA DE LIMA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 07/09/2018 06:17

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

pac. vítima de acidente de moto (1)
 com um antebraço (3)

Exame Físico:

PA: FC: FR:

207 e 80 mm

Diag. Provisório:

1 - Fratura do antebraço

1 - 0 - 20 mm

2 - NO BC.

3 - 56,35 1000 e (1)

Prescrição:

1 - Opióide Dose: 2 6/10 mm

Data

Horário

| | | |
|-------|------------------------|--|
| | | |
| | | |
| 07/09 | 1 - Opióide 2g (EV) | |
| | 2 - Do Bloco Cirúrgico | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Dr. Radner Maurício
 MEDICO
 CRM-PE 23544



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Usuário da Internação
JOSILDOMSJ



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

| | | | | | |
|--|---------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| 1 - Identificação do Paciente | | Data Int.: 07/09/2018 08:18 | Atendimento: 444144 | Nº AIH: | |
| Nome: MANOEL BATISTA DE LIMA NETO | | Prontuário: 324895 | | | |
| Data Nasc.: 28/07/2000 | Idade: 18 | Sexo: MASCULINO | Cor: PARDA | Religião: | |
| CPF: | RG: 10415873 | CNS: | | | |
| Endereço: RUA PLACIDO CORREIA DE LIMA | | Nº: 7 | | | |
| Bairro: ENCRUZILHA DE SÃO JOÃO | | Cidade: BEZERROS | Estado: PE | | |
| CEP: 55660971 | Fone: | Profissão: | | | |
| Nome da Mãe: MARIA LUZINETE BEZERRA BATISTA DE LIMA | | | | | |
| Nome do Conjuge: | | | | | |
| Nome: | | | | | |
| Parentesco: | | | | | |
| RG: | | | | | |
| Fone: | | | | | |
| 2 - Internar Para | | | | | |
| Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA | | | | | |
| Unidade de Internação: PRE - OPERATORIA | | | Leito: PRE - OPERATORIA 07 | | |
| Diagnóstico Inicial | | | | | |
| (Constante do Laudo Médico): | | | | | |
| Procedimento Solicitado: | | | CÓD.: | | |
| Procedimento Realizado: | | | CÓD.: | | |
| 3 - Atendimento Médico | | | | | |
| Méd. Laudo | Cirurgião | 1º Aux. Cirurg. | Ass./Carimbo | Anestesista | Méd. Assist. |
| Ass./Carimbo | Ass./Carimbo | Ass./Carimbo | 2º Aux. Cirurg. | Ass./Carimbo | Ass./Carimbo |
| 4 - Procedimentos Especiais | | | | | |
| <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> VACINA ANTI RH <input type="checkbox"/> USO DE DERIVADOS DE SANGUE <input type="checkbox"/> USO DE PRÓTESE, ORTESE <input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL | | | | | |
| 5 - História Clínica | | | | | |
| <p><i>Receber e ler o laudo de internação</i></p> <p><i>Receber e ler o laudo de alta</i></p> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO | | | | | |
| MOTIVO DE ALTA | | | | | |
| DATA DE INTERNAMENTO | | DATA DE ALTA | | DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO | |
| 07/09/2018 08:18 | | | | | |

de 2



Número do documento: 2002191235510800000057267662