

DOC 01



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO GOV. PAULO GUERRA



### SUMÁRIO DE ADMISSÃO E SAÍDA

|                               |                            |                     |                                                                                                                                                          |
|-------------------------------|----------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA |                            | Prontuário: 1669734 | <input checked="" type="checkbox"/> ALTA<br><input type="checkbox"/> ÓBITO<br><input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA<br><input type="checkbox"/> Outros: |
| Idade: 89 Anos 2 Meses 7 Dias | Sexo: Masculino            |                     |                                                                                                                                                          |
| Proc.:                        | Admissão no HR: 06/03/2019 |                     |                                                                                                                                                          |
| Adm. Clínica:                 |                            | Alta: 27/03/2019    |                                                                                                                                                          |
| Enfermaria /Leito: 718-L1     |                            |                     |                                                                                                                                                          |

### MOTIVO DE ADMISSÃO E EVOLUÇÃO NA ENFERMARIA

PACIENTE ENCAMINHADO COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO-CARRO, OTORRAGIA EM OUVIDO ESQUERDO, AGITAÇÃO, RNC E FRATURA DE MSE EM 22/03/2019, REALIZADA TAC DE TÓRAX QUE EVIDENCIOU HEMOTÓRAX À DIREITA E PNEUMOTÓRAX À ESQUERDA, SENDO OPTADO POR REALIZAÇÃO DE DRENAGEM TORÁCICA FECHADA BILATERAL, PROCEDIMENTO OCORREU SEM INTERCORRÊNCIAS. FOI SUBMETIDO A CORREÇÃO DE FRATURA PELA ORTOPEDIA, SEM INTERCORRÊNCIAS. FOI ENVIADO À CIRURGIA GERAL ONDE EVOLUIU CLINICAMENTE BEM, SEM ESCAPE PELOS DRENOS TORÁCICOS E COM BAIXO DÉBITO POR ELES, SENDO DECIDIDO PELA RETIRADA DIA 25/03 (ESQ) E 26/03 (DIR). EVOLUIU MANTENDO PARESIA DE MSD (FORÇA GRAU 2) E PLEGIA DO 4º QUIRODÁCTILO. AVALIADO PELA EQUIPE DA ORTOPEDIA QUE OPTA POR ALTA E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DAS QUEIXAS E DO PÓS-OPERATÓRIO. PACIENTE EVOLUI CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, ENCONTRANDO-SE APTO PARA ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES, PRESCRIÇÃO E RETORNO AMBULATORIAL.

### EXAMES COMPLEMENTARES

TC DE TÓRAX (22/03/19): HEMOTÓRAX À DIREITA E PNEUMOTÓRAX À ESQUERDA.

### EXAMES FÍSICO NA ALTA

GERAL - EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, HIDRATADO, NORMOCORADO  
AR - MV + EM AHT, SEM RA. FR: 16IRPM  
ACV - RCR, 2T, BNF, SEM SOPROS. FC: 83BPM  
ABD - SEMIGLOBOSO, FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO

### DIAGNÓSTICO

1. HEMOTÓRAX À DIREITA
2. PNEUMOTÓRAX À ESQUERDA
3. FRATURA EXPOSTA DE ULNA ESQUERDA E LUXAÇÃO DE RÁDIO ESQUERDO

### TRATAMENTO REALIZADO

1. DRENAGEM TORÁCICA BILATERAL
2. FIXAÇÃO COM PLACA DE ULNA ESQUERDA

### PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA

1. RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE DR. MARCELO GOMINHO, TERÇA-FEIRA 09/04/19 ÀS 12H
2. MANTER ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM A EQUIPE DA ORTOPEDIA

### MÉDICOS ASSISTENTES:

MR1 - LUCAS CASÉ  
MR2 - ALEXANDRE SARMENTO  
MA - MARCELO GOMINHO

Dr Alison de Paula  
CRM PE 27.914

Data: 27/03/2019

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400



DOC 02



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

|                                  |                        |                          |
|----------------------------------|------------------------|--------------------------|
| NOME:<br>SEBASTIAO JOSE DA SILVA | PRONTUÁRIO:<br>1669734 | ATENDIMENTO:<br>01395277 |
| DATA DE NASCIMENTO: 20/01/1930   | FOI ATENDIDO EM:       | Às                       |
|                                  | DATA DA ALTA:          | 27/03/2019 ÀS 10:19      |

#### Diagnóstico Provável:

1. DTF BILATERAL
2. HEMOTÓRAX À DIREITA
3. PNEUMOTÓRAX À ESQUERDA
- 3 - FRATURA EXPOSTA DE ULNA ESQUERDA E LUXAÇÃO DE RÁDIO ESQUERDO

#### Tratamento Realizado:

- 1 - DRENAGEM TORÁCICA BILATERAL
- 2 - FIXAÇÃO COM PLACA DE ULNA ESQUERDA
- 3 - CEFALOTINA
- 4 - SINTOMÁTICOS

#### Observação:

#### Encaminhado para:

MARCAR RETORNO PARA O AMBULATÓRIO DE DR. MARCELO GOMINHO DIA 09/12/2019 AO 12H

Dr Alison de Paula  
CRM PE 27 914

LUCAS CASE FERRAZ - CRM: N°.27678

Recife, 27, MARÇO ,2019

#### ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400



DOC. 03



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

NOME: SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA

1669734

## FLUXOGRAMA

|             | DATA        | 24/03/19 | 25/03/19 | 26/03/19    |  |  |  |
|-------------|-------------|----------|----------|-------------|--|--|--|
| BIOQUÍMICA  | Glicose     |          |          |             |  |  |  |
|             | Uréia       | 61,8     | 60       | 55,88       |  |  |  |
|             | Creatinina  | 0,35     | 0,32     | 0,36        |  |  |  |
|             | Sódio       | 140      | 142      | 140         |  |  |  |
|             | Potássio    | 3,8      | 3,9      | 3,6         |  |  |  |
|             | Cloro       | 109      | 109      | 107         |  |  |  |
|             | RA          | 23,3     | 23,7     | 24          |  |  |  |
|             | Albumina    |          |          |             |  |  |  |
|             | Cálcio      |          |          |             |  |  |  |
|             | P / Mg      |          |          |             |  |  |  |
| HEMATOLOGIA | TGO / TGP   |          |          |             |  |  |  |
|             | BT / BD     |          |          |             |  |  |  |
|             | HB          | 10,3     |          | 10,1        |  |  |  |
|             | HT          | 28,0     |          | 28,9        |  |  |  |
|             | Plaquetas   | 189      |          | 172         |  |  |  |
|             | Leucócitos  | 22.800   |          | 9.79        |  |  |  |
|             | Bt / Seg.   | 22 / 80% |          | - / 73      |  |  |  |
|             | Linfócitos  | 18       |          | 18          |  |  |  |
|             | Monócitos   | 8        |          | 07          |  |  |  |
|             | Eosinófilos | 0        |          | 02          |  |  |  |
|             | Basófilos   | 0        |          | -           |  |  |  |
|             | TP / AE     | 11,1     |          | 11,75 / 95% |  |  |  |
|             | INR         | 1,019    |          | 1,03        |  |  |  |
|             | TTP         |          |          |             |  |  |  |
| OUTROS      |             |          |          |             |  |  |  |
|             |             |          |          |             |  |  |  |
|             |             |          |          |             |  |  |  |
|             |             |          |          |             |  |  |  |
|             |             |          |          |             |  |  |  |

## GASOMETRIAS

| DATA | HORA | MODO | pO <sub>2</sub> / FIO <sub>2</sub> | FIO <sub>2</sub> | pH | pO <sub>2</sub> | pCO <sub>2</sub> | HCO <sub>3</sub> | BE | SaO <sub>2</sub> | Lactato |
|------|------|------|------------------------------------|------------------|----|-----------------|------------------|------------------|----|------------------|---------|
|      |      |      |                                    |                  |    |                 |                  |                  |    |                  |         |
|      |      |      |                                    |                  |    |                 |                  |                  |    |                  |         |
|      |      |      |                                    |                  |    |                 |                  |                  |    |                  |         |
|      |      |      |                                    |                  |    |                 |                  |                  |    |                  |         |
|      |      |      |                                    |                  |    |                 |                  |                  |    |                  |         |
|      |      |      |                                    |                  |    |                 |                  |                  |    |                  |         |
|      |      |      |                                    |                  |    |                 |                  |                  |    |                  |         |
|      |      |      |                                    |                  |    |                 |                  |                  |    |                  |         |
|      |      |      |                                    |                  |    |                 |                  |                  |    |                  |         |

Cod. 0162



HOSPITAL DA RESTAURACAO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
BIOQUIMICA- VITROS 5.1/FS  
SEPAC

DOENTE: SEBASTIAO JOSE DA SILVA  
ID: 1669734  
ENDEREÇO: 718 L1

|                     |                    |                        |
|---------------------|--------------------|------------------------|
| DATA DE NASCIMENTO: |                    | COMENTÁRIOS:           |
| IDADE:              | SEXO:              |                        |
| QUARTO:             |                    |                        |
| ID DA AMOSTRA:      | 129                | PRIORIDADE: **ROTINA** |
| COLHIDA EM:         | 25/3/2019 17:15:58 | FLUIDO: Soro           |

HEMÓLISE (H): 41                      ICTERUS (I): <2                      TURBIDEZ (T): <20

| ENSAIO           |    | RESULTADO |           | H | I | T | INTERVALO REFERENCIAL |
|------------------|----|-----------|-----------|---|---|---|-----------------------|
| RESERVA ALCALINA |    | 23.7      | mmol/L    |   |   |   | 22.0-30.0             |
| UREA             | HI | 60.00     | mg/dL (A) |   |   |   | 15.00-43.00           |
| CREATININA       | LO | 0.32      | mg/dL     |   |   |   | 0.52-1.25             |

FIM DO RELATÓRIO

IMPRIMA DATA/HORA: 25/3/2019 17:15:58

|         |     |  |
|---------|-----|--|
| Receita | 142 |  |
| Despesa | 3,9 |  |
| Saldo   | 109 |  |
| Receita | —   |  |
| Despesa | —   |  |
| Saldo   | —   |  |

Dra. Roberta Mendes Cardoso  
Biotécnica  
CRBM 302



Item.

## LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO--SEPAC

Amostra No.: 98  
 ID DOENTE: 1669734  
 Nome: SEBASTIAO JOSE DA

Rack: 3      Tubo: 2      26/03/2019 11:22:05  
 Serviço: 7 NORTE  
 SILVA 718/1      Data Nasc.:      Sexo:  
 ID Analisador: XT-4000i-1

## HEMOGRAMA

WBC 9.79 [10<sup>3</sup>/uL]  
 RBC 3.14 [10<sup>6</sup>/uL]  
 HGB 10.1 [g/dL]  
 HCT 28.9 [%]  
 MCV 92.0 [fL]  
 MCH 32.2 [pg]  
 MCHC 34.9 [g/dL]  
 PLT 172 [10<sup>3</sup>/uL]  
 RDW-SD 42.5 [fL]  
 RDW-CV 13.1 [%]  
 MPV 10.0 [fL]  
 NEUT 7.08 + [10<sup>3</sup>/uL]  
 LYMPH 1.80 [10<sup>3</sup>/uL]  
 MONO 0.71 + [10<sup>3</sup>/uL]  
 EO 0.19 [10<sup>3</sup>/uL]  
 BASO 0.01 [10<sup>3</sup>/uL]

72.3 + [%]  
 18.4 - [%]  
 4.2 [%]  
 1.9 [%]  
 0.1 [%]

IG 0.05 [10<sup>3</sup>/uL]

## DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO.....%  
 SEGMENTO.....%  
 EOSIN.....%  
 LINF.....%  
 LINF ATIP.....%  
 MONO.....%  
 BASO.....%

META.....%  
 MIELO.....%  
 PROMIELO.....%  
 BLASTO.....%

GRAN TOXICAS.....

WBC Mensagem IP

## SERIE VERMELHA

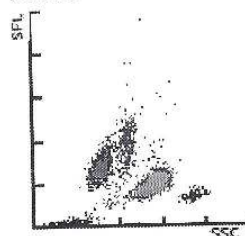
NORMOCITICA.....+  
 NORMOCROMICA.....+  
 MICROCITOS.....  
 MACROCITOS.....  
 ANISOCITOSE.....  
 ERITROBLASTO.....

OBSERVACOES: Leucócitos conservados.

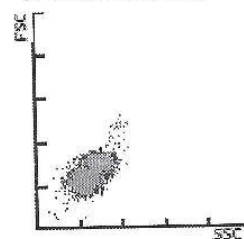
RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

## DIFF



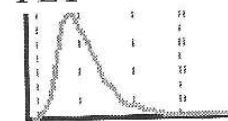
## WBC/BASO



## RBC



## PLT



## LIQUIDOS BIOLOGICOS

WBC-BF

[10<sup>3</sup>/uL]

RBC-BF

[10<sup>6</sup>/uL]

MN

[10<sup>3</sup>/uL]

[%]

PMN

[10<sup>3</sup>/uL]

[%]

TC-BF#

[10<sup>3</sup>/uL]

DOC. 05

Isabelle Farias  
 Bionética  
 CRBM 08269

# Relatório Resultados Amostras

03/26/2019 12:14:59

Serial Number 15071996  
SEPAC  
Instrument Model ACL TOP 300 CTS  
HOSPITAL DA RESTAURACAO

DOC 06

DOC. 06

|              |            |               |                |            |    |
|--------------|------------|---------------|----------------|------------|----|
| ID amostra:  | 1669734-98 | Primeiro nome | SEBASTIAO JOSE | ID Rack:   | 59 |
| Tipo amostra | Paciente   | Apellido      | 718-1          | ID Posição | 6  |

| Cód Teste | Resultados |
|-----------|------------|
| PT-RP     | 11.7 s     |
|           | 95 %       |
|           | 1.03 INR   |

| Tipo | Rerun | Rerun<br>necessario | Flag |
|------|-------|---------------------|------|
|------|-------|---------------------|------|

| Completo Data & Hora |
|----------------------|
| 03/26/2019 12:14:59  |

| Validado |
|----------|
| Validado |

Maria Auxiliadora Santos  
Farmacêutica - Bioquímica  
CRF 1685



Doc. 07

HOSPITAL DA RESTAURACAO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
BIOQUIMICA 2- VITROS 4600  
SEPAC

DOENTE: SEBASTIAO JOSE DA  
SILVA  
ID: 1669734  
ENDEREÇO: 718-1

MÉDICO:  
ID:  
ENDEREÇO:



DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

QUARTO:

ID DA AMOSTRA: 113

COLHIDA EM: 26/3/2019 14:22:26

COMENTÁRIOS:

PRIORIDADE: \*\*ROTINA\*\*

FLUIDO: Soro

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 26/3/2019 14:16:33

HEMÓLISE (H): 20

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

| ENSAIO           |    | RESULTADO      | H I T | INTERVALOS  |
|------------------|----|----------------|-------|-------------|
| UREA             | HI | 55.88 mg/dL(A) |       | 15.00-43.00 |
| CREATININA       | LO | 0.36 mg/dL     |       | 0.50-1.30   |
| RESERVA ALCALINA |    | 24 mmol/L      |       | 22-30       |

Fim Relatório

PÁG. 1

IMPRIMA DATA/HORA: 26/3/2019 14:22:26

140 mmol  
3.6  
107

|                  |  |
|------------------|--|
| Sódio            |  |
| Potássio         |  |
| Cloro            |  |
| Ureia            |  |
| Creatinina       |  |
| Reserva Alcalina |  |

Assinado eletronicamente por: MARIA AUXILIADORA DA SILVA SANTOS - 17/03/2020 16:34:29



Item.

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No.: 148 Rack: 2 Tubo: 5 24/03/2019 13:16:05  
ID DOENTE: 1669734 Serviço: 7 SUL  
Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA 718/1 Data Nasc.: Sexo:  
ID Analisador: XT-4000i-1

HEMOGRAMA

WBC 22.87 + [10<sup>3</sup>/uL]  
RBC 3.19 [10<sup>6</sup>/uL]  
HGB 10.3 [g/dL]  
HCT 29.0 [%]  
MCV 90.9 [fL]  
MCH 32.3 [pg]  
MCHC 35.5 [g/dL]  
PLT 189 [10<sup>3</sup>/uL]  
RDW-SD 43.2 [fL]  
RDW-CV 13.5 [%]  
IPV 10.3 [fL]  
NEUT 18.82 + [10<sup>3</sup>/uL]  
LYMPH 2.21 [10<sup>3</sup>/uL]  
MONO 1.82 + [10<sup>3</sup>/uL]  
EO 0.01 [10<sup>3</sup>/uL]  
BASO 0.01 [10<sup>3</sup>/uL]

82.3 + [%]  
9.7 - [%]  
8.0 [%]  
0.0 [%]  
0.0 [%]

IG 0.08 [10<sup>3</sup>/uL] 0.3 [%]

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO 02 .....%  
SEGMENT 80 .....%  
EOSIN .....%  
LINF 10 .....%  
LINF ATIP .....%  
MONO 08 .....%  
BASO .....%

SERIE VERMELHA

NORMOCITICA .....+  
NORMOCROMICA .....+  
MICROCITOS .....  
MACROCITOS .....  
ANISOCITOSE .....  
ERITROBLASTO .....

OBSERVACOES:

META .....%  
MIELO .....%  
PROMIELO .....%  
BLASTO .....%  
GRAN TOXICAS .....+

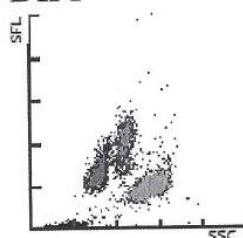
WBC Mensagem IP

Neutrofilia  
Monocitose  
Leucocitose

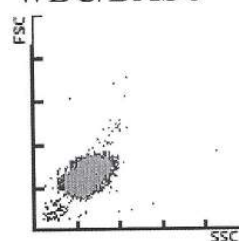
RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

DIFF



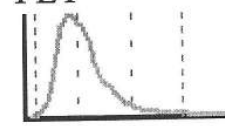
WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

WBC-BF

RBC-BF

MN

PMN

TC-BF#

[10<sup>3</sup>/uL]

[10<sup>6</sup>/uL]

[10<sup>3</sup>/uL]

[10<sup>3</sup>/uL]

[10<sup>3</sup>/uL]

[%]

[%]

Isabelle Farias  
CRBM 08269

DOC 08



DOC 09

24.03.2019  
16:42  
Pag. n.º 1

HOSPITAL DA RESTAURACAO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
HEMATOLOGIA  
SEPAC

(F)

ACL ELITEPRO Rel. 03.01.04 - Instrumentation Laboratory

### SAMPLE REPORT

Sample ID 2403-148  
Patient ID 1669734  
Patient Name SEBASTIAO JOSE  
Birth Date                      Sex

Department 718/1  
Physician  
Entry Date 24.03.2019

Operator notes

| Test           | Results | Units | Normal Range  | Analysis Date-Time |
|----------------|---------|-------|---------------|--------------------|
| T. Protrombina | 11.1    | s     |               | 24.03.2019 - 16:41 |
|                | 1.019   | INR   | 0.800 - 1.200 |                    |
|                | 108     | %     | 70.0 - 120    |                    |

Dra. Cleida Monteiro  
Farmaceutica Bioquímica  
CRF-PE-0951

DOC 09

Notes: \* = outside normal range

Signature



HOSPITAL DA RESTAURACAO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
BIOQUIMICA- VITROS 5.1/FS  
SEPAC

DOC: 10

DOENTE: SEBASTIAO JOSE SILVA

MÉDICO:

ID: 1669734

ID:

ENDEREÇO: 718/1

ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO:

COMENTÁRIOS:

IDADE:

SEXO:

QUARTO:

ID DA AMOSTRA: 148

PRIORIDADE: \*\*ROTINA\*\*

COLHIDA EM: 24/3/2019 15:26:59

FLUIDO: Soro

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 24/3/2019 15:21:01

HEMÓLISE (H): 29

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

| ENSAIO           | RESULTADO       | H  | I | T | INTERVALO REFERENCIAL |
|------------------|-----------------|----|---|---|-----------------------|
| RESERVA ALCALINA | 23.3 mmol/L     |    |   |   | 22.0-30.0             |
| UREA             | 61.84 mg/dL (A) | HI |   |   | 15.00-43.00           |
| CREATININA       | 0.35 mg/dL      | LO |   |   | 0.52-1.25             |

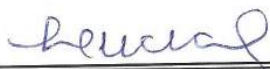
FIM DO RELATÓRIO

IMPRIMA DATA/HORA: 24/3/2019 15:26:59

Valores de Referência

|              |     |                |
|--------------|-----|----------------|
| Sódio (Na)   | 140 | 136-145 mmol/L |
| Potássio (K) | 3,8 | 3,5-5,1 mmol/L |
| Cloro (Cl)   | 109 | 97-111 mmol/L  |

Realizado no AVL 9180



LUCIANA SOARES

CRBM - 0580





INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL  
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

DOC 12

### ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que o Segurado: SEBASTIAO JOSE DA SILVA

portador da Carteira Profissional n.º

Série

necessita de 15 (QUINZE)

dias de afastamento do trabalho,

a partir desta data, por motivo de doença.

Hospital da Restauração

Recife, 27/03/2019

Ass. do médico - CRM n.º

Dr Alison de Paula  
CRM PE 27 914

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

DOC. 11



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: SEBASTIAO JOSE DA SILVA

Clínica:

Prontuário: 1669734

Atendimento: 1395277

Leito: 718-L1

R//

USO ORAL

1) DÍPIRONA 500MG ----- 01 CX  
TOMAR 01 COMP, VO, DE 6/6H SE DOR

2) METOCLOPRAMIDA 10MG ----- 01 CX  
TOMAR 01 COMP, VO, DE 8/8H SE NÁUSEAS OU VÔMITOS

Dr. Alison de Paula  
CRM PE 27.914

Data: 27/03/2019

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400



**Sao  
Gabriel**

Paciente \_\_\_\_\_ Registro N° \_\_\_\_\_  
Clínica \_\_\_\_\_ Apto. N° \_\_\_\_\_



DOC. 13



## BOLETIM DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

|                                                  |                            |                                      |                             |                                            |
|--------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------|
| NOME PACIENTE:<br>SEBASTIAO JOSE DA SILVA        |                            | SEXO:<br>Masculino                   | NASCIMENTO:<br>12/12/1964   | IDADE:<br>54 anos, 3 meses e 23 dias       |
| NOME DA MAE:<br>SEBASTIANA MARIA DE LIMA         |                            | NOME DO PAI:<br>JOSE JOAQUIM DE LIMA |                             | IDENTIDADE:<br>10148742                    |
| CPF:<br>633 036.714-00                           |                            | TELEFONE:<br>81993058040             |                             |                                            |
| ENDERECO:<br>SITIO RAMADA                        | Nº:<br>0                   | BAIRRO:<br>ZONA RUAL                 | CIDADE:<br>RIACHO DAS ALMAS | UF:<br>PE                                  |
| CEP:<br>55120000                                 | CELULAR:<br>0              |                                      |                             |                                            |
| CONVENIO:<br>31 PARTICULAR                       | MATRICULA:                 | VALIDADE CARTEIRA:<br>30/12/1999     | SENHA:                      | UNIDADE DE ATENDIMENTO:<br>INTERNACAO- HSG |
| CRM/MEDICO:<br>015172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE |                            | ESPECIALIDADE:<br>Ortopedia          | CODIGO CBO:<br>225270       | USUARIO DO ATENDIMENTO:<br>SIDRAILMASANTOS |
| BLOCO:<br>4º ANDAR                               | ACOMODACAO:<br>APARTAMENTO | LEITO:<br>405                        | ESTADO CIVIL:               | NATURALIDADE:<br>RIACHO DAS ALMAS          |
| PROFISSÃO:                                       |                            |                                      |                             |                                            |

Queixa Principal:

História Clínica:

Exames:

HD:

Condição: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Transferido ☐ Óbito ☐

Data Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Médico Responsável: \_\_\_\_\_

*Sidraílas Santos*  
Paciente ou Responsável

*Sidraílas Santos*  
SIDRAILMASANTOS

Av. José Veríssimo, 752 - Caruaru - Pe - Fones: 81-37277250 Ort - 8137277272 Ort - CNPJ . 22.721.288/0001-26





|                                          |                                        |
|------------------------------------------|----------------------------------------|
| Nº Registro: 5387                        | Data Internamento: 04/04/2019 14:53:00 |
| Paciente: SEBASTIAO JOSE DA SILVA        | Bloco: 4º Enf/Apt: APART Leito: 405    |
| Convênio: PARTICULAR HSG                 | Carteira:                              |
| Médico: 15172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE | Data Evento: 05/04/2019 08:24:46       |

## EVOLUCAO NUTRICAO

### 1 - Evolução

#### 1.1 - Descrição

DIETA V.O, BRANDA, NORMOCALÓRICA, NORMOPROTEICA, NORMOLIPIDICA, NORMOGLICIDICA, RICA EM MICRONUTRIENTES, FRACIONADA EM 06 REFEIÇÕES/DIA. VET: 2.000KCAL/DIA. PCT NÃO APRESENTA ALERGIAS OU INTOLERANCIAS ALIMENTARES.

*Tatiana S. Oliveira Ferreira Nunes*  
Nutricionista  
CRN 14911/5

TATIANA DA SILVA OLIVEIRA FERREIRA NUNES

05/04/2019 08:24:46

CRN-PE-14911



ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, NO DIA 23-03-19, COM TRAUMA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO E TÓRAX, OCASIONANDO FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA ESQUERDA E MÚLTIPLAS FRATURAS DE COSTELAS, EVOLUINDO COM PNEUMOTÓRAX BILATERAL, SENDO SUBMETIDO A DRENAGEM TORÁCICA BILATERAL E TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO DA FRATURA DO ANTEBRAÇO.

ENCONTRA-SE INCAPACITADO PARA O TRABALHO QUE DESEMPENHA POR UM PERÍODO DE 06 (SEIS) MESES.

CID: S22.4 + J93.9 + S52.1

quinta-feira, 19 de junho de 2019

Dr. Paulo R. C. Albuquerque  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 15.172



TIPOM AMERICANA

Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau  
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)  
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE



**DROGATIM BIOFARMAS LTDA**  
 AV AGARREDA BARRA BRAS, 1143 - JARDIM DE NASSAU CARUARU-PE  
 CNPJ: 06.586.610/0001-82  
 IE: 054886

**DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota Fiscal**

NFC-e não permite aproveitamento do crédito de ICMS

| Cod.          | Descrição                    | Qtde | Un | Valor unit. | Valor Desc. | Valor Total |
|---------------|------------------------------|------|----|-------------|-------------|-------------|
| 780652309647  | CLOR CIPRO 500MG BU/14 CIMED | 1    | UN | 34,07       | 17,04       | 17,03       |
| 896523209647  | CLOR CIPRO 500MG BU/14 CIMED | 1    | UN | 34,07       | 17,04       | 17,03       |
| 7891058001155 | NOVALGINA 13 100PR           | 1    | UN | 18,97       | 0,48        | 18,49       |
| 7891058001155 | NOVALGINA 13 100PR           | 1    | UN | 18,97       | 0,48        | 18,49       |
| 7891058011499 | PROFENID PROTET 100PR        | 1    | UN | 55,04       | 5,56        | 50,08       |
| 7896902205048 | ALCANT 70 50ML FARMAX        | 1    | UN | 2,99        | 0,00        | 2,99        |

QUANTIDADE TOTAL DE ITENS: 6  
 Valor Total R\$: 184,71  
 VOCE ECONOMIZOU R\$: 40,60  
 Valor a Pagar: 124,11  
 Forma de Pagamento: Cartão de Crédito  
 Troco R\$: 0,00  
 Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): 38,53

MD5: abb600de905778eeaf322929d0aae34  
 Trib aprox R\$: Fed 16.1322.40 Imp  
 Fonte: IBPT  
 Operador/Endereço: 05/04/2019 11:58:21  
 Efetuamos troca de medicamento com o fornecedor.

Nº: 000036803 Série: 5 05/04/2019 11:58:21  
 Consulte pela Chave de Acesso em  
 w: www.sped.fazenda.pr.gov.br

**CHAVE DE ACESSO**  
 2619 0406 1986 1800 2182 6500 5000 0368 9310 0022 8555

**CONSUMIDOR**  
 Consumidor não informado  
 Consulte via leitor de QR Code

Protocolo de Autorização: 326190233314596  
 05/04/2019 11:58:21

CNPJ: 19.663.454/0001-20 PROCEL LTDA  
 AV AGARREDA BARRA BRAS, 1143 - JARDIM DE NASSAU CARUARU-PE  
 Fone: (81) 3722-4944 744-03

**Documento Auxiliar da Nota Fiscal** - Valor Eletrônico

| Cod.         | Descrição                                      | Qtde | Un | Valor unit. | Valor total |
|--------------|------------------------------------------------|------|----|-------------|-------------|
| 001 00011727 | TRIPLO PROFENID, NALPERU BT 1 UN X 45,50 45,50 |      |    |             |             |

Qtde. Total de Itens: 901  
 Valor Total R\$: 45,50  
 FORMA DE PAGAMENTO: VALOR PAGO R\$: 45,50  
 Dinheiro

Consulta pela Chave de Acesso em  
<http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce/consulta>  
 2619 0316 6034 5609 0120 6500 1600 0421 3710 0042 1375  
 CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO  
 NFC-e nº 000042137 Série 001 28/03/2019 16:50:43  
 Protocolo de Autorização: 326190213358135  
 Data de Autorização: 28/03/2019 16:50:50

**PAGO**

QR Code

EX: 01 TU: 01 OP: 0003 VO: 0141  
 VOCE ECONOMIZOU R\$: 0,09  
 AGRADECENOS PELA PREFERENCIA

Trib Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): R\$ 1,91  
 Via Lógica Sistemas - www.viaslogicasistemas.com.br

**NÃO EFETUAMOS DEVOLUÇÕES  
 OU TROCA DE MEDICAMENTOS**



## UF / PE

Prescrição:

① ~~Siemens~~ Rotor 100 y  
pl cor 2x di

DOC 37

28, 03, 19  
DATA

Dr. Pablo T.C. de Albuquerque  
Ortopedia / Traumatología  
CRM 15.172

Carimbo e assinatura do farmacêutico

## Telephone:

## DATA

1ª VIA FARMÁCIA - 2ª VIA PACIENTE

1875

**CURRICULUM**  
Cooperação para o desenvolvimento  
Conservação ambiental e florestal

28/03/2019 15:53:22

[illegible]

The above is a 100% pure  
Forte 18" 1214.25 Hz

Forma de Pagamento  
Dinheiro

YOTĖ EKONOMIZOU IRIS

CICLO VIDA DE TOTOL DE ITENS

89131/003428 1 UN 6497

|                 |    |      |
|-----------------|----|------|
| 886902205048    | UN | 2,99 |
| ALCOOL 70 500ML |    |      |

| Mã    | Description | Unit | Price | Quantity | Total |
|-------|-------------|------|-------|----------|-------|
| MFC-2 | MFC-2       | kg   | 1000  | 1000     | 1000  |
| Cod   | Description | Unit | Price | Quantity | Total |

DATE NFC-11

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

Assinado eletronicamente por: MARIA AUXILIADORA DA SILVA SANTOS - 17/03/2020 16:34:29  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031716342971300000058414329>  
 Número do documento: 20031716342971300000058414329



DOC. 23



## TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

## DADOS DO PACIENTE

|                                    |                     |                        |                           |
|------------------------------------|---------------------|------------------------|---------------------------|
| Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA      |                     | Registro: 5387         |                           |
| Nascimento: 12/12/1964             | 54 Anos             | Sexo: Masculino        | Natural: RIACHO DAS ALMAS |
| Identidade: 10148742               | CPF: 633.036.714-00 | Profissão:             |                           |
| Endereço: SITIO RAMADA             |                     | Bairro: ZONA RUAL      |                           |
| Cidade: RIACHO DAS ALMAS           | UF                  | CEP: 55120000          |                           |
| Filiação: SEBASTIANA MARIA DE LIMA |                     | / JOSE JOAQUIM DE LIMA |                           |
| Telefone: 81993058040              | Celular: 0          | Religião:              |                           |

## DADOS DA INTERNAÇÃO

|                                                           |                             |                    |        |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|--------|
| Médico Internação: PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE |                             | Prontuário: 42319  |        |
| Convênio: PARTICULAR HSG                                  |                             | Data Internação:   |        |
| Matrícula:                                                | Guia:                       | Validade Guia:     | Senha: |
| Tipo Acomodação: Apartamento                              |                             | Clínica: Cirúrgica |        |
| Bloco: 4º ANDAR                                           | Acomodação: APARTAMENTO 405 | Leito: 405         |        |

## DADOS DO RESPONSÁVEL

|                               |  |                     |                       |
|-------------------------------|--|---------------------|-----------------------|
| Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA |  | CPF: 633.036.714-00 | Identidade: 10148742  |
| Endereço: SITIO RAMADA        |  | Bairro: ZONA RUAL   |                       |
| Cidade: RIACHO DAS ALMAS      |  | UF                  | Telefone: 81993058040 |

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

O responsável, já devidamente qualificado e abaixo assinado, declara para todos os efeitos de direito que assume plena e total responsabilidade na condição de pagador solidário e/ou principal, por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima residente e domiciliado no endereço supra mencionado, atendido e/ou internado neste Hospital.

No caso de o paciente acima mencionado ser associado a qualquer Instituição que mantenha convênio com este Hospital, seja para pagamento total ou parcial do tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial, declara para todos os fins de direito que assume inteira responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital pela Instituição conveniada, seja a que título for, incluindo atraso de pagamento em relação ao pactuado entre Instituição e o Hospital.

Declara, ainda, a validade das despesas já mencionadas até a liquidação do débito, independente de notificação prévia e em caso de inadimplência, acrescidos de juros de mora a partir da alta hospitalar, despesas de cobrança e correção pelos índices de juros bancários.

Outrossim, autoriza que as despesas que forem realizadas, seja(m) emitidas(s) duplicata(s) correspondente(s) a esses valores, em nome do responsável e/ou do paciente, ficando sob a responsabilidade de qualquer dos indicados honrar o pagamento do(s) referido(s) título(s).

Fica eleito como foro competente para dirimir eventuais dissídios decorrentes deste termo ou de qualquer procedimento realizado neste hospital, o foro da comarca de CARUARU/PE, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais especial que seja.

## OBSERVAÇÕES GERAIS:

Este hospital não dispõe de qualquer tipo de cofre para guarda de pertences e/ou valores de seus pacientes e/ou acompanhantes, como também nenhum funcionário do Hospital encontra-se autorizado a proceder à guarda e/ou vigilância dos mesmos, cabendo aos senhores pacientes e acompanhantes a responsabilidade única e exclusiva de guarda e, vigilância de seus pertences e/ou valores, não devendo deixá-los no apartamento quando de sua(s) ausência(s).

Caso o paciente de CONVÊNIO possua autorização de internamento em ENFERMARIA, por opção do paciente ou responsável seja solicitada a troca de acomodação por APARTAMENTO o responsável deverá se encaminhar ao setor financeiro para pagamento da diferença no ato da internação.

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

(Caso Afirmativo Descreva: \_\_\_\_\_)

COBERTURAS PARA ACOMPANHANTE? ( ) SIM (x) NÃO

Caruaru, 4 de Abril de 2019.

☐ Fornecimento de cópia de prontuário.

*Maria Auxiliadora da Silva Santos*

*Assinatura*  
HOSPITAL MEMORIAL CARUARU S/C  
Usuário Internação:



DOC. 22

**Gabriel****FICHA DE ANESTESIA**

CATEGORIA

|                                    |                |                   |       |      |                       |      |
|------------------------------------|----------------|-------------------|-------|------|-----------------------|------|
| NOME: <u>Semirai José da Silva</u> |                |                   |       |      | DATA: <u>02/03/19</u> | REG: |
| SEXO: <u>M</u>                     | COR: <u>PP</u> | IDADE: <u>57a</u> | PESO: | ALT: | HOSPITAL:             |      |

|                |                                                         |       |            |             |                                                                                               |          |       |            |        |
|----------------|---------------------------------------------------------|-------|------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|------------|--------|
| PRÉ-OPERATÓRIA | DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO<br><u>Pré-Operatório (E)</u> |       |            |             |                                                                                               |          |       |            |        |
|                | HEMÁCIAS                                                | HCTQ  | HB         | LEUCÓCITOS  | P.A.                                                                                          | F.C.     | TEMP. | RESPIRAÇÃO | II ASA |
|                | GRUPO SANG                                              | TC    | TS         | PROTOMBINA  | ANESTESIA PROPOSTA <u>Blanca para Prone (E) com Rivotril 12mg em 50mg/4 Tom + Bloqueio T2</u> |          |       |            |        |
|                | GLICOSE                                                 | URÉIA | CREATININA | PROTEÍNAS   |                                                                                               |          |       |            |        |
|                | NA                                                      | K     | CL         | RESERVA ACL |                                                                                               |          |       |            |        |
|                | OP. PROPOSTA<br><u>No Circo Prone Ura (E)</u>           |       |            |             |                                                                                               | ALERGIA: |       |            |        |
| OP. REALIZADA: |                                                         |       |            |             | ANEST. ANTERIOR:                                                                              |          |       |            |        |
|                |                                                         |       |            |             | PRÉ-ANESTÉSICO:                                                                               |          |       |            |        |

|                                                           |           |
|-----------------------------------------------------------|-----------|
| HORA: <u>19h00</u> <u>20h00</u> <u>21h00</u> <u>22h00</u> | ANOTAÇÕES |
| O <sub>2</sub>                                            |           |
| N <sub>2</sub> O                                          |           |
| Gases                                                     |           |
| 200                                                       |           |
| 180                                                       |           |
| 160                                                       |           |
| 140                                                       |           |
| 120                                                       |           |
| 100                                                       |           |
| 80                                                        |           |
| 60                                                        |           |
| 40                                                        |           |
| 20                                                        |           |

|                 |            |             |                                                                         |                     |                        |             |      |
|-----------------|------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|-------------|------|
| AGENTES         | CONC.      | QUANTIDADE  | TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO <sub>2</sub> |                     |                        |             |      |
| <u>Neuraxis</u> | <u>200</u> | <u>4cc</u>  | Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda                                      |                     |                        |             |      |
| <u>Alcon</u>    | <u>1%</u>  | <u>10cc</u> | Intubação                                                               |                     |                        |             |      |
|                 |            |             | Posição <u>Ant</u>                                                      | Local Punção        | Liq. Ret.              | Téc. Inj.   |      |
|                 |            |             | Pos. Pós <u>6</u>                                                       | Pos. Pós <u>Ant</u> | Aparelho <u>Engate</u> | Cond. Final |      |
|                 |            |             | Resultado                                                               | Reflexo             |                        |             |      |
|                 |            |             | Duração da Op.                                                          | Duração da Anest.   |                        |             |      |
|                 |            |             | Monitorização <u>ECG + oximetro + Sat</u>                               |                     |                        |             |      |
|                 |            |             | Teste Aldrete e Koulik                                                  | MOV.                | CONS                   | COR         | CIRC |
|                 |            |             |                                                                         |                     |                        | RESP        | S.R  |

Médico Cirurgião

Médico Anestesiologista



DOC. 21



# HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL

## NOTA DE SALA DE CIRURGIA

|                                           |                                               |                       |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------|
| PACIENTE: <u>Roberta Pereira da Silva</u> | REGISTRO: <u>5387</u>                         | DATA: <u>04.04.19</u> |
| CONVÊNIO: <u>Particular</u>               | PROCEDIMENTO: <u>Tto. Anverso Externo MSF</u> |                       |
| CIRURGIÃO: <u>DR. Pablo</u>               | ANESTESISTA: <u>D. Tiago</u>                  |                       |
| 1º AUXILIAR:                              | 2º AUXILIAR:                                  |                       |
| INSTRUMENTADOR: <u>Mano</u>               | INÍCIO: <u>18:35</u>                          | TÉRMINO: <u>20:30</u> |
| ANESTESIA: <u>Bisopropil</u>              | CIRCULANTE: <u>selok</u>                      |                       |

| Medicamento                                    | Quant. |
|------------------------------------------------|--------|
| Ácido Tranexâmico sol. inj. 250mg/5ml          |        |
| Água destilada sol. inj. 1000ml                |        |
| Água destilada sol. inj. 10ml                  |        |
| Alfentanila sol. inj. 0,544mg/ml - amp 5ml     |        |
| Atropina sol. inj. 0,25mg/ml - amp 1ml         |        |
| Bupivacaína + Glicose sol. inj. 0,5% - amp 4ml |        |
| Bupivacaína isobárica sol. inj. 0,5% - amp 4ml |        |
| Cefalotina sol. inj. 1g - fr/amp               |        |
| Cefazolina sol. inj. 1g - fr/amp               |        |
| Cetoprofeno sol. inj. 100mg/ml - amp 2ml       |        |
| Cetoprofeno sol. inj. IV 100mg - fr/amp        |        |
| Cetorolaco sol. inj. 30mg/ml - amp 1ml         |        |
| Cisatracurio sol. inj. 2mg/ml - amp 5ml        |        |
| Clonidina sol. inj. 150mcg/ml - amp 1ml        |        |
| Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 100ml     |        |
| Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 250ml     |        |
| Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 500ml     |        |
| Dexametasona sol. inj. 4mg/ml - amp 2,5ml      |        |
| Dextroacetaminol sol. inj. 50mg/ml - TAXA      |        |
| Diazepam sol. inj. 5mg/ml - amp 2ml            |        |
| Diclofenaco sol. inj. 25mg/ml - amp 3ml        |        |
| Enoxaparina sol. inj. 40mg - seringa 0,8ml     |        |
| Epinefrina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml          |        |
| Etilefrina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml         |        |
| Etomidato sol. inj. 2mg - amp 10ml             |        |
| Fentanil sol. inj. 0,05mg/ml - TAXA            |        |
| Glicose sol. inj. 5% - fr 250ml                |        |
| Glicose sol. inj. 5% - fr 500ml                |        |
| Heparina sol. inj. 5.000UI - TAXA              |        |
| Hidrocortisona sol. inj. 100mg - fr/amp        |        |
| Hidrocortisona sol. inj. 500mg - fr/amp        |        |
| Hioscina + Dipirona sol. inj. - amp 5ml        |        |
| Levobupivacaína sol. inj. 0,5% C/V - TAXA      |        |
| Levobupivacaína sol. inj. 0,5% S/V - TAXA      |        |
| Lidocaína sol. inj. 2% C/V - Fr/Amp - TAXA     |        |
| Lidocaína sol. inj. 2% S/V - Fr/Amp - TAXA     |        |
| Metronidazol sol. inj. 5mg/ml - bolsa 100ml    |        |
| Midazolam sol. inj. 5mg/ml - amp 3ml           |        |
| Morfina sol. inj. 0,2mg/ml - amp 1ml           |        |
| Morfina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml            |        |
| Morfina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml             |        |
| Nalbufina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml          |        |
| Naioxona sol. inj. 0,4mg/ml - amp 1ml          |        |
| Neostigmina sol. inj. 0,5mg/ml - amp 1ml       |        |
| Omeprazol sol. inj. 40mg - fr/amp              |        |
| Ondasetrona sol. inj. 4mg - amp 2ml            |        |
| Ondasetrona sol. inj. 8mg - amp 2ml            |        |
| Petidina sol. inj. 50mg/ml - amp 2ml           |        |
| Prometazina sol. inj. 50mg - amp 2ml           |        |
| Propofol sol. inj. 10mg/ml - amp 20ml          |        |
| Ranitidina sol. inj. 25mg/ml - amp 2ml         |        |
| Remifentanila sol. inj. 2mg - fr/amp           |        |
| Ringer com Lactato sol. inj. - fr 500ml        |        |
| Rocuronio sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 5ml       |        |
| Ropivacaína sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 20ml    |        |
| Sevoflurano sol. p/inalação 1mg/ml - TAXA      |        |
| Sufentanila sol. inj. 5mcg/ml - amp 2ml        |        |
| Suxametônio sol. inj. 100mg - fr/amp           |        |
| Tenoxicam sol. inj. 20mg - fr/amp              |        |
| Tenoxicam sol. inj. 40mg - fr/amp              |        |

| Material Médico Hospitalar   | Quant. |
|------------------------------|--------|
| Agulha descartável nº        |        |
| Agulha Gingival              |        |
| Agulha para Raquia           |        |
| Agulha Peridural nº 18       |        |
| Algodão bola                 |        |
| Atadura de Crepe nº          |        |
| Atadura gessada nº           |        |
| Cateter para Oxigênio        |        |
| Cateter para venopunção nº   |        |
| Cera para Osso               |        |
| Coletor Sistema Aberto       |        |
| Coletor Sistema Fechado      |        |
| Compressa de gaze 7,5 x 7,5  |        |
| Dreno                        |        |
| Eletrodo                     |        |
| Equipo macro com injetor     |        |
| Equipo para hemoderivados    |        |
| Escova para degermação       |        |
| Espadrapo                    |        |
| Luva estéril nº              |        |
| Máscara descartável          |        |
| Micropore                    |        |
| Palito                       |        |
| Sapatilha descartável        |        |
| Scalp nº                     |        |
| Seringa 10ml                 |        |
| Seringa 1ml                  |        |
| Seringa 20ml                 |        |
| Seringa 3ml                  |        |
| Seringa 5ml                  |        |
| Seringa 60ml                 |        |
| Seringa Perda de Resistência |        |
| Sonda de Foley 02 vias nº    |        |
| Sonda de Foley 03 vias nº    |        |
| Sonda endotraquel nº         |        |
| Sonda nasogátrica curta nº   |        |
| Sonda nasogátrica longa nº   |        |
| Sonda uretral nº             |        |
| Stimuplex                    |        |
| Torneira de 03 vias          |        |
| Touca descartável            |        |
| Tubo de silicone             |        |
| UVIX RUP                     |        |
| COMPRESSA                    |        |
| GUINIA 24                    |        |
| Plano fixo                   |        |
| Lamina N° 75                 |        |
| algodão estopado             |        |

| Fios de Sutura      | Quant. |
|---------------------|--------|
| Algodão c/agulha nº |        |
| Algodão s/agulha    |        |
| Caprofil nº         |        |
| Catgut Cromado nº   |        |
| Catgut Simples nº   |        |
| Ethibond nº         |        |
| Fio de Aço nº       |        |
| Kit Catarata        |        |
| Monocryl nº         |        |
| Nylon nº            |        |
| PDS nº              |        |
| Prolene nº          |        |
| Seda nº             |        |
| Vicryl nº           |        |
| Fio de cerclagem nº |        |
| Fio de Kirschner nº |        |

| OPME                  | Quant. |
|-----------------------|--------|
| Liga Clip             |        |
| Tela de Polipropileno |        |
| malha tubular         |        |

| Líquidos                   | Quant. |
|----------------------------|--------|
| Cloroxidina degermante 2%  |        |
| Água oxigenada             |        |
| Alcool 70°                 |        |
| Cloroxidina alcoólica 0,5% |        |
| Alcool Iodado              |        |
| PVPI Degermante            |        |
| PVPI Tópico                |        |

| TAXAS E EQUIPAMENTOS          | INÍCIO | TÉRMINO |
|-------------------------------|--------|---------|
| Taxa de aparelho de anestesia |        |         |
| Taxa de Aspirador             |        |         |
| Taxa de Bisturi Elétrico      |        |         |
| Taxa de Microscópio           |        |         |
| Taxa de Monitor Cardíaco      |        |         |
| Taxa de Monitor P-1           |        |         |
| Taxa de Oxímetro de Pulso     |        |         |
| Taxa de Sala 04               |        |         |
| Taxa de Videolaparoscopia     |        |         |

| TAXAS E EQUIPAMENTOS   | INÍCIO | TÉRMINO |
|------------------------|--------|---------|
| Taxa de Capnógrafo     |        |         |
| Taxa de Intensificador |        |         |
| GAZES                  |        |         |
| Ar comprimido          |        |         |
| CO <sub>2</sub>        |        |         |
| Oxigênio               |        |         |
| Nitrogênio             |        |         |



Doc. 20



Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA  
Prontuário: 423/19 Registro: 5387  
Sexo: Masculino Idade: 54a 3m 24d  
Localização: 4ANDA, APT405, 405  
Clínica: Cirúrgica

Médico: Germana Milena da Silva  
Convênio: PARTICULAR HSG  
C.I.D.:  
Entrada: 04/04/2019 às 14:53  
Alta:

### Evoluções do paciente

1

05/04/2019 as 07:28:34 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM  
Localização: 4ANDA, APT405, 405  
COREN: PE-1025065 ANITA KAROLINE SILVA VANDERLEI DO NASCIMENTO

Evolução

1.1 - Descrição

RECEBO PACIENTE EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, COM AVP FUNCIONANTE EM MSE PARA VÍNCULO DE MEDICAÇÃO + HDT, COM CURATIVO OCLUSIVO EM F.O EM MMSS, ACEITA DIETA PRESCRITA POR V.O, DIURESE ESPONTÂNEA, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

05/04/2019 as 09:40:41 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM  
Localização: 4ANDA, APT405, 405  
COREN: PE-937842 GERMANA MILENA DA SILVA

Evolução

1.1 - Descrição

RECEBO PLANTÃO COM PACIENTE EM EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SSVV NORMAIS.  
REALIZADO CURATIVO OCLUSIVO EM F.O LIMPA E SECA SEM PRESENÇA DE SINAIS FLUOGISTICOS.

USADO:

02 ATADURAS 10CM  
01 LUVA 6,5  
02 PACT DE GAZE  
20CM DE MICROPORE  
10ML DE ALCOOL

PACIENTE LIBERADO SEM QUEIXAS.

05/04/2019 as 09:41:11 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM  
Localização: 4ANDA, APT405, 405  
COREN: PE-937842 GERMANA MILENA DA SILVA

Evolução

1.1 - Descrição

PACIENTE OBTVEU ALTA HOSPITALAR.  
RETIRADO AVP.

COREN: PE-937842 GERMANA MILENA DA SILVA

Página: 1 de 1

Emitido em: 05/04/2019 09:42:50

AV JOSÉ VERÍSSIMO MAURÍCIO DE NASSAU PE C.E.P.: 59014-320



Doc. 19



Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA  
Prontuário: 423/19 Registro: 5387  
Sexo: Masculino Idade: 54a 3m 23d  
Localização: 4ANDA, APT405, 405  
Clínica: Cirúrgica

Médico: ANDERSON FERNANDO DA SILVA MOURA  
Convênio: PARTICULAR HSG  
C.I.D.:  
Entrada: 04/04/2019 às 14:53  
Alta:

## Evoluções do paciente

1

04/04/2019 as 22:54:19 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM  
Localização: 4ANDA, APT405, 405  
COREN: PE-733483 CICERO ROMAO DE MACEDO

### - Evolução

#### 1.1 - Descrição

as 21:00hrs recebo cliente vindo da srpa em poi de ( punho + tendão ) em egr eupnéico , corado , orientado , afebril , hidratado , c / dieta livre por vo , sem avp , com curativo em fo , segue no leito e aos cuidados da enfermagem.

04/04/2019 as 23:39:16 - Sinais Vitais

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-1178237 ANDERSON FERNANDO DA SILVA MOURA

### - Formulário SSVV

#### 1.1 - Sinais vitais

| ora  | P.Arterial | Pulso/FC | Temperatura | Sat.O2 |
|------|------------|----------|-------------|--------|
| 0:00 | 130X80     | 94       | 36          | 99     |

#### 1.2 - Drenagens

##### 1.2.1 - Outros Drenos

Qual:

##### 1.2.2 - Diurese

( X ) Espontânea

( ) SVA

05/04/2019 as 06:06:40 - Sinais Vitais

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-1178237 ANDERSON FERNANDO DA SILVA MOURA

### - Formulário SSVV

#### 1.1 - Sinais vitais

| ora  | P.Arterial | Pulso/FC | Temperatura | Sat.O2 |
|------|------------|----------|-------------|--------|
| 3:00 | 130X80     | 96       | 36,8        | 96     |

#### 1.2 - Drenagens

##### 1.2.1 - Diurese

( X ) Espontânea

( ) SVA

05/04/2019 as 06:07:07 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-1178237 ANDERSON FERNANDO DA SILVA MOURA

### - Evolução

#### 1.1 - Descrição

REPASSO PLANTÃO COM PACIENTE MANTENDO-SE ESTÁVEL, COM SSVV DENTRO DOS PADRÕES DA NORMALIDADE, COM AVP FUNCIONANTE EM MSE PARA VÍNCULO DE MEDICAÇÃO + HDT, CONCILIA SONO NOTURNO, COM CURATIVO OCLUSIVO EM F.O EM MMSS, ACEITA DIETA PRESCRITA POR V.O, DIURESE ESPONTÂNEA, REALIZADO CUIDADOS DE ROTINA E MEDICADO CPM, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, SEGUIE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Anderson F. da S. Moura  
Téc. Enfermagem  
COREN-1178237

COREN: PE-1178237 ANDERSON FERNANDO DA SILVA MOURA

Página: 1 de 2

Emitido em: 05/04/2019 06:08:40

AV JOSÉ VERÍSSIMO MAURÍCIO DE NASSAU PE C.E.P.: 59014-320





Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA  
 Prontuário: 423/19 Registro: 5387  
 Sexo: Masculino Idade: 54a 3m 24d  
 Localização: 4ANDA, APT405, 405  
 Clínica: Cirúrgica

Médico: Simone Rafela de Andrade Santos  
 Convênio: PARTICULAR HSG  
 C.I.D.:  
 Entrada: 04/04/2019 às 14:53  
 Alta:

## Evoluções do paciente

1

05/04/2019 as 01:30:32 - SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA A ENFERMAGEM  
 Localização: 4ANDA, APT405, 405  
 COREN: PE-199796 SIMONE RAFAELA DE ANDRADE SANTOS

## - EXAME FÍSICO

- Eliminações fisiológicas

- Integridades da pele

3.1 - Estado Geral: Regular

3.2 - Nível de Consciência

Consciente

Orientado

Calm

3.3 - Hidratação: Hidratado

3.4 - Sono e repouso: Preservado

3.5 - Higiene Corporal: Adequada

3.6 - Higiene Bucal: Adequada

3.7 - Alimentação

Via Oral

Tipo:

3.8 - Deambulação: Independente

3.9 - Regulação Térmica: Afebril

3.10 - Oxigenação

Eupnéico

3.11 - Regulação Vascular: Normocárdico

3.12 - Pulso: Cheio

3.13 - Regulação Abdominal

Globoso

Indolor

3.14 - Hábito Urinário

Espontânea

3.15 - Ferida Operatoria

Sim

Local: ANTEBRAÇO ESQUERDO E MÃO DIREITA

3.16 - Dreno

Não

- Diagnóstico de Enfermagem

Risco para Infecção

Risco para sangramento

- Condutas de Enfermagem

Lavagem das mãos antes e após os procedimentos, utilizar EPI'S E técnicas assépticas.

Manter vias aéreas pervias, monitorar FR, observar sinais de esforço respiratório.

Verificar o local da incisão cirúrgica após cada curativo.

Avaliar o processo de cicatrização da ferida operatória.

Avaliar locais de inserção de cateteres quanto à presença de sinais flogísticos.

Orientar quanto a deambulação precoce.

Encorajar a deambulação independente, dentro dos limites seguros.

Explicar ao paciente a rotina do hospital e os procedimentos a serem realizados.

Oferecer informação sobre os cuidados no pré e no pós-operatório.

Oferecer apoio e minimizar a ansiedade.

Administrar medicação conforme prescrição médica.

Oferecer conforto ao paciente.

Orientar quanto a importância de manter uma boa higienização para diminuir os riscos de infecção.

- Evolução Enfermagem

6.1 - Descrição



DOC. 17



TAL MEMORIAL

GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

- Prescrição Médica No.: 8089

Registro:



Nome: **SEBASTIAO JOSE DA SILVA**  
 Prontuário: 42319 Registro: 5387  
 Sexo: Masculino Data nasc.: 12/12/1964 Idade: 54a 3m 23d  
 Localização: 4AANDA, AP T405, Internado há:  
 Clínica: Cirúrgica

Médico: PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE  
 Convênio: PARTICULAR HSG  
 CID: - NAO INFORMADO  
 Peso:  
 Altura:

Observação Prescrição

Item prescrito

| Item prescrito                               | Qtde/dose | Unid. | presc. | Velocidade | Infusão | Via de acesso | Frequencia | Horários |
|----------------------------------------------|-----------|-------|--------|------------|---------|---------------|------------|----------|
| QUIPO MACRO GOTAS COM INJETOR LATERAL - UNID | 1         | UNID  |        |            |         |               |            |          |
| SULHA COM DISP DE SEGURANCA 25 X 7 MM - UNID | 1         | UNID  |        |            |         |               |            |          |
| TIIDINA SOL INJ 25MG/ML - AMP 2ML            | 1         | AMP   |        |            |         |               |            |          |
| SUA DESTILADA SOL INJ - AMP 10ML             | 1         | AMP   |        |            |         |               |            |          |
| ERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA - UNID    | 1         | UNID  |        |            |         |               |            |          |
| SULHA COM DISP DE SEGURANCA 25 X 7 MM - UNID | 1         | UNID  |        |            |         |               |            |          |
| ATIVO DIARIO                                 |           |       |        |            |         |               |            |          |
| + CCGG                                       |           |       |        |            |         |               |            |          |
| ALIVRE                                       |           |       |        |            |         |               |            |          |

VIA ORAL

ACM

ACM

14/04/2019 08:00:00  
 15/04/2019 07:59:00

CARUARU, 4 de Abril

de 2019.

PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

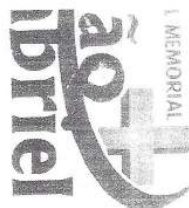
CRM-PE-15172

14 de Abril de 2019 às 22:22

Enfermeiro(a) ou Técnico responsável/ Carimbo

SGH - Sistema de Gerenciamento Hospitalar





GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

- Prescrição Médica No.: 8089

Registro:



Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA

Prontuário: 42319

Registro 5387

Sexo: Masculino

Data nasc.: 12/12/1964

Idade: 54a 3m 23d

Localização: 4ANDA, APT405, Internado há

CID - NAO INFORMADO

Peso: Altura:

Clínica: Cirúrgica

Observação Prescrição

Item prescrito

Qtd/dose Unid. presc. Velocidade Infusão Via de acesso Frequência Horários

BRANDA HIPOSSODICA

1 Refeições

VIA ORAL

ETO DE SODIO SOL INJ 0,9% - FR 500ML

1 FRS

INTRAVENOSA

12/12

OTINA SOL INJ 1G - FR/AMP

1 FRS/AMP

INTRAVENOSA

06/06

UA DESTILADA SOL INJ - AMP 10ML

1 AMP

RINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA - UNID

1 UNID

ULHA COM DISP DE SEGURANCA 25 X 7 MM - UNID

1 UNID

CNA SOL INJ 500MG/ML - AMP 2ML

1 AMP

INTRAVENOSA

S/N 04/04

UA DESTILADA SOL INJ - AMP 10ML

1 AMP

RINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA - UNID

1 UNID

ULHA COM DISP DE SEGURANCA 25 X 7 MM - UNID

1 UNID

XICAM SOL INJ 40MG - FR/AMP

1 FRS/AMP

INTRAVENOSA

12/12

UA DESTILADA SOL INJ - AMP 10ML

1 AMP

RINGA DESCARTAVEL 5ML SEM AGULHA - UNID

1 UNID

ULHA COM DISP DE SEGURANCA 25 X 7 MM - UNID

1 UNID

ADOL SOL INJ 100MG - AMP 2ML

1 AMP

INTRAVENOSA

S/N 08/08

ORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% - FR 100ML

1 FRS

RINGA DESCARTAVEL 3ML SEM AGULHA - UNID

1 UNID

24/04/2019 08:00:00

CARUARU, 4 de Abril de 2019.

05/04/2019 07:59:00

PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

Enfermeiro(a) ou Técnico responsável/ Carimbo

CRM-PE-15172

SGH - Sistema de Gerenciamento Hospitalar



Nome: SEBASTIAO JOSE DA SILVA  
 Prontuário: 423/19 Registro: 5387  
 Sexo: Masculino Idade: 54a 3m 23d  
 Localização: 4ANDA, APT405, 405  
 Clínica: Cirúrgica

Médico: Juliete Bezerra Da Silva  
 Convênio: PARTICULAR HSG  
 C.I.D.:  
 Entrada: 04/04/2019 às 14:53  
 Alta:

## Evoluções do paciente

1

## 04/04/2019 as 16:06:38 - ADMISSÃO DE ENFERMAGEM

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-796037 JULIETE BEZERRA DA SILVA

- Admissão de Enfermagem (Cirúrgica)

## 1.1 - Evolução

Paciente admitido neste setor hospitalar para realizar procedimento cirúrgico em mmss, CIEGR, consciente, orientado, hidratado, normocorado, acianótico, anictérico, deambulando dieta oral zero(SIC), anexado ao prontuário exames laboratoriais \ exames de imagem \ parecer cardiológico \ nega dm , has e alergias , RELATA SER CARDIACO , JÁ FEZ CATI . sem mais queixas, orientado quanto ao preparo do pré-operatório. aguardando encaminhamento para o bloco cirúrgico.

## 1.2 - Sinais Vitais

| hora | Temp.(°) | Pulso | Resp. | PA     |
|------|----------|-------|-------|--------|
| 6:00 | 36       | 75    | 97    | 130x80 |

## 04/04/2019 as 17:17:29 - EVOLUCAO P/ ENCAMINHAMENTO AO BLOCO CIRURGICO

Localização: 4ANDA, APT405, 405

COREN: PE-796037 JULIETE BEZERRA DA SILVA

- Evolução P/ Encaminhamento ao Bloco Cirurgico

## 1.1 - Descrição:

Paciente encaminhado para o bloco cirúrgico, sem intercorrências.

Juliete Bezerra da Silva  
 J. Bezerra da Silva  
 COREN: PE-796037

COREN: PE-796037 JULIETE BEZERRA DA SILVA



... e órgãos moles e duros. Este paciente entende que qualquer tecido ou órgão cirurgicamente removido pode ser utilizado pelo hospital ou pelo médico de acordo com a prática médica hospitalar.

Estou ciente que posso apresentar reações alérgicas desconhecidas por mim e pelos médicos aos medicamentos ou soluções utilizadas no procedimento.

Estou ciente que qualquer aspecto deste formulário de consentimento que eu não consiga entender pode ser explicado para mim em maiores detalhes apenas perguntando ao meu médico ou aos seus associados. Certifico que o meu médico me informou sobre a natureza e características do tratamento proposto, dos resultados antecipados do tratamento proposto, de outras possíveis alternativas de tratamento para esta patologia, e dos possíveis riscos conhecidos, complicações e dos benefícios antecipados envolvidos no tratamento proposto e nas formas alternativas de tratamento, incluindo o não tratamento.

Assinatura do paciente ou do responsável: Sidracilma F. Silva dos Santos

Nome em letra de forma: Sidracilma Figueira Silva dos Santos RG: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

O procedimento médico ou cirúrgico descrito no formulário, incluindo os possíveis riscos, complicações, tratamentos alternativos (incluindo o não tratamento) e resultados antecipados, foram explicados por mim ao paciente ou ao seu responsável antes que o consentimento fosse assinado.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura do médico: \_\_\_\_\_

NOME em letra de forma: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhes todas as informações necessárias e aconselhá-lo, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.





## CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TODAS AS OPERAÇÕES CIRÚRGICAS

Este é um formulário padrão de consentimento orientado para operações cirúrgicas. As informações ali contidas servem tanto para pequenas cirurgias como para grandes em pacientes com várias complicações.

Estas informações não pretendem assustá-lo, e sim lhe oferecer dados sobre todos os riscos que eventualmente possam acontecer com procedimentos cirúrgicos. Por exemplo: em muitas operações há uma possibilidade muito remota de se precisar de transfusão sanguínea, mas assim a possibilidade de transfusão é mencionada. Esperamos que este formulário o ajude a compreender melhor eventuais acontecimentos que venham a ocorrer depois da cirurgia. Se você não entender alguma coisa, PERGUNTE.

Entendi que para evitar sangramento não devo ingerir produtos com aspirina (ácido acetilsalicílico) por 7 a 10 dias antes da cirurgia.

Reconheço que, durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais aqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico abaixo e os seus assistentes designados por ele, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional dele, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou informado de que existem riscos significantes, como perda severa de sangue, infecção e ataque cardíaco que podem levar à morte ou à incapacidade parcial ou permanente que, podem acontecer durante o desenvolvimento de qualquer procedimento. Estou ciente que nos casos de cirurgias abertas, em que se faz uma incisão, podem ocorrer infecção, dor no local da incisão ou o aparecimento de hérnia (fraqueza ou pequena abertura da parede muscular), levando a necessidade de futuros tratamentos ou procedimentos cirúrgicos.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista dos riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Estou ciente de que não existe garantia ou segurança absoluta referente aos resultados deste procedimento ou referente à cura da minha condição.

Autorizo a administração de anestesia por um médico anestesiológista aprovado pelo meu médico. Compreendo que toda anestesia envolve um certo risco ou complicações e possivelmente danos severos aos órgãos vitais, como cérebro, coração, pulmões, fígado e rins, que podem resultar em paralisia, ataque cardíaco e/ou morte cerebral por causas conhecidas ou desconhecidas.

Autorizo o uso de transfusões de sangue ou derivados do sangue se forem necessários e indicados pelos médicos. Estou ciente que existem doenças que podem ser transmitidas por meio destes produtos derivados





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 098ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIACHO DAS ALMAS - DP98ªCIRC  
DINTER/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0188000216**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/04/2019** às **10:50**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **22/3/2019** às **18:20**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JOAO SOARES DA FONSECA, 1, NA PRIMEIRA ENTRADA DO GOLDEN PARK** - Bairro: **VILA DA COHAB - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

JONAS FERREIRA DE ANDRADE ( AUTOR \ AGENTE )  
GENI BATISTA DA SILVA ( NOTICIANTE )  
MESSIAS ( TESTEMUNHA )  
MAURÍCIO ( TESTEMUNHA )  
SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JONAS FERREIRA DE ANDRADE  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA

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

**SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEBASTIANA MARIA DE LIMA** Pai: **JOSÉ JOAQUIM DA SILVA** Data de Nascimento: **12/12/1964** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10148742/SDS/PE (RG). 63303671400 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 989690489**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 1, SÍTIO ESMERA, PRÓXIMO DE ZÉ SEVERINO VIOLEIRO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JONAS FERREIRA DE ANDRADE (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **ANUNCIADA FERREIRA DE ANDRADE** Pai: **LUIZ GONZAGA DE ANDRADE** Data de Nascimento: **8/3/1965** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **RUA DOUTOR MANOEL BORBA, 1, CASA DO CRIADOR (ANDAR SUPERIOR) - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=188&idOc=7723611&nroB...> 25/11/2019



Endereço Residencial: **SÍTIO SERRA VERDE, 1, POR TRÁS DO POSTO DE EDINHO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MAURÍCIO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: INÁCIA Pai: JOSÉ SEVERINO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 1, CASA DE SEVERINO VIOLEIRO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**GENI BATISTA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEFA PEREIRA DA SILVA Pai: MANOEL BATISTA DA SILVA Data de Nascimento: 4/7/1967 Naturalidade: GURINHEM / PARAIBA / BRASIL Documentos: 10160166/SDS/PE (RG), 92898831468 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Telefones Celulares: - 991805121**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 1, SÍTIO ESMERA, PRÓXIMO ZÉ SEVERINO VIOLEIRO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**VEÍCULO 1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCW4113** (PERNAMBUCO/RIACHO DAS ALMAS) Renavam: **141151020** Chassi: **9C2KC2200JR008805**  
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**

**VEÍCULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JONAS FERREIRA DE ANDRADE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JONAS FERREIRA DE ANDRADE**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHONETE/GM/S10** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCC2016** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

**SEBASTIÃO JOSÉ VINHA EM SUA MOTO, NA PE 95, NO SENTIDO CUMARU-PE - RIACHO DAS ALMAS-PE, QUANDO JONAS, QUE VINHA EM SUA CAMINHONETE, NO SENTIDO CONTRÁRIO, ENTROU À ESQUERDA BRUSCAMENTE, ATRAVESSANDO NA FRENTE DE SEBASTIÃO JOSÉ, QUE CHEGOU A FREIAR, MAS NÃO HOUVE TEMPO PARA PARAR, TENDO OCORRIDO A COLISÃO. A MOTO ATINGIU A LATERAL DIREITA DA CAMINHONETE. JONAS NÃO PAROU E SEGUIU NO SENTIDO DO BAIRRO GOLDEN PARK. SEBASTIÃO JOSÉ FOI SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL LOCAL, PRONTUÁRIO 00020069-7, E DE LÁ AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, EM RECIFE-PE, DEVIDO À GRAVIDADE DOS FERIMENTOS QUE SOFREU. POSTERIORMENTE SEBASTIÃO JOSÉ FEZ DIVERSAS CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS DE DRENAGEM, COM PREVISÃO DE SEIS MESES PARA MELHORA, SEM INFORMAÇÕES SOBRE SEQUELAS.**

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

**GENI BATISTA DA SILVA**  
**(NOTICIANTE)**

B.O. registrado por: **ALMIR JOSE DA SILVA** - Matrícula: **209093-7**







## PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

### I – OUTORGANTE:

**SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA**, brasileiro, casado, aposentado, devidamente inscrito no CPF/MF sob o nº 633.036.714-00 e no RG/SDS/PE sob o nº 10.148.742/SDS/PE residente e domiciliado no Sítio Esmera s/n – Zona Rural, Bezerros/PE.

### II – OUTORGADOS:

**CRISTIANO RODRIGUES DO NASCIMENTO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Pernambuco sob o nº 43.292 e **JONATHANN RAFAEL DE MELO SILVA**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Pernambuco sob o nº 42.466, ambos com endereço profissional na Av. Oswaldo Cruz, nº 217, sala 205, Empresarial Maurício de Nassau, Trade Center, bairro Maurício de Nassau, Caruaru/PE, CEP: 55.012-040.

### III – PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, a Outorgante nomeia e constitui os Outorgados como seus bastantes procuradores, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, inclusive os da cláusula *ad judicium et extra*, para representá-la em Repartição Pública, qualquer juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito for as ações competentes e defendê-la nas contrárias, seguindo umas às outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-as, conferindo-lhes, ainda, poderes *especiais* para receber citação, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, reconhecer a procedência do pedido, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo em conjunto ou separadamente, podendo substabelecer esta a outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Caruaru/PE, 28 de novembro de 2019.

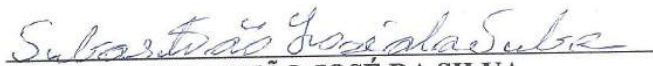
  
SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA, brasileiro, casado, aposentado, devidamente inscrito no CPF/MF sob o nº 633.036.714-00 e no RG/SDS/PE sob o nº 10.148.742/SDS/PE, residente e domiciliado no Sítio Esmera s/n – Zona Rural, Bezerros/PE, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Caruaru, 25 de novembro de 2019.

  
SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE  
Nº 014485660806  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 114151020  
COD RENAVAM 114151020  
R.N.I.T.O. \*\*\*\*\*  
EXERCÍCIO 2019

NOME SEBASTIAO JOSE DA SILVA

RENCHIO DAS ALMAS-PE 0

CPF / CNPJ 632.036.719-00 PLACA PC04113

PLACA ANT / UF 9C2KCC2200JR008305

ESPECIE TIPO B3S / MOTOCICLETA COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MODELO / MARCA HONDA / CG 160 FAN

CAP / POT / CIL 2E / 15CVL CATEGORIA EBTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

VENIC. COTA ÚNICA 1  
VENIC. COTAS 2  
VENIC. COTAS 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PREMIO TOTAL (R\$) 15/04/19

DATA DE PAGAMENTO 15/04/19

OBSERVAÇÕES

FIATCHE 106/2019 F211/13

DATA 22/04/19

RECEBOS

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014485660806 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
SEBASTIAO JOSE DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

RENCHIO DAS ALMAS-PE 2019 DATA EMISSÃO 22/04/19

VA 632.036.719-00 PLACA PC04113

RENAVAM 114151020 MARCA / MODELO HONDA / CG 160 FAN

ANO FAB. 2017 QOT. TMR 9C2KCC2200JR008305

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) 36.03 DENATIAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 50.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL SEM IOF DO SEGURO (R\$) 64.38

DATA DE OUTRGAO 15/04/19

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

R//

1. PROFENID PROTECT 200mg/20mg ----- 01 Cx  
TOMAR 01 COMP VO AO DIA POR 10 DIAS.
2. NOVALGINA 1g ----- 01 Cx  
TOMAR 01 COMP VO DE 6/6h CASO DOR.

DR. PABLO ALVARO GONZALEZ ALBUQUERQUE  
Ortodontia e Traumatologia  
CRM 15.172  
05/04/2019

**Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau**  
**Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)**  
**CEP 55.014-250 - Caruaru - PE**

**PAGO / ENTREGUE**  
29/103/19

1552 - PAGO DE PRECATORIO  
JAN CARL E SILVA  
- Ficti: 19  
29032019

Pedido: 1552  
Ficti: 018 FL 16-3 ARQUIV  
Situação: 1-2 Pendente  
Data: 0

Cliente: MARIA BERNARDETE FELICIANA SILVA  
Número: JOSE FELISMINO  
Bairro: CENTRO  
Cidade: RACHO DAS ALMAS/PE  
Fone: 81-994835412

CPF/CNPJ: 043.679.84-19  
Endereço: 514 - EDUARDA FLAVIA DA SILVA  
Por. Parc.: 1

Parcelas: 12  
Cód. do P. do Q. ANHEIRO - 1 X de R\$ 699,00  
Cód. do P. do Q. Vlr Unit.  
1200 699,00

1200 699,00  
Causa: DO PAPA VIENA REF  
PRIMESEDE / MARROM / SV

Out. Kems: 1  
Total Produce: 8399,00





Clínica  
**ODONTOmed**

DOC 41

Pl. Sebastião José da Silva

Indica utilização  
de Caduca do Papa

Dr. Pablo T. C. de Albuquerque  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 15.172

81.9 9276.9500

clinicaodontomed.riachodasalmas

Rua Agamenon Magalhães, 22,  
Centro, Riacho das Almas-PE



LAUDO MÉDICO:

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, OCASIONANDO FRATURA DIAFISÁRIA ISOLADA DA ULNA. SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, NO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, DE FRATURA DE ULNA ESQUERDA, FIXADO COM PLACA DPC 3.5mm. PORÉM EVOLUIU COM SOLTURA DO MATERIAL DE SINTESE E DIASTASE DOS FRAGMENTOS, SENDO NECESSÁRIO NOVO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, O QUAL FOI REALIZADO DE FORMA PARTICULAR NO HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL.

CID: S52.2

  
DR. PABLO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 15.172  
18/07/2019

**Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau**  
**Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)**  
**CEP 55.014-250 - Caruaru - PE**



DOC 31



## RECIBO DE AUTORIZAÇÃO

RECEBI DE SEBASTIAO JOSE DA SILVA , MATRÍCULA 876251001000, E CPF 633.036.714-00, O VALOR DE R\$ 37,83 (TRINTA E SETE REAIS, E OITENTA E TRES CENTAVOS) REFERENTE A CONSULTA N. AUT416859 REALIZADA POR HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL.

Clínica São Gabriel  
ADALMERCIA BEZERRA DA COSTA

Hospital Memorial São Gabriel  
Recepção



DOC 32

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                    |               |                            |                                |                                             |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------|----------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------|-----------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 | <b>PREFEITURA DE CARUARU</b>                       |               |                            |                                | <b>Número da NFS-e</b>                      |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 | <b>SECRETARIA DE NEGOCIOS DA FAZENDA MUNICIPAL</b> |               |                            |                                | <b>408</b>                                  |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 | <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e</b>   |               |                            |                                |                                             |           |
| Data e Hora da Emissão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 18/07/2019 17:50:39                                             | Competência                                        | 18/7/2019     | Código de Verificação      | 649230781                      |                                             |           |
| Número do RPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                 | No. da NFS-e substituída                           |               | Local da Prestação         | CARUARU - PE                   |                                             |           |
| <b>Dados do Prestador de Serviços</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                 |                                                    |               |                            |                                |                                             |           |
| Razão Social/Nome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                 | PABLO & TAMARA ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL LTDA  |               |                            |                                |                                             |           |
| Nome Fantasia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                 | C.O.T.                                             |               |                            |                                |                                             |           |
| CNPJ/CPF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 13.872.370/0001-60                                              | Inscrição Municipal                                | 90595880      | Município                  | CARUARU - PE                   |                                             |           |
| Endereço e Cep                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | AVENIDA JOSÉ VERÍSSIMO, 186 - MAURÍCIO DE NASSAU CEP: 55014-250 |                                                    |               |                            |                                |                                             |           |
| Complemento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                 | Telefone:                                          | (81)3721-3957 | e-mail:                    | cot.caruaru@gmail.com          |                                             |           |
| <b>Dados do Tomador de Serviços</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                 |                                                    |               |                            |                                |                                             |           |
| Razão Social/Nome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                 | SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA                            |               |                            |                                |                                             |           |
| CNPJ/CPF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 633.036.714-00                                                  | Inscrição Municipal                                |               | Município                  | RIACHO DAS ALMAS - PE          |                                             |           |
| Endereço e Cep                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SÍTIO ESMERA, S/N - ZONA RURAL CEP: 55120-000                   |                                                    |               |                            |                                |                                             |           |
| Complemento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                 | Telefone:                                          |               | e-mail:                    |                                |                                             |           |
| <b>Discriminação dos Serviços</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                 |                                                    |               |                            |                                |                                             |           |
| REFERENTE A HORÁRIO MÉDICO - CIRURGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                 |                                                    |               |                            |                                |                                             |           |
| CIRURGIÃO R\$1.500,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                 |                                                    |               |                            |                                |                                             |           |
| ANESTESISTA R\$300,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                 |                                                    |               |                            |                                |                                             |           |
| <b>Código do Serviço / Atividade</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                 |                                                    |               |                            |                                |                                             |           |
| 4.03 / 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                 |                                                    |               |                            |                                |                                             |           |
| <b>Detalhamento Específico da Construção Civil</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                 |                                                    |               |                            |                                |                                             |           |
| Código da Obra                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 |                                                    |               |                            | Código ART                     |                                             |           |
| <b>Tributos Federais</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                 |                                                    |               |                            |                                |                                             |           |
| PIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                 | COFINS                                             |               | IR(R\$)                    |                                | INSS(R\$)                                   | CSLL(R\$) |
| <b>Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                 |                                                    |               | <b>Outras Retenções</b>    |                                | <b>Cálculo do ISSQN devido no Município</b> |           |
| Valor dos Serviços R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1.800,00                                                        |                                                    |               | Natureza Operação          | Valor dos Serviços R\$         | 1.800,00                                    |           |
| (-) Desconto Incondicionado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                 |                                                    |               | 1-Tributação no município  | (-) Deduções permitidas em lei |                                             |           |
| (-) Desconto Condicionado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                 |                                                    |               | Regime especial Tributação | (-) Desconto Incondicionado    |                                             |           |
| (-) Retenções Federais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 0,00                                                            |                                                    |               | 0-Nenhum                   | Base de Cálculo                | 1.800,00                                    |           |
| Outras Retenções                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |                                                    |               | Opção Simples Nacional     | (x) Alíquota %                 | 5,00                                        |           |
| (-) ISS Retido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 |                                                    |               | 1 - Sim                    | ISS a reter:                   | ( ) Sim (X) Não                             |           |
| (=) Valor Líquido R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1.800,00                                                        |                                                    |               | Incentivador Cultura       | (=) Valor do ISS: R\$          | 0,00                                        |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                    |               | 2-Não                      |                                |                                             |           |
| 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, CARUARU.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.<br>3- Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI. |                                                                 |                                                    |               |                            |                                |                                             |           |
| <b>Avisos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                 |                                                    |               |                            |                                |                                             |           |



DOC. 33

Recibo Contas a Receber

HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL LTDA  
CNPJ: 22.721.288/0001-26  
AV. JOSE VERISSIMO  
CARUARU

R E C I B O

Nº Ctr. 16780

Reg.: 110162

R\$ 75,00

Recebi(emos) do(s) Sr.(s) SEBASTIAO JOSE DA SILVA a importância supramencionado de 75,00 (SETENTA E CINCO REAIS).

Proveniente de: rx

003-EXAMES

75,00

Total

75,00

Por ser verdade e para seu documento, firmo(amos) o presente recibo.

CARUARU, 16 de maio de 2019



Assinatura



DOC 34.

**Recibo Contas a Receber**

HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL LTDA  
CNPJ: 22.721.288/0001-26  
AV. JOSE VERISSIMO  
CARUARU

**R E C I B O**

Nº Ctr. 16039  
Reg.: 10568401

R\$ 30,00

Recebi(emos) do(s) Sr.(s) SEBASTIAO JOSE DA SILVA a importância supramencionado de 30,00 (TRINTA REAIS).

Proveniente de: tx curativo  
002-TAXAS

30,00

Total

30,00

Por ser verdade e para seu documento, firmo(amos) o presente recibo.

CARUARU, 18 de abril de 2019



Assinatura

Usuário - ALYNECOSTA





HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL  
Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau  
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)  
CNPJ: 22.721.288/0001-26 | CEP 55.014-250 - Caruaru - PE

DOC 29

**RECIBO R\$ 200,00.**

RECEBEMOS DE Sebastião José da Silva

A IMPORTÂNCIA DE R\$ 200,00 a Duzentos reais

REFERENTE A Consulta Da Pablo

CARUARU, 28 DE 03 DE M

[Assinatura]  
Assinatura



DOC. 49

**Recibo Contas a Receber**

HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL LTDA  
CNPJ: 22.721.288/0001-26  
AV. JOSE VERISSIMO  
CARUARU

**R E C I B O**

Nº Ctr. 16039  
Reg.: 10568401

R\$ 30,00

Recebi(emos) do(s) Sr.(s) SEBASTIAO JOSE DA SILVA a importância supramencionado de 30,00 (TRINTA REAIS).

Proveniente de: tx curativo  
002-TAXAS

30,00

Total

30,00

Por ser verdade e para seu documento, firmo(amos) o presente recibo.

CARUARU, 18 de abril de 2019



Assinatura

Usuário - ALYNECOSTA

DOC 44

**Recibo Contas a Receber**

HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL LTDA  
CNPJ: 22.721.288/0001-26  
AV. JOSE VERISSIMO  
CARUARU

**R E C I B O**

Nº Ctr. 15754  
Reg.: 5387

R\$ 2.130,00

Recebi(emos) do(s) Sr.(s) SEBASTIAO JOSE DA SILVA a importância supramencionado de 2.130,00 (DOIS MIL E CENTO E TRINTA REAIS).

Proveniente de: inter dr pablo

002-TAXAS

525,00

005-MATERIAIS MEDICO HOSPITALAR

1.115,36

001-DIARIAS

330,00

003-EXAMES

75,00

004-MEDICAMENTOS

94,58

Total

2.139,94

Desconto

9,94

Por ser verdade e para seu documento, firmo(amos) o presente recibo.

CARUARU, 08 de abril de 2019



Assinatura





HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL  
Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau  
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)  
CNPJ: 22.721.288/0001-26 | CEP 55.014-250 - Caruaru - PE

DOC 29

**RECIBO R\$ 200,00.**

RECEBEMOS DE Sebastião José da Silva

A IMPORTÂNCIA DE R\$ 200,00 a Dozentos reais

REFERENTE A Consulta Da Pablo

CARUARU, 28 DE 03 DE M

[Assinatura]  
Assinatura



|                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                 |  |                                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
|                                            |  | <b>PREFEITURA DE CARUARU</b> <i>DOC - 26</i><br><b>SECRETARIA DE NEGOCIOS DA FAZENDA MUNICIPAL</b><br><b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e</b>                                                                                   |  |                                 |  | <b>Número da NFS-e</b><br><b>11351</b>      |  |
| <b>Data e Hora da Emissão</b>                                                                                               |  | 18/07/2019 17:34:50                                                                                                                                                                                                                      |  | <b>Competência</b>              |  | 18/7/2019                                   |  |
| <b>Número do RPS</b>                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>No. da NFS-e substituída</b> |  |                                             |  |
|                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>Código de Verificação</b>    |  | 498520476                                   |  |
|                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>Local da Prestação</b>       |  | CARUARU - PE                                |  |
| <b>Dados do Prestador de Serviços</b>                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                 |  |                                             |  |
| <b>Razão Social/Nome</b>                                                                                                    |  | SAO GABRIEL DIAGNOSTICOS LTDA                                                                                                                                                                                                            |  |                                 |  |                                             |  |
| <b>Nome Fantasia</b>                                                                                                        |  | SAO GABRIEL DIAGNOSTICOS                                                                                                                                                                                                                 |  |                                 |  |                                             |  |
| <b>CNPJ/CPF</b>                                                                                                             |  | 17.181.632/0001-00                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>Inscrição Municipal</b>      |  | 90598892                                    |  |
|                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>Município</b>                |  | CARUARU - PE                                |  |
| <b>Endereço e Cep</b>                                                                                                       |  | RUA SALDANHA MARINHO ,383 - MAURÍCIO DE NASSAU CEP: 55012-740                                                                                                                                                                            |  |                                 |  |                                             |  |
| <b>Complemento:</b>                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>Telefone:</b>                |  | (81)3722-7997                               |  |
|                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>e-mail:</b>                  |  | Objetivacontabilidade@hotmail.com           |  |
| <b>Dados do Tomador de Serviços</b>                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                 |  |                                             |  |
| <b>Razão Social/Nome</b>                                                                                                    |  | SEBASTIAO JOSE DA SILVA                                                                                                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                             |  |
| <b>CNPJ/CPF</b>                                                                                                             |  | 633.036.714-00                                                                                                                                                                                                                           |  | <b>Inscrição Municipal</b>      |  |                                             |  |
|                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>Município</b>                |  | RIACHO DAS ALMAS - PE                       |  |
| <b>Endereço e CEP</b>                                                                                                       |  | SITIO ESMERA ,0 - ZONA RURAL CEP: 55120-000                                                                                                                                                                                              |  |                                 |  |                                             |  |
| <b>Complemento:</b>                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>Telefone:</b>                |  |                                             |  |
|                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>e-mail:</b>                  |  |                                             |  |
| <b>Discriminação dos Serviços</b>                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                 |  |                                             |  |
| SERVIÇO PRESTADO AO PACIENTE SEBASTIAO JOSE DA SILVA REALIZADO O EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA DA MAO DIREITA NO DIA 28/03/2019 |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                 |  |                                             |  |
| <b>Código do Serviço / Atividade</b>                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                 |  |                                             |  |
| 4.03 / 864020200 - LABORATÓRIOS CLÍNICOS                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                 |  |                                             |  |
| <b>Detalhamento Específico da Construção Civil</b>                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                 |  |                                             |  |
| <b>Código da Obra</b>                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                 |  | <b>Código ART</b>                           |  |
|                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                 |  |                                             |  |
| <b>Tributos Federais</b>                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                 |  |                                             |  |
| <b>PIS</b>                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>COFINS</b>                   |  |                                             |  |
|                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>IR(R\$)</b>                  |  |                                             |  |
|                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>INSS(R\$)</b>                |  |                                             |  |
|                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>CSLL(R\$)</b>                |  |                                             |  |
| <b>Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços</b>                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>Outras Retenções</b>         |  | <b>Cálculo do ISSQN devido no Município</b> |  |
| <b>Valor dos Serviços R\$</b>                                                                                               |  | 135,00                                                                                                                                                                                                                                   |  | <b>Natureza Operação</b>        |  | <b>Valor dos Serviços R\$</b>               |  |
| (-) Desconto Incondicionado                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | 1-Tributação no município       |  | (-) Deduções permitidas em lei              |  |
| (-) Desconto Condicionado                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | Regime especial Tributação      |  | (-) Desconto Incondicionado                 |  |
| (-) Retenções Federais                                                                                                      |  | 0,00                                                                                                                                                                                                                                     |  | 0-Nenhum                        |  | <b>Base de Cálculo</b>                      |  |
| <b>Outras Retenções</b>                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>Opção Simples Nacional</b>   |  | <b>(x) Alíquota %</b>                       |  |
| (-) ISS Retido                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | 2 - Não                         |  | <b>ISS a reter:</b>                         |  |
| (-) Valor Líquido R\$                                                                                                       |  | 135,00                                                                                                                                                                                                                                   |  | <b>Incentivador Cultura</b>     |  | <b>(-) Valor do ISS R\$</b>                 |  |
|                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | 2-Não                           |  | 4,05                                        |  |
| <b>Avisos</b>                                                                                                               |  | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, CARUARU.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação. |  |                                 |  |                                             |  |



Doc 27

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       | <b>PREFEITURA DE CARUARU</b><br><b>SECRETARIA DE NEGOCIOS DA FAZENDA MUNICIPAL</b><br><b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e</b> |                          |                          |  | <b>Número da NFS-e</b><br><b>6791</b> |  |                       |  |              |  |                           |  |                    |  |                          |       |                   |                          |                             |  |                           |       |                           |  |                            |  |                        |      |          |  |                  |  |                          |  |                |  |         |  |                         |       |       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|---------------------------------------|--|-----------------------|--|--------------|--|---------------------------|--|--------------------|--|--------------------------|-------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|--|---------------------------|-------|---------------------------|--|----------------------------|--|------------------------|------|----------|--|------------------|--|--------------------------|--|----------------|--|---------|--|-------------------------|-------|-------|--|
| Data e Hora da Emissão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       | 21/05/2019 12:19:49                                                                                                                    |                          | Competência              |  | 21/5/2019                             |  | Código de Verificação |  | 506865351    |  |                           |  |                    |  |                          |       |                   |                          |                             |  |                           |       |                           |  |                            |  |                        |      |          |  |                  |  |                          |  |                |  |         |  |                         |       |       |  |
| Número do RPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                                                                                                                                        |                          | No. da NFS-e substituída |  |                                       |  | Local da Prestação    |  | CARUARU - PE |  |                           |  |                    |  |                          |       |                   |                          |                             |  |                           |       |                           |  |                            |  |                        |      |          |  |                  |  |                          |  |                |  |         |  |                         |       |       |  |
| <b>Razão Social/Nome:</b> HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL LTDA.<br><b>Nome Fantasia:</b> HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL<br><b>CNPJ/CPF:</b> 22.721.288/0001-26 <b>Inscrição Municipal:</b> 90602272 <b>Município:</b> CARUARU - PE<br><b>Endereço e Cep:</b> AVENIDA JOSÉ VERÍSSIMO, 752 - MAURÍCIO DE NASSAU CEP: 55014-250<br><b>Complemento:</b> <b>Telefone:</b> (81)3727-7250 <b>e-mail:</b> jose505@zipmail.com.br                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |                                                                                                                                        |                          |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                           |  |                    |  |                          |       |                   |                          |                             |  |                           |       |                           |  |                            |  |                        |      |          |  |                  |  |                          |  |                |  |         |  |                         |       |       |  |
| <b>Razão Social/Nome:</b> SEBASTIAO JOSE DA SILVA<br><b>CNPJ/CPF:</b> 633.036.714-00 <b>Inscrição Municipal:</b> <b>Município:</b> RIACHO DAS ALMAS - PE<br><b>Endereço e Cep:</b> SÍTIO ESMERA, S/N - ZONA RURAL CEP: 55120-000<br><b>Complemento:</b> <b>Telefone:</b> <b>e-mail:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                                                                                                                                        |                          |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                           |  |                    |  |                          |       |                   |                          |                             |  |                           |       |                           |  |                            |  |                        |      |          |  |                  |  |                          |  |                |  |         |  |                         |       |       |  |
| REF. A SERVIÇO MÉDICOS E HOSPITALARES PRESTADOS.<br><br>VALOR APROXIMADO DE IMPOSTOS R\$6,69.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                                                                                                                                        |                          |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                           |  |                    |  |                          |       |                   |                          |                             |  |                           |       |                           |  |                            |  |                        |      |          |  |                  |  |                          |  |                |  |         |  |                         |       |       |  |
| 4.03 / 861010101 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                                                                                                                                        |                          |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                           |  |                    |  |                          |       |                   |                          |                             |  |                           |       |                           |  |                            |  |                        |      |          |  |                  |  |                          |  |                |  |         |  |                         |       |       |  |
| <b>Código da Obra:</b> <b>Código ART:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |                                                                                                                                        |                          |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                           |  |                    |  |                          |       |                   |                          |                             |  |                           |       |                           |  |                            |  |                        |      |          |  |                  |  |                          |  |                |  |         |  |                         |       |       |  |
| <b>PIS:</b> <b>COFINS:</b> <b>IR (R\$):</b> <b>ISS (R\$):</b> <b>CSL (R\$):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                                                                        |                          |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                           |  |                    |  |                          |       |                   |                          |                             |  |                           |       |                           |  |                            |  |                        |      |          |  |                  |  |                          |  |                |  |         |  |                         |       |       |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Detalhamento dos Serviços</th> <th colspan="2">Valor dos Serviços</th> </tr> <tr> <th>Valor dos Serviços - R\$</th> <th>75,00</th> <th>Natureza Operação</th> <th>Valor dos Serviços - R\$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(-) Desconto Incondicionado</td> <td></td> <td>1-Tributação no município</td> <td>75,00</td> </tr> <tr> <td>(-) Desconto Condicionado</td> <td></td> <td>Regime especial Tributação</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(-) Retenções Federais</td> <td>0,00</td> <td>0-Nenhum</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Outras Retenções</td> <td></td> <td>Sistema Simples Nacional</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(-) ISS Retido</td> <td></td> <td>2 - Não</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(=) Valor Líquido - R\$</td> <td>75,00</td> <td>2-Não</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |       |                                                                                                                                        |                          |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  | Detalhamento dos Serviços |  | Valor dos Serviços |  | Valor dos Serviços - R\$ | 75,00 | Natureza Operação | Valor dos Serviços - R\$ | (-) Desconto Incondicionado |  | 1-Tributação no município | 75,00 | (-) Desconto Condicionado |  | Regime especial Tributação |  | (-) Retenções Federais | 0,00 | 0-Nenhum |  | Outras Retenções |  | Sistema Simples Nacional |  | (-) ISS Retido |  | 2 - Não |  | (=) Valor Líquido - R\$ | 75,00 | 2-Não |  |
| Detalhamento dos Serviços                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       | Valor dos Serviços                                                                                                                     |                          |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                           |  |                    |  |                          |       |                   |                          |                             |  |                           |       |                           |  |                            |  |                        |      |          |  |                  |  |                          |  |                |  |         |  |                         |       |       |  |
| Valor dos Serviços - R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 75,00 | Natureza Operação                                                                                                                      | Valor dos Serviços - R\$ |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                           |  |                    |  |                          |       |                   |                          |                             |  |                           |       |                           |  |                            |  |                        |      |          |  |                  |  |                          |  |                |  |         |  |                         |       |       |  |
| (-) Desconto Incondicionado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       | 1-Tributação no município                                                                                                              | 75,00                    |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                           |  |                    |  |                          |       |                   |                          |                             |  |                           |       |                           |  |                            |  |                        |      |          |  |                  |  |                          |  |                |  |         |  |                         |       |       |  |
| (-) Desconto Condicionado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       | Regime especial Tributação                                                                                                             |                          |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                           |  |                    |  |                          |       |                   |                          |                             |  |                           |       |                           |  |                            |  |                        |      |          |  |                  |  |                          |  |                |  |         |  |                         |       |       |  |
| (-) Retenções Federais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 0,00  | 0-Nenhum                                                                                                                               |                          |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                           |  |                    |  |                          |       |                   |                          |                             |  |                           |       |                           |  |                            |  |                        |      |          |  |                  |  |                          |  |                |  |         |  |                         |       |       |  |
| Outras Retenções                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       | Sistema Simples Nacional                                                                                                               |                          |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                           |  |                    |  |                          |       |                   |                          |                             |  |                           |       |                           |  |                            |  |                        |      |          |  |                  |  |                          |  |                |  |         |  |                         |       |       |  |
| (-) ISS Retido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       | 2 - Não                                                                                                                                |                          |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                           |  |                    |  |                          |       |                   |                          |                             |  |                           |       |                           |  |                            |  |                        |      |          |  |                  |  |                          |  |                |  |         |  |                         |       |       |  |
| (=) Valor Líquido - R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 75,00 | 2-Não                                                                                                                                  |                          |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                           |  |                    |  |                          |       |                   |                          |                             |  |                           |       |                           |  |                            |  |                        |      |          |  |                  |  |                          |  |                |  |         |  |                         |       |       |  |
| 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site: CARUARU.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |                                                                                                                                        |                          |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                           |  |                    |  |                          |       |                   |                          |                             |  |                           |       |                           |  |                            |  |                        |      |          |  |                  |  |                          |  |                |  |         |  |                         |       |       |  |
| Avisos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                                                                                                                                        |                          |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                           |  |                    |  |                          |       |                   |                          |                             |  |                           |       |                           |  |                            |  |                        |      |          |  |                  |  |                          |  |                |  |         |  |                         |       |       |  |



DOC. 28

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        | <b>PREFEITURA DE CARUARU</b><br><b>SECRETARIA DE NEGOCIOS DA FAZENDA MUNICIPAL</b><br><b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e</b> |                                 |                          |  | <b>Número da NFS-e</b><br><b>7330</b> |  |                       |  |              |  |                             |  |                |  |                |  |                          |        |                   |                          |        |  |                             |  |                           |                                 |  |  |                           |  |                            |                             |  |  |                        |      |          |                 |        |  |                  |  |                        |                  |      |  |                |  |         |             |                 |  |                         |        |                      |                        |      |  |  |  |       |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--|---------------------------------------|--|-----------------------|--|--------------|--|-----------------------------|--|----------------|--|----------------|--|--------------------------|--------|-------------------|--------------------------|--------|--|-----------------------------|--|---------------------------|---------------------------------|--|--|---------------------------|--|----------------------------|-----------------------------|--|--|------------------------|------|----------|-----------------|--------|--|------------------|--|------------------------|------------------|------|--|----------------|--|---------|-------------|-----------------|--|-------------------------|--------|----------------------|------------------------|------|--|--|--|-------|--|--|--|
| Data e Hora da Emissão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        | 18/07/2019 17:13:16                                                                                                                    |                                 | Competência              |  | 18/7/2019                             |  | Código de Verificação |  | 617246912    |  |                             |  |                |  |                |  |                          |        |                   |                          |        |  |                             |  |                           |                                 |  |  |                           |  |                            |                             |  |  |                        |      |          |                 |        |  |                  |  |                        |                  |      |  |                |  |         |             |                 |  |                         |        |                      |                        |      |  |  |  |       |  |  |  |
| Número do RPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                                                                                                                                        |                                 | No. da NFS-e substituída |  |                                       |  | Local da Prestação    |  | CARUARU - PE |  |                             |  |                |  |                |  |                          |        |                   |                          |        |  |                             |  |                           |                                 |  |  |                           |  |                            |                             |  |  |                        |      |          |                 |        |  |                  |  |                        |                  |      |  |                |  |         |             |                 |  |                         |        |                      |                        |      |  |  |  |       |  |  |  |
| <b>Razão Social/Nome</b> HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL LTDA.<br><b>Nome Fantasia</b> HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL<br><b>CNPJ/CPF</b> 22.721.288/0001-26 <b>Inscrição Municipal</b> 90602272 <b>Município</b> CARUARU - PE<br><b>Endereço e Cep</b> AVENIDA JOSÉ VERÍSSIMO, 752 - MAURÍCIO DE NASSAU CEP: 55014-250<br><b>Complemento:</b> <b>Telefone:</b> (81)3727-7250 <b>e-mail:</b> jose505@zipmail.com.br                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |                                                                                                                                        |                                 |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                             |  |                |  |                |  |                          |        |                   |                          |        |  |                             |  |                           |                                 |  |  |                           |  |                            |                             |  |  |                        |      |          |                 |        |  |                  |  |                        |                  |      |  |                |  |         |             |                 |  |                         |        |                      |                        |      |  |  |  |       |  |  |  |
| <b>Razão Social/Nome</b> SEBASTIAO JOSE DA SILVA<br><b>CNPJ/CPF</b> 633.036.714-00 <b>Inscrição Municipal</b> <b>Município</b> RIACHO DAS ALMAS - PE<br><b>Endereço e CEP</b> SÍTIO RAMADA, S/N - ZONA RURAL CEP: 55120-000<br><b>Complemento:</b> <b>Telefone:</b> <b>e-mail:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                                                                                                                        |                                 |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                             |  |                |  |                |  |                          |        |                   |                          |        |  |                             |  |                           |                                 |  |  |                           |  |                            |                             |  |  |                        |      |          |                 |        |  |                  |  |                        |                  |      |  |                |  |         |             |                 |  |                         |        |                      |                        |      |  |  |  |       |  |  |  |
| REFERENTE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES PRESTADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                                                                                                                                        |                                 |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                             |  |                |  |                |  |                          |        |                   |                          |        |  |                             |  |                           |                                 |  |  |                           |  |                            |                             |  |  |                        |      |          |                 |        |  |                  |  |                        |                  |      |  |                |  |         |             |                 |  |                         |        |                      |                        |      |  |  |  |       |  |  |  |
| VALOR APROXIMADO DE IMPOSTOS R\$ 20,54                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        |                                                                                                                                        |                                 |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                             |  |                |  |                |  |                          |        |                   |                          |        |  |                             |  |                           |                                 |  |  |                           |  |                            |                             |  |  |                        |      |          |                 |        |  |                  |  |                        |                  |      |  |                |  |         |             |                 |  |                         |        |                      |                        |      |  |  |  |       |  |  |  |
| 4.03 / 861010101 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        |                                                                                                                                        |                                 |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                             |  |                |  |                |  |                          |        |                   |                          |        |  |                             |  |                           |                                 |  |  |                           |  |                            |                             |  |  |                        |      |          |                 |        |  |                  |  |                        |                  |      |  |                |  |         |             |                 |  |                         |        |                      |                        |      |  |  |  |       |  |  |  |
| <b>Código da Obra</b> <b>Código ART</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |                                                                                                                                        |                                 |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                             |  |                |  |                |  |                          |        |                   |                          |        |  |                             |  |                           |                                 |  |  |                           |  |                            |                             |  |  |                        |      |          |                 |        |  |                  |  |                        |                  |      |  |                |  |         |             |                 |  |                         |        |                      |                        |      |  |  |  |       |  |  |  |
| <b>PIS</b> <b>COFINS</b> <b>IR(RF)</b> <b>CNS/RSU</b> <b>OUTROS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                                                                                                                                        |                                 |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                             |  |                |  |                |  |                          |        |                   |                          |        |  |                             |  |                           |                                 |  |  |                           |  |                            |                             |  |  |                        |      |          |                 |        |  |                  |  |                        |                  |      |  |                |  |         |             |                 |  |                         |        |                      |                        |      |  |  |  |       |  |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Detalhamento de Vencimentos</th> <th colspan="2">Código da Obra</th> <th colspan="2">Código da Obra</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Valor dos Serviços - R\$</td> <td>230,00</td> <td>Natureza Operação</td> <td>Valor dos Serviços - R\$</td> <td>230,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(-) Desconto Incondicionado</td> <td></td> <td>1-Tributação no município</td> <td>(-) Descontos permitidos em lei</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(-) Desconto Condicionado</td> <td></td> <td>Regime especial tributário</td> <td>(-) Desconto Incondicionado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(-) Retenções Federais</td> <td>0,00</td> <td>0-Nenhum</td> <td>Base de Cálculo</td> <td>230,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Outras Retenções</td> <td></td> <td>Opção Simples Nacional</td> <td>(X) Alíquota (%)</td> <td>3,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(-) ISS Retido</td> <td></td> <td>2 - Não</td> <td>ISS a reter</td> <td>( ) Sim (X) Não</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(=) Valor Líquido - R\$</td> <td>230,00</td> <td>Incentivado Cultural</td> <td>(=) Valor do ISS - R\$</td> <td>6,90</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>2-Não</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |        |                                                                                                                                        |                                 |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  | Detalhamento de Vencimentos |  | Código da Obra |  | Código da Obra |  | Valor dos Serviços - R\$ | 230,00 | Natureza Operação | Valor dos Serviços - R\$ | 230,00 |  | (-) Desconto Incondicionado |  | 1-Tributação no município | (-) Descontos permitidos em lei |  |  | (-) Desconto Condicionado |  | Regime especial tributário | (-) Desconto Incondicionado |  |  | (-) Retenções Federais | 0,00 | 0-Nenhum | Base de Cálculo | 230,00 |  | Outras Retenções |  | Opção Simples Nacional | (X) Alíquota (%) | 3,00 |  | (-) ISS Retido |  | 2 - Não | ISS a reter | ( ) Sim (X) Não |  | (=) Valor Líquido - R\$ | 230,00 | Incentivado Cultural | (=) Valor do ISS - R\$ | 6,90 |  |  |  | 2-Não |  |  |  |
| Detalhamento de Vencimentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        | Código da Obra                                                                                                                         |                                 | Código da Obra           |  |                                       |  |                       |  |              |  |                             |  |                |  |                |  |                          |        |                   |                          |        |  |                             |  |                           |                                 |  |  |                           |  |                            |                             |  |  |                        |      |          |                 |        |  |                  |  |                        |                  |      |  |                |  |         |             |                 |  |                         |        |                      |                        |      |  |  |  |       |  |  |  |
| Valor dos Serviços - R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 230,00 | Natureza Operação                                                                                                                      | Valor dos Serviços - R\$        | 230,00                   |  |                                       |  |                       |  |              |  |                             |  |                |  |                |  |                          |        |                   |                          |        |  |                             |  |                           |                                 |  |  |                           |  |                            |                             |  |  |                        |      |          |                 |        |  |                  |  |                        |                  |      |  |                |  |         |             |                 |  |                         |        |                      |                        |      |  |  |  |       |  |  |  |
| (-) Desconto Incondicionado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        | 1-Tributação no município                                                                                                              | (-) Descontos permitidos em lei |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                             |  |                |  |                |  |                          |        |                   |                          |        |  |                             |  |                           |                                 |  |  |                           |  |                            |                             |  |  |                        |      |          |                 |        |  |                  |  |                        |                  |      |  |                |  |         |             |                 |  |                         |        |                      |                        |      |  |  |  |       |  |  |  |
| (-) Desconto Condicionado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        | Regime especial tributário                                                                                                             | (-) Desconto Incondicionado     |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                             |  |                |  |                |  |                          |        |                   |                          |        |  |                             |  |                           |                                 |  |  |                           |  |                            |                             |  |  |                        |      |          |                 |        |  |                  |  |                        |                  |      |  |                |  |         |             |                 |  |                         |        |                      |                        |      |  |  |  |       |  |  |  |
| (-) Retenções Federais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 0,00   | 0-Nenhum                                                                                                                               | Base de Cálculo                 | 230,00                   |  |                                       |  |                       |  |              |  |                             |  |                |  |                |  |                          |        |                   |                          |        |  |                             |  |                           |                                 |  |  |                           |  |                            |                             |  |  |                        |      |          |                 |        |  |                  |  |                        |                  |      |  |                |  |         |             |                 |  |                         |        |                      |                        |      |  |  |  |       |  |  |  |
| Outras Retenções                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        | Opção Simples Nacional                                                                                                                 | (X) Alíquota (%)                | 3,00                     |  |                                       |  |                       |  |              |  |                             |  |                |  |                |  |                          |        |                   |                          |        |  |                             |  |                           |                                 |  |  |                           |  |                            |                             |  |  |                        |      |          |                 |        |  |                  |  |                        |                  |      |  |                |  |         |             |                 |  |                         |        |                      |                        |      |  |  |  |       |  |  |  |
| (-) ISS Retido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        | 2 - Não                                                                                                                                | ISS a reter                     | ( ) Sim (X) Não          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                             |  |                |  |                |  |                          |        |                   |                          |        |  |                             |  |                           |                                 |  |  |                           |  |                            |                             |  |  |                        |      |          |                 |        |  |                  |  |                        |                  |      |  |                |  |         |             |                 |  |                         |        |                      |                        |      |  |  |  |       |  |  |  |
| (=) Valor Líquido - R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 230,00 | Incentivado Cultural                                                                                                                   | (=) Valor do ISS - R\$          | 6,90                     |  |                                       |  |                       |  |              |  |                             |  |                |  |                |  |                          |        |                   |                          |        |  |                             |  |                           |                                 |  |  |                           |  |                            |                             |  |  |                        |      |          |                 |        |  |                  |  |                        |                  |      |  |                |  |         |             |                 |  |                         |        |                      |                        |      |  |  |  |       |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        | 2-Não                                                                                                                                  |                                 |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                             |  |                |  |                |  |                          |        |                   |                          |        |  |                             |  |                           |                                 |  |  |                           |  |                            |                             |  |  |                        |      |          |                 |        |  |                  |  |                        |                  |      |  |                |  |         |             |                 |  |                         |        |                      |                        |      |  |  |  |       |  |  |  |
| 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, CARUARU.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |                                                                                                                                        |                                 |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                             |  |                |  |                |  |                          |        |                   |                          |        |  |                             |  |                           |                                 |  |  |                           |  |                            |                             |  |  |                        |      |          |                 |        |  |                  |  |                        |                  |      |  |                |  |         |             |                 |  |                         |        |                      |                        |      |  |  |  |       |  |  |  |
| Avisos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        |                                                                                                                                        |                                 |                          |  |                                       |  |                       |  |              |  |                             |  |                |  |                |  |                          |        |                   |                          |        |  |                             |  |                           |                                 |  |  |                           |  |                            |                             |  |  |                        |      |          |                 |        |  |                  |  |                        |                  |      |  |                |  |         |             |                 |  |                         |        |                      |                        |      |  |  |  |       |  |  |  |



Recibo Contas a Receber

HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL LTDA  
CNPJ: 22.721.288/0001-26  
AV. JOSE VERISSIMO  
CARUARU

DOC 50

R E C I B O

Nº Ctr. 16780  
Reg.: 110162

R\$ 75,00

Recebi(emos) do(s) Sr.(s) SEBASTIAO JOSE DA SILVA a importância supramencionado  
de 75,00 (SETENTA E CINCO REAIS).

Proveniente de: rx  
003-EXAMES

75,00

Total

75,00

Por ser verdade e para seu documento, firmo(amos) o presente recibo.

CARUARU, 16 de maio de 2019



Assinatura



|                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                        |                                                                 |               |                                             |                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|-----------|
| <br><b>CARUARU</b>                                                                                                                                                       | <b>PREFEITURA DE CARUARU</b><br><b>SECRETARIA DE NEGOCIOS DA FAZENDA MUNICIPAL</b><br><b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e</b> |                                                                 |               |                                             | <b>Número da NFS-e</b><br><b>6720</b> |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                           | Data e Hora da Emissão                                                                                                                 |                                                                 | Competência   |                                             | Código de Verificação                 |           |
| 08/05/2019 13:14:22                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                        | 8/5/2019                                                        |               | 297339655                                   |                                       |           |
| Número do RPS                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                        | No. da NFS-e substituída                                        |               | Local da Prestação                          |                                       |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                        |                                                                 |               | CARUARU - PE                                |                                       |           |
| <b>Dados do Prestador de Serviços</b>                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                        |                                                                 |               |                                             |                                       |           |
| Razão Social/Nome                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                        | HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL LTDA.                             |               |                                             |                                       |           |
| Nome Fantasia                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                        | HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL                                   |               |                                             |                                       |           |
| CNPJ/CPF                                                                                                                                                                                                                                                  | 22.721.288/0001-26                                                                                                                     | Inscrição Municipal                                             | 90602272      | Município                                   | CARUARU - PE                          |           |
| Endereço e Cep                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                        | AVENIDA JOSÉ VERÍSSIMO, 752 - MAURÍCIO DE NASSAU CEP: 55014-250 |               |                                             |                                       |           |
| Complemento:                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                        | Telefone:                                                       | (81)3727-7250 | e-mail:                                     | jose505@zipmail.com.br                |           |
| <b>Dados do Tomador de Serviços</b>                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                        |                                                                 |               |                                             |                                       |           |
| Razão Social/Nome                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                        | SEBASTIAO JOSE DA SILVA                                         |               |                                             |                                       |           |
| CNPJ/CPF                                                                                                                                                                                                                                                  | 633.036.714-00                                                                                                                         | Inscrição Municipal                                             |               | Município                                   | RIACHO DAS ALMAS - PE                 |           |
| Endereço e CEP                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                        | SITIO RAMADA, S/N - ZONA RURAL CEP: 55120-000                   |               |                                             |                                       |           |
| Complemento:                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                        | Telefone:                                                       |               | e-mail:                                     |                                       |           |
| <b>Discriminação dos Serviços</b>                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                        |                                                                 |               |                                             |                                       |           |
| REFERENTE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES PRESTADOS                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                        |                                                                 |               |                                             |                                       |           |
| VALOR APROXIMADO DE IMPOSTOS R\$ 37,95                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                        |                                                                 |               |                                             |                                       |           |
| <b>Código do Serviço / Atividade</b>                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                        |                                                                 |               |                                             |                                       |           |
| 4.03 / 861010101 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS                                                                                                                                    |                                                                                                                                        |                                                                 |               |                                             |                                       |           |
| <b>Detalhamento Específico da Construção Civil</b>                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                        |                                                                 |               |                                             |                                       |           |
| Código da Obra                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                        |                                                                 |               | Código ART                                  |                                       |           |
| <b>Tributos Federais</b>                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                        |                                                                 |               |                                             |                                       |           |
| PIS                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                        | COFINS                                                          |               | IR(R\$)                                     |                                       | INSS(R\$) |
|                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                        |                                                                 |               |                                             |                                       | CSLL(R\$) |
| <b>Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços</b>                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                        | <b>Outras Retenções</b>                                         |               | <b>Cálculo do ISSQN devido no Município</b> |                                       |           |
| Valor dos Serviços R\$                                                                                                                                                                                                                                    | 425,00                                                                                                                                 | Natureza Operação                                               |               | Valor dos Serviços R\$                      | 425,00                                |           |
| (-) Desconto Incondicionado                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                        | 1-Tributação no município                                       |               | (-) Deduções permitidas em lei              |                                       |           |
| (-) Desconto Condicionado                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                        | Regime especial Tributação                                      |               | (-) Desconto Incondicionado                 |                                       |           |
| (-) Retenções Federais                                                                                                                                                                                                                                    | 0,00                                                                                                                                   | 0-Nenhum                                                        |               | Base de Cálculo                             | 425,00                                |           |
| Outras Retenções                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                        | Opção Simples Nacional                                          |               | (x) Alíquota %                              | 3,00                                  |           |
| (-) ISS Retido                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                        | 2 - Não                                                         |               | ISS a reter:                                | ( ) Sim (X) Não                       |           |
| (=) Valor Líquido R\$                                                                                                                                                                                                                                     | 425,00                                                                                                                                 | Incentivador Cultura                                            |               | (=) Valor do ISS: R\$                       | 12,75                                 |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                        | 2-Não                                                           |               |                                             |                                       |           |
| <b>Avisos</b><br>1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, CARUARU.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação. |                                                                                                                                        |                                                                 |               |                                             |                                       |           |



LAUDO MÉDICO:

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, OCASIONANDO FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA. TRAUMA NO TÓRAX COM MÚLTIPLAS FRATURAS DE COSTELAS, EVOLUINDO COM PNEUMOTÓRAX BILATERAL, FOI REALIZADO DRENAGEM TORÁCICA BILATERAL.

CID: S22.4 + J93.9 + S52.1

Dr. Pablo T. C. de Albuquerque  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 15.172  
Dr. PABLO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 15.172  
16/05/2019

Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau  
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)  
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE



|                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                            |  |                                       |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|---------------------------------------|--|
|                                       |  | <b>PREFEITURA DE CARUARU</b><br><b>SECRETARIA DE NEGOCIOS DA FAZENDA MUNICIPAL</b><br><b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e</b>                                                                                                   |  |                            |  | <b>Número da NFS-e</b><br><b>6454</b> |  |
| Data e Hora da Emissão                                                                                                 |  | 08/04/2019 14:12:55                                                                                                                                                                                                                      |  | Competência                |  | 8/4/2019                              |  |
| Número do RPS                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | Código de Verificação      |  | 315963442                             |  |
|                                                                                                                        |  | No. da NFS-e substituída                                                                                                                                                                                                                 |  | Local da Prestação         |  | CARUARU - PE                          |  |
| Dados do Prestador de Serviços                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                            |  |                                       |  |
| Razão Social/Nome                                                                                                      |  | HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL LTDA.                                                                                                                                                                                                      |  |                            |  |                                       |  |
| Nome Fantasia                                                                                                          |  | HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL                                                                                                                                                                                                            |  |                            |  |                                       |  |
| CNPJ/CPF                                                                                                               |  | 22.721.288/0001-26                                                                                                                                                                                                                       |  | Inscrição Municipal        |  | 90602272                              |  |
|                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | Município                  |  | CARUARU - PE                          |  |
| Endereço e Cep                                                                                                         |  | AVENIDA JOSÉ VERÍSSIMO, 752 - MAURÍCIO DE NASSAU CEP: 55014-250                                                                                                                                                                          |  |                            |  |                                       |  |
| Complemento:                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | Telefone:                  |  | (81)3727-7250                         |  |
|                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | e-mail:                    |  | jose505@zipmail.com.br                |  |
| Dados do Tomador de Serviços                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                            |  |                                       |  |
| Razão Social/Nome                                                                                                      |  | SEBASTIAO JOSE DA SILVA                                                                                                                                                                                                                  |  |                            |  |                                       |  |
| CNPJ/CPF                                                                                                               |  | 633.036.714-00                                                                                                                                                                                                                           |  | Inscrição Municipal        |  |                                       |  |
|                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | Município                  |  | RIACHO DAS ALMAS - PE                 |  |
| Endereço e Cep                                                                                                         |  | STIO RAMADA, S/N - ZONA RURAL CEP: 55120-000                                                                                                                                                                                             |  |                            |  |                                       |  |
| Complemento:                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | Telefone:                  |  |                                       |  |
|                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | e-mail:                    |  |                                       |  |
| Discriminação dos Serviços                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                            |  |                                       |  |
| REFERENTE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES PRESTADOS                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                            |  |                                       |  |
| VALOR APROXIMADO DE IMPOSTOS R\$ 190,21                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                            |  |                                       |  |
| Código do Serviço / Atividade                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                            |  |                                       |  |
| 4.03 / 861010101 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                            |  |                                       |  |
| Detalhamento Específico da Construção Civil                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                            |  |                                       |  |
| Código da Obra                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | Código ART                 |  |                                       |  |
| Tributos Federais                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                            |  |                                       |  |
| PIS                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | COFINS                     |  |                                       |  |
|                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | IR(R\$)                    |  |                                       |  |
|                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | INSS(R\$)                  |  |                                       |  |
|                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | CSLL(R\$)                  |  |                                       |  |
| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | Outras Retenções           |  | Cálculo do ISSQN devido no Município  |  |
| Valor dos Serviços R\$                                                                                                 |  | 2.130,00                                                                                                                                                                                                                                 |  | Natureza Operação          |  | Valor dos Serviços R\$                |  |
| (-) Desconto Incondicionado                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | 1-Tributação no município  |  | (-) Deduções permitidas em lei        |  |
| (-) Desconto Condicionado                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | Regime especial Tributação |  | (-) Desconto Incondicionado           |  |
| (-) Retenções Federais                                                                                                 |  | 0,00                                                                                                                                                                                                                                     |  | 0-Nenhum                   |  | Base de Cálculo                       |  |
| Outras Retenções                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | Opção Simples Nacional     |  | (x) Alíquota %                        |  |
| (-) ISS Retido                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | 2 - Não                    |  | ISS a reter:                          |  |
| (=) Valor Líquido R\$                                                                                                  |  | 2.130,00                                                                                                                                                                                                                                 |  | Incentivador Cultura       |  | ( ) Sim (X) Não                       |  |
|                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  | 2-Não                      |  | (-) Valor do ISS: R\$                 |  |
|                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                            |  | 63,90                                 |  |
| Avisos                                                                                                                 |  | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, CARUARU.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação. |  |                            |  |                                       |  |



DOC 45

|                                                      |  |                                    |                            |                                |
|------------------------------------------------------|--|------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| HOSPITAL MEMORIAL DE CARUARU S/C LTDA                |  | Fone.: MAURÍCIO DE NAS             | C.G.C.: 00.972.860/0001-97 | Pag: 001                       |
| AV JOSÉ VERÍSSIMO                                    |  | Bairro: MAURÍCIO DE NASSAU CEP: 0- | Município: CARJARA         | UF.: PE                        |
| Paciente: SEBASTIAO JOSE DA SILVA                    |  | Idade: 54 anos 12/12/1964          | Empresa:                   | Senha:                         |
| Segurado:                                            |  | Matricula:                         | Guia.:                     | Remessa: 4 4/2019              |
| Convenio: 0031 PARTICULAR HSG                        |  | Registro: 000005387                | Cod.p/Conv:                | Emissao: 08/04/2019 as 14:01   |
| Inicio Tratamento.: 04/04/2019 as 14:53              |  | Alta: 05/04/2019 as 09:49          | Motivo: Melhorado          | Permanencia: 1 dia             |
| Localizacao.: Bloco: 4ANDA 4º ANDAR                  |  | Acomodacao: APT40                  |                            | Leito: 405                     |
| Procedimento: 30701023 ANTEBRACO                     |  |                                    |                            | Horario do procedimento: 14:53 |
| Medico: 15172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE |  | Cod. Convenio:                     |                            |                                |
| Tipo de Atendimento: 07 - INTERNAÇÃO                 |  |                                    |                            |                                |
| -----  Usuario: ALYNECOSTA  -----                    |  |                                    |                            |                                |

\*\*\* DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES \*\*\*

| Codigo                         | Descricao                                        | Cod. THM | Qt UPH | Data     | Perc. | Qtde | Valor Unit. | Valor Total |
|--------------------------------|--------------------------------------------------|----------|--------|----------|-------|------|-------------|-------------|
| *--- Sala de Cirurgia          |                                                  |          |        |          |       |      |             |             |
| 60022990                       | TAXA DE SALA CIRÚRGICA, ATÉ 3 HORAS              | 0        | 1      | 04/04/19 |       | 1,00 | 450,000     | 450,00      |
| 60031760                       | TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE OXÍMETRO, P/0 | 0        | 1      | 04/04/19 |       | 1,00 | 75,000      | 75,00       |
| Total Sala de Cirurgia ---->>> |                                                  |          |        |          |       |      |             | 525,00      |
| *--- Apartamento               |                                                  |          |        |          |       |      |             |             |
| 60000651                       | DIÁRIA DE APARTAMENTO STANDARD                   | 41101260 | 1      | 04/04/19 |       | 1,00 | 330,000     | 330,00      |
| Total Apartamento ---->>>      |                                                  |          |        |          |       |      |             | 330,00      |
| 3 Subtotal Serv.Hosp.->>>      |                                                  |          |        |          |       |      |             | 655,00      |

\*\*\* MATERIAIS E MEDICAMENTOS \*\*\*

\*--- Materiais Médico Hospitalares - Sala de Cirurgia

| Codigo                                        | Descricao                                          | Laborat | Data  | Hora  | Unid. | Perc.   | Quantidade | Valor Unit. | Valor Total |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------|-------|-------|-------|---------|------------|-------------|-------------|
| 7001534.1                                     | AGULHA P/ANESTESIA PLEXO STIMUPLEX A50 G22X2"      | B.BRAUN | 04/04 | 23:10 | UNID  | -10,00% | 1,00       | 224,3430    | 224,34      |
| 7002007.8                                     | ALGODAO ORTOPEDICO 20CMX1,0MT                      | NEVE    | 04/04 | 23:10 | ROLO  | -10,00% | 6,00       | 6,0840      | 36,50       |
| 7003436.2                                     | ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO) 12UNID    | CREMER  | 04/04 | 23:10 | UNID  | -10,00% | 2,00       | 5,4735      | 10,95       |
| 7017622.1                                     | CAMPO OPERATORIO TIPO COMPRESSA 25X28CM ETO P/NEVE | NEVE    | 04/04 | 23:10 | PCT   | -10,00% | 2,00       | 58,1760     | 116,35      |
| 08857.9                                       | CATETER VENOSO PERIFERICO PUR DISP.SEGURANCA       | B.BRAUN | 04/04 | 23:10 | UNID  | -10,00% | 1,00       | 89,7030     | 89,70       |
| 01848.2                                       | COMPRESSA GAZE NIDIA 11FIOS 7,5X7,5CM ESTERIL      |         | 04/04 | 23:10 | PCT   | -10,00% | 2,00       | 5,2020      | 10,40       |
| 17888.6                                       | CONECTOR COMPLETO C/TAMPA DIALINE                  | PRONEFR | 04/04 | 23:10 | UNID  | -10,00% | 1,00       | 4,0500      | 4,05        |
| 124233.5                                      | CURATIVO ADESIVO FIXADOR 5X5,7CM P/CATETER 10      | LABOR I | 04/04 | 23:10 | UNID  | -10,00% | 1,00       | 10,8000     | 10,80       |
| 0028086.1                                     | EQUIPO MICROGOTAS L15 COMPLETO 25UNID              | LABOR I | 04/04 | 23:10 | UNID  | -10,00% | 1,00       | 12,6450     | 12,65       |
| 16969.5                                       | ESCOVA SOL.CLOREXIDINA 2% 22ML                     | VIC PHA | 04/04 | 23:10 | UNID  |         | 3,00       | 4,1000      | 12,30       |
| 13775.4                                       | FIO KIRSCHNER GEXFIX DIAM.1,8 COMP.300MM           | ASSUT E | 04/04 | 23:10 | UNID  | -10,00% | 1,00       | 390,6000    | 390,60      |
| 7025947.0                                     | FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 3-0 45CM AG.1,9      | J&J ETH | 04/04 | 23:10 | UNID  | -10,00% | 3,00       | 23,5170     | 70,55       |
| 7036081.2                                     | LAMINA BISTURI EST.NR.15 100UNID.FEATHER           | CIRURGI | 04/04 | 23:10 | UNID  | -10,00% | 1,00       | 4,8438      | 4,84        |
| 7036097.9                                     | LAMINA BISTURI EST.NR.24 100UNID.FEATHER           | CIRURGI | 04/04 | 23:10 | UNID  | -10,00% | 1,00       | 4,8438      | 4,84        |
| 17467.5                                       | LUVA CIRURGICA ESTERIL LATEX C/PO NR.7,5-MAXI      | KEVENOL | 04/04 | 23:10 | UNID  | -10,00% | 3,00       | 2,6550      | 7,97        |
| 0539511.0                                     | MALHA TUBULAR ALGODAO 10CMX15MT                    | NEVE    | 04/04 | 23:10 | CM    | -10,00% | 100,00     | 0,0634      | 6,34        |
| 15781.4                                       | SERINGA DESC.20ML BICO SLIP C/AG.25X7MM            | DESCARP | 04/04 | 23:10 | UNID  | -10,00% | 2,00       | 4,7700      | 9,54        |
| Total de Materiais Médico Hospitalares Sala d |                                                    |         |       |       |       |         |            |             | 1.022,72    |
| Desconto de materiais ---->>>                 |                                                    |         |       |       |       |         |            |             | 0,00        |



DOC. 46

HOSPITAL MEMORIAL DE CARUARU S/C LTDA Fone.: MAURÍCIO DE NAS C.G.C....: 00.972.860/0001-97 Pag: 002  
 Paciente: SEBASTIAO JOSE DA SILVA Registro: 000005387 Guia.: Senha:  
 Usuario: ALYNECOSTA

Acrescimo de materiais ----> 0,00  
 Total apos acres/desc concedido ->> 1.022,72

\*--- Medicamentos - Sala de Cirurgia

| Codigo    | Descricao                                     | Laborat  | Data  | Hora  | Unid. | Perc. | Quantidade | Valor Unit. | Valor Total |
|-----------|-----------------------------------------------|----------|-------|-------|-------|-------|------------|-------------|-------------|
| 9007208.1 | AGUA PARA INJECAO 10 ml cx. 200 amp. plast.   | FARMACE  | 04/04 | 23:10 | AMP   |       | 2,00       | 0,5839      | 1,17        |
| 9006554.9 | CLORETO DE SODIO 0,9% - SISTEMA FECHADO 500 m | BEQUIPLE | 04/04 | 23:10 | FRS   |       | 1,00       | 5,8000      | 5,80        |
| 9004748.6 | NOVABUPI 0,5% s/v cx.10 est. 20 ml.           | CRISTAL  | 04/04 | 23:10 | ML    |       | 20,00      | 1,1903      | 23,81       |
| 9030393.8 | RINGER COM LACTATO - SISTEMA FECHADO 500 ml   | FARMACE  | 04/04 | 23:10 | FRS   |       | 1,00       | 6,6100      | 6,61        |
| 9004859.8 | XYLESTESIN + EPINEFRINA 2% C/V 10 etj. 20 ml  | CRISTAL  | 04/04 | 23:10 | ML    |       | 20,00      | 0,6294      | 12,59       |

Total de Medicamentos Sala de Cirurgia 49,98

Desconto de medicamentos ->> 0,00  
 Acrescimo de medicamentos -> 0,00  
 Total apos acres/desc concedido ->> 49,98

\*--- Materiais Médico Hospitalares - Apartamento

|           |                                               |         |       |       |      |         |      |        |       |
|-----------|-----------------------------------------------|---------|-------|-------|------|---------|------|--------|-------|
| 16220.5   | AGULHA HIPODERMICA 25X0,7MM C/SIST.SEGURANCA  | SMITHS  | 04/04 | 20:42 | UNID | -10,00% | 4,00 | 5,3460 | 21,38 |
| 7002007.8 | ALGODAO ORTOPEDICO 20CMX1,0MT                 | NEVE    | 05/04 | 01:28 | ROLO | -10,00% | 1,00 | 6,0840 | 6,08  |
| 7003436.2 | ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNI | CREMER  | 04/04 | 23:33 | UNID | -10,00% | 1,00 | 5,4735 | 5,47  |
| 7003436.2 | ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNI | CREMER  | 05/04 | 09:39 | UNID | -10,00% | 2,00 | 5,4735 | 10,95 |
| 7085259.6 | ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNI | CREMER  | 04/04 | 23:33 | UNID | -10,00% | 1,00 | 8,0910 | 8,09  |
| 7085259.6 | ATADURA CREPOM CYSNE 15CMX1,8MT(REPOUSO)12UNI | CREMER  | 05/04 | 01:28 | UNID | -10,00% | 1,00 | 8,0910 | 8,09  |
| 01848.2   | COMPRESSA GAZE NIDIA 11FIOS 7,5X7,5CM ESTERIL |         | 04/04 | 23:33 | PCT  | -10,00% | 2,00 | 5,2020 | 10,40 |
| 01848.2   | COMPRESSA GAZE NIDIA 11FIOS 7,5X7,5CM ESTERIL |         | 05/04 | 09:39 | PCT  | -10,00% | 2,00 | 5,2020 | 10,40 |
| 127467.3  | LUVA CIRURGICA ESTERIL LATEX C/PO NR.6,5 MAXI | KEVENOL | 05/04 | 09:39 | UNID | -10,00% | 1,00 | 2,6550 | 2,66  |
| 127503.6  | SERINGA 10ML LUER LOCK                        | SR      | 04/04 | 20:42 | UNID | -10,00% | 3,00 | 2,5020 | 7,51  |
| 07427.3   | SERINGA 5ML S/AG.DESC.                        | INJEX   | 04/04 | 20:42 | UNID | -10,00% | 1,00 | 1,6110 | 1,61  |

Total de Materiais Médico Hospitalares Aparta 92,64

Desconto de materiais ---->> 0,00  
 Acrescimo de materiais ----> 0,00  
 Total apos acres/desc concedido ->> 92,64

\*--- Medicamentos - Apartamento

|           |                                               |          |       |       |        |  |      |         |       |
|-----------|-----------------------------------------------|----------|-------|-------|--------|--|------|---------|-------|
| 9007208.1 | AGUA PARA INJECAO 10 ml cx. 200 amp. plast.   | FARMACE  | 04/04 | 20:42 | AMP    |  | 4,00 | 0,5839  | 2,34  |
| 9013620.9 | CEFALOTINA - GENERICO 1 g. po sol. inj. 50 FA | TEUTO B  | 04/04 | 20:42 | FRS/AM |  | 1,00 | 7,2768  | 7,28  |
| 9013620.9 | CEFALOTINA - GENERICO 1 g. po sol. inj. 50 FA | TEUTO B  | 04/04 | 23:04 | FRS/AM |  | 1,00 | 7,2768  | 7,28  |
| 9013620.9 | CEFALOTINA - GENERICO 1 g. po sol. inj. 50 FA | TEUTO B  | 05/04 | 09:27 | FRS/AM |  | 1,00 | 7,2768  | 7,28  |
| 9006554.9 | CLORETO DE SODIO 0,9% - SISTEMA FECHADO 500 m | BEQUIPLE | 04/04 | 20:42 | FRS    |  | 1,00 | 5,8000  | 5,80  |
| 9020754.8 | CLORIDRATO DE RANITIDINA - GENERICO 25 mg/ml  | UNIAO Q  | 04/04 | 20:42 | AMP    |  | 1,00 | 1,3758  | 1,38  |
| 9007128.0 | TENOXICAM - GENERICO 40 mg. 50 FA + dil. 2 ml | BUROFAR  | 04/04 | 20:42 | FRS/AM |  | 1,00 | 13,2432 | 13,24 |

Total de Medicamentos Apartamento 44,60

Desconto de medicamentos ->> 0,00  
 Acrescimo de medicamentos -> 0,00  
 Total apos acres/desc concedido ->> 44,60

Total Geral Materiais --->>> 1.115,36  
 Total Geral Medicamentos --->>> 94,58

DOC 47

HOSPITAL MEMORIAL DE CARUARU S/C LTDA Fone.: MAURÍCIO DE NAS C.G.C.: 00.972.860/0001-97 Pag: 003  
 Paciente: SEBASTIAO JOSE DA SILVA Registro: 000005387 Guia.: Senha:  
 Usuario: ALYNECOSTA

Total Mat / Med ----->>>> 1.209,94

\*--- RECURSOS COMPLEMENTARES ---\*

\*--- Radiodiagnostico HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL CNPJ: 22.721.288/0001-26

| Procedimento | Descricao | Data  | Perc. | Qt | C.H.  | Filme Radiologico           | Valor C.H. | Valor Total |
|--------------|-----------|-------|-------|----|-------|-----------------------------|------------|-------------|
| 4.08.03.10-4 | ANTEBRACO | 04/04 |       | 1  | 1,220 | 0,1440                      | 0,00       | 75,00       |
|              |           |       |       | 1  | 1,2   | Total Radiodiagnostico      |            | 75,00       |
|              |           |       |       |    |       | Total Rec. Compl. Hosp.-->> |            | 75,00       |

|   |                                 |          |
|---|---------------------------------|----------|
|   | Total de Diarias e Taxas ->     | 855,00   |
|   | Total de Materiais ----->>>     | 1.115,36 |
|   | Total de Medicamentos -->>>     | 94,58    |
|   | Total de Mat./Med. ----->>>     | 1.209,94 |
| 1 | 1,2 Total Rec. Compl. Hosp.-->> | 75,00    |
|   | Total de Serv. Hosp. ----->>>   | 2.064,94 |
|   | Total Geral da Conta ----->>>   | 2.139,94 |



**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA COMARCA DE RIACHO DA ALMAS/PE**

Processo nº **0000038-32.2020.8.17.3180**

**SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA**, já qualificado nos autos da ação em epígrafe, por sua advogada adiante assinado, vem, mui respeitosamente à presença de Vossa Excelência, a requerer a juntada dos documentos anexos.

Termos em que pede deferimentos,

Riacho das Almas, 17 de março de 2020.

(documento assinado eletronicamente)

Maria Auxiliadora S Santos

OAB/PE 52.428





SS Consultoria Advocacia

## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

### I - OUTORGANTE:

SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA, brasileiro, casado, aposentado, devidamente inscrito no CPF/MF sob o nº 633.036.714-00 e no RG/SDS/PE sob o nº 10.148.742/SDS/PE residente e domiciliado no Sítio Esmera s/n - Zona Rural, Bezerros/PE.

### II - OUTORGADO:

MARIA AUXILIADORA DA SILVA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Pernambuco sob o nº 52.428 e com endereço profissional na Rua Benjamim Larena Nº 268, Apto. 302 - Edifício Célia Arruda, Divinópolis - Caruaru/PE, CEP: 55010-480

### III - PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o Outorgante nomeia e constitui os Outorgados como seus bastantes procuradores, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, inclusive os da cláusula *ad judicium et extra*, para representá-lo em Repartição Pública, qualquer juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito for as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas às outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-as, conferindo-lhes, ainda, poderes *especiais* para receber citação, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, reconhecer a procedência do pedido, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo em conjunto ou separadamente, podendo substabelecer esta a outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Caruaru/PE, 13 de março de 2020.

SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA

ENDEREÇO: Rua Benjamim Larena Nº 268, Apto. 302 - Edifício Célia Arruda, Divinópolis - Caruaru/PE, CEP: 55010-480. TELEFONES: (81) 3721-8547 e (81)9.88363193. EMAIL: auxilia.adv@outlook.com





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 50713 / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 098A. CIRCUNSCRICAO - RIACHO DAS ALMAS

Ofício nº. 363 / 2019 Data 3 / 12 / 2019

ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 098A. CIRCUNSCRICAO - RIACHO DAS ALMAS

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às **09:27** do dia **3 de Dezembro de 2019**, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA** filho(a) de **JOSÉ JOAQUIM DA SILVA** e de **SEBASTIANA MARIA DE LIMA**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **Solteiro (a)**, aparentando a idade de **54 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **BEZERROS - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 10148742**, profissão **AGRICULTOR**, endereço **SÍTIO ESMERA**, complemento: **NÃO INFORMADO**, bairro **ZONA RURAL**, telefone/s **NÃO INFORMADO**, **RIACHO DAS ALMAS - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

**HISTÓRICO:**

Refere acidente de trânsito em 22/03/19 (colisão motocicleta X carro ) na condição de condutor da motocicleta, quando fraturou o braço esquerdo e algumas costelas (SIC). Traz resumo de alta do Hospital da Restauração, que diz: "...história de colisão moto x carro...fratura de MSE em 22/03/2019...hemotórax à direita e pneumotórax à esquerda...drenagem torácica fechada bilateral...fratura exposta de Ulna esquerda e luxação de Rádio esquerdo...fixação com placa de Ulna esquerda..." datado de 27/03/2019 e assinado pelo Dr. Alison de Paula, CRM 27914. Trabalha como agricultor.

**DESCRIÇÃO**

**Exame Físico:**

Apresenta: cicatriz normocrômica, medindo aproximadamente 10 cm, na face posterior do antebraço esquerdo; cicatriz medindo cerca de 4 cm no dorso do 4º quirodactilo direito, com deformidade óssea subjacente; duas cicatrizes lineares, uma em cada lado do tórax, na linha axilar média, medindo 1,5 cm à esquerda e 3 cm à direita, secundárias a drenagem de tórax bilateral.

**DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:**

Vítima de acidente de trânsito. Apresenta deformidade permanente devido as cicatrizes. De acordo com a tabela que consta no anexo (incluído pela lei nº 11.945 de 2009) (produção de efeitos) art. 3º da lei nº 6194, de 19 de dezembro de 1974, no campo dos "danos corporais segmentares parciais", a sequela apresentada pelo periciando enquadra-se em "perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão".

**QUESITOS:**

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim. Perigo de vida (hemotórax e pneumotórax com drenagem torácica bilateral) e incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias (fraturas ósseas).

Página 1 de 2

Assinado digitalmente por NARA FARIAS OLIVEIRA, Médico Legista, Matrícula nº 347.862-9, CPF: xxx.978.834-xx, em 17/12/2019 09:01:50. Página 1 de 2.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



**INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA**

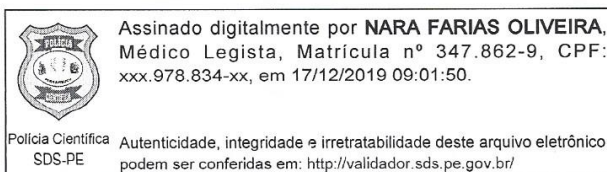
4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Sim. Deformidade permanente.

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr<sup>(a)</sup>. NARA FARIAS OLIVEIRA - CRM 12901.

\_\_\_\_\_  
Perito responsável

Assinado digitalmente por NARA FARIAS OLIVEIRA, Médico Legista, Matrícula nº 347.862-9, CPF: xxx.978.834-xx, em 17/12/2019 09:01:50. Página 2 de 2.



Página 2 de 2

