

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSÉ MESSIAS REZERRA JÚNIOR,
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 130.701.494-13 e portador da cédula de identidade
nº 10421392 SDS-PE, residente e domiciliado(a) na
CRASMO DE OLIVEIRA CAMPOS
nº 28, bairro de PENTRO
CEP 55170-000 na cidade de
BRITO DA MADRE DE DEUS / PE.

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/ PE 28.697, com escritório profissional à Rua Helena de
Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 102, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP:
50750-630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou
notificações judiciais.

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

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

CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL: Pelo exercício do
mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de
honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e
qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da
parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto,
desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se,
ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais
disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios
celebrado em instrumento próprio.

Recife, 15 de Junho de 2020

José Messias Rezerra Júnior
Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, JOSÉ MESSIAS BEZERRA JÚNIOR,
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO,
profissão ESTUDANTE Inscrito no CPF/MF sob o
nº 130 701 494-13, e portador da cédula de
identidade nº 10421 392 SDS-PE, residente e
domiciliado(a) ERASMO DE OLIVEIRA CAMPOS
nº 28, bairro CENTRO,
CEP 55170-000 na cidade de
BREJO DA MADRE DE DEUS / PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita, que não tenho condições de arcar com as custas e despesas processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 15 de Junho, de 2020.

NOME: José Messias Bezerra Júnior



SUBSTABELECIMENTO

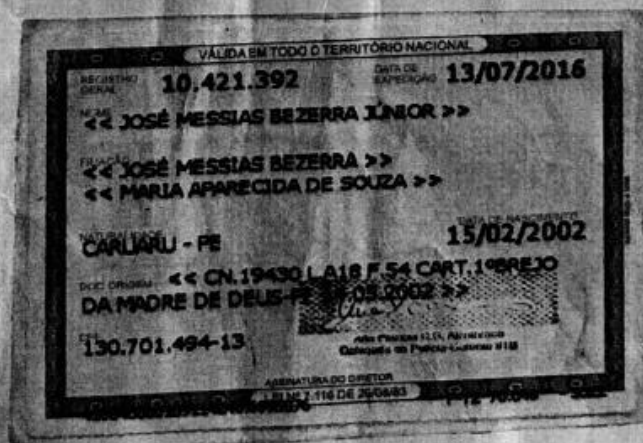
ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE nº 28.697D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, **Substabelece com reserva de poderes**, a pessoa da advogada **ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR**, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PE nº 30.197D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, os poderes que lhe foram outorgados por: **JOSÉ MESSIAS BEZERRA JUNIOR**, através do instrumento particular de mandato, para praticar todos os atos que se fizerem necessários.

Recife, 01 de julho de 2020.


Ana Cristina Aleixo Pereira Santos

OAB/PE 28697-D





Scanned by TapScanner



Bandeira do Estado
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE DE DEUS -
DP107ªCIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0197000315**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/05/2020** às **15:18**

Complementa o BO Número: **20E0197000294**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **27/1/2020** às **19:05**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, AVENIDA CLETO CAMPELO** - Bairro: **CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUTOR (AUTOR \ AGENTE)
FRANKLIN FIDELIS DE MOURA (OUTRO)
JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR

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

JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA APARECIDA DE SOUZA Data de Nascimento: **15/2/2002** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 28, RUA ERASMO DE OLIVEIRA CAMPOS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

AUTOR (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

FRANKLIN FIDELIS DE MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANKLIN FIDELIS DE MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEE4070** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **397588887** Chassi: **9C2ND0910BR220622**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE ESTAVA TRANSITANDO NO LOCAL INDICADO NESSE BO QUANDO O AUTOR VEIO NA CONTRAMÃO E A VÍTIMA COLIDIU COM O MESMO. A VÍTIMA RELATA QUE QUEBROU O PULSO E A CLAVICULA E O NUMERO DO PRONTUARIO DA UPA MESTRE CAMARAO CONFIRMANDO O FATO É O 764118.



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

JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ARTHUR DIEGO DE BRITO MINA PEREIRA** - Matrícula: **3877264**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE DE DEUS - DP107ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0197000293

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/04/2020 às 12:15

Complementado pelo BO Número: 20E0197000294

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 27/1/2020 às 19:05

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RUA BERENICE ARAUJO -**
Bairro: **CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUTOR (AUTOR \ AGENTE)
FRANKLIN FIDELIS DE MOURA (OUTRO)
J.M.B.J. (Menor de Idade) (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): J.M.B.J. (Menor de Idade)

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

J.M.B.J. (Menor de Idade) (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA APARECIDA DE SOUZA Data de Nascimento: 15/2/2002 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 28, RUA ERASMO DE OLIVEIRA CAMPOS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

AUTOR (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

FRANKLIN FIDELIS DE MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANKLIN FIDELIS DE MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: Não
Quantidade: 1 (UNIDADE)

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE ESTAVA TRANSITANDO NO LOCAL INDICADO NESSE BO QUANDO O AUTOR VEIO NA CONTRAMÃO E A VÍTIMA COLIDIU COM O MESMO. A VÍTIMA RELATA QUE QUEBROU O PULSO E A CLAVICULA E O NUMERO DO PRONTUARIO DA UPA MESTRE CAMARAO CONFIRMANDO O FATO É O 764118.



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

J.M.B.J. (Menor de Idade)
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ARTHUR DIEGO DE BRITO MINA PEREIRA** - Matrícula: **3877264**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE DE DEUS - DP107ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0197000294

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/04/2020** às **12:22**

Complementa o BO Número: **20E0197000293**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **27/1/2020** às **19:05**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, AVENIDA CLETO CAMPELO** - Bairro: **CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUTOR (AUTOR AGENTE)
FRANKLIN FIDELIS DE MOURA (OUTRO)
JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR**

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

JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA APARECIDA DE SOUZA Data de Nascimento: 15/2/2002 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 28, RUA ERASMO DE OLIVEIRA CAMPOS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

AUTOR (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

FRANKLIN FIDELIS DE MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): FRANKLIN FIDELIS DE MOURA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: 1 (UNIDADE)

Complemento / Observação

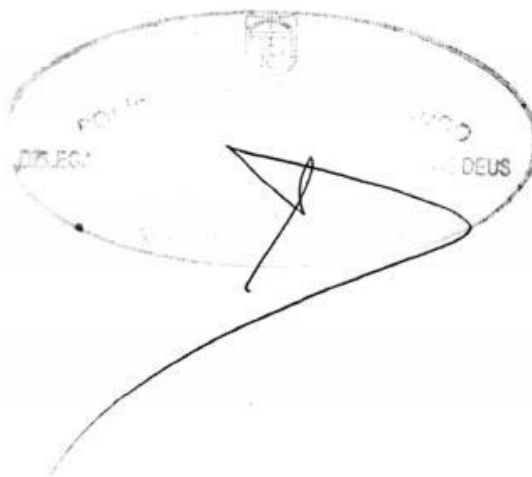
A VÍTIMA RELATA QUE ESTAVA TRANSITANDO NO LOCAL INDICADO NESSE BO QUANDO O AUTOR VEIO NA CONTRAMÃO E A VÍTIMA COLIDIU COM O MESMO.A VÍTIMA RELATA QUE QUEBROU O PULSO E A CLAVICULA E O NUMERO DO PRONTUARIO DA UPA MESTRE CAMARAO CONFIRMANDO O FATO É O 764118.

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



JOSE MEESSIAS BEZERRA JUNIOR
(VITIMA)

B.O. registrado por: ARTHUR DIEGO DE BRITO MINA PEREIRA - Matrícula: 3877264



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

CELPE

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

DADOS DO CLIENTE

MARIA APARECIDA DE SOUZA

CPF: 034.385.174-18 NIS: 1640120547

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA CLM NIS
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ERASMO DE OLIVEIRA CAMPOS, 25

CENTRO VENEJO DA MADRE DE DEUS
BREJO DA MADRE DE DEUS PE
55170-000

| CONTA CONTINUA | MÊS/ANO |
|---------------------|--------------------|
| 7013082183 | 12/2019 |
| DIA DE VENCIMENTO | DATA DE VENCIMENTO |
| 02/01/2020 | 07/01/2020 |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | 32,82 |

| Nº DA NOTA FISCAL | SERIE | DATA |
|-------------------|---------------|----------------|
| 087487925 | ÚNICA | 08/12/2019 |
| APROVAÇÃO | Nº DO CLIENTE | Nº DA ATIVAÇÃO |
| 08/12/2019 | 2012567993 | 454481 |

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|--|------------|-------------|-------------|
| Consumo Abaixo de 30 kWh | 30,000000 | 0,18750701 | 5,63 |
| Consumo Abaixo superior a 30 até 100 kWh | 69,000000 | 0,32212630 | 22,27 |
| Acréscimo Bandeira AMARELA | | | 0,18 |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA | | | 1,58 |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal | | | 3,21 |

TOTAL DA FATURA

32,82

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LEITURA | ATUAL DATA | ATUAL LEITURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|---------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|---------------|
| 099813 | CAT | 07/12/2019 | 15.698,00 | 08/12/2019 | 15.758,00 | 31 | 1.000,00 | | 99,00 |

| PERÍODO DE CONSUMO | INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS | CONTRIBUIÇÃO SOCIAL |
|--------------------|-------------------------|------------------------|
| DEZ 19 99 | BASE DE CÁLCULO | Geração de Energia |
| NOV 19 92 | ICMS | Transmissão |
| OUT 19 90 | PIS | Dist. Energia (Cargas) |
| SET 19 83 | COFINS | Perdas de Energia |
| AGO 19 93 | | Energia de Referência |
| JUL 19 78 | | Tratamento |
| JUN 19 81 | | Total |
| MAR 19 102 | | |
| ABR 19 93 | | |
| MAR 19 101 | | |
| FEV 19 99 | | |
| JAN 19 74 | | |
| DEZ 19 103 | | |

TARIFAS APLICADAS

Consumo Abaixo de 30 kWh

Consumo Abaixo superior a 30 até 100 kWh

RESUMO DO PREÇO

ÚNICA (UNID. DEB. BASE: BASE CARGA 4750 FLUXO)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para a prestação de serviços de energia elétrica, a CELPE é responsável por garantir a continuidade do fornecimento de energia elétrica, bem como a segurança e a qualidade dos serviços prestados. A CELPE não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de interrupções no fornecimento de energia elétrica. A CELPE também não se responsabiliza por danos decorrentes de uso indevido da energia elétrica. A CELPE é responsável por garantir a continuidade do fornecimento de energia elétrica, bem como a segurança e a qualidade dos serviços prestados. A CELPE não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de interrupções no fornecimento de energia elétrica. A CELPE também não se responsabiliza por danos decorrentes de uso indevido da energia elétrica.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

EM ABERTO: DESPESAS EM ABERTO CAUSANDO CORTES

| Vencido | Exigível | Valor | Vencido | Exigível | Valor |
|----------|----------|-------|----------|----------|-------|
| 02/12/19 | 08/12/19 | 31,73 | 31/12/19 | 07/1/20 | 40,98 |

Este comunicado NÃO substitui a notificação de corte de energia elétrica. O cliente deve estar atento ao valor da conta e ao prazo de pagamento. A CELPE não se responsabiliza por danos decorrentes de interrupções no fornecimento de energia elétrica. A CELPE também não se responsabiliza por danos decorrentes de uso indevido da energia elétrica.

RECEBEMOS: Poderão ocorrer atrasos na entrega de energia elétrica, bem como interrupções no fornecimento de energia elétrica, devido a manutenção de equipamentos e a condições climáticas.

SITUAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERMISSÕES

| CONSUMO | VALOR APLICADO | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL |
|---------|----------------|---------------|-------------------|--------------|
| DEB | 0,00 | 5,79 | 11,58 | 23,16 |
| PEC | 0,00 | 1,44 | 4,32 | 12,96 |
| OMC | 0,00 | 1,37 | 4,11 | 12,33 |

LIMITE DEB: 12,33 BUEB: Valor de DEB aplicado em caso de interrupção de energia elétrica = 12,33

Para a prestação de serviços de energia elétrica, a CELPE é responsável por garantir a continuidade do fornecimento de energia elétrica, bem como a segurança e a qualidade dos serviços prestados. A CELPE não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de interrupções no fornecimento de energia elétrica. A CELPE também não se responsabiliza por danos decorrentes de uso indevido da energia elétrica.

NÍVEL DE TENSÃO

| TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE TENSÃO (V) | MINIMO | MAXIMO |
|--------------------|----------------------|--------|--------|
| 220 | | 207 | 231 |



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Brejo da Madre de Deus, 15 de fevereiro de 2020.

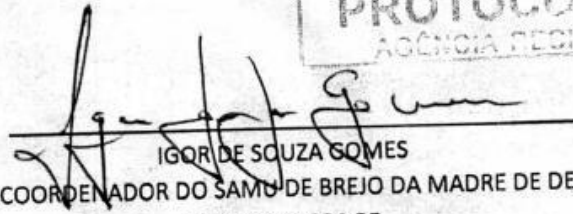
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção a pedido dos familiares do senhor José messias bezerra junior, portador do RG: 10.421.392-SDS e do CPF: 130.701.494-13, que consta nos registros de ocorrências do SAMU, base descentralizada, atendimento realizado por este serviço ao mesmo, com ID: 0227, no dia 27/01/2020, às 17H:05 min, na RUA cleto campelo, Bairro centro, Brejo da Madre de Deus, vítima de acidente de moto, tendo sido enviado a USB, que prestou atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para a UPA Mestre Camarão, no município de Brejo da Madre de Deus, sendo atendido pela equipe da unidade.

Ainda de acordo com os registros de informações do SAMU, foi realizado protocolo de trauma + imobilização de prováveis fraturas + AVP para veículo medicamentoso.

Brejo da Madre de Deus, 15 de fevereiro de 2020




IGOR DE SOUZA GOMES
COORDENADOR DO SAMU DE BREJO DA MADRE DE DEUS.
COREN:346.324-PE



Nº PRONTUÁRIO
57070

DATA DE ENTRADA

30/01/2020 ÀS 17:32

Nº REGISTRO
8029

BOLETIM DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

| | | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------------|--|--|------------------------|
| NOME PACIENTE: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR | | SEXO: Masculino | NASCIMENTO: 15/02/2002 | IDADE: 17 anos, 11 meses e 15 dias | |
| NOME DA MAE: MARIA APARECIDA DE SOUZA | | NOME DO PAI: JOSE MESSIAS BEZERRA | | IDENTIDADE: 10421392 | CPF: 130.701.494-13 |
| TELEFONE: (81) 99795-0663 | | | | | |
| ENDEREÇO: ERASMO DE OLIVEIRA | Nº: 28 | BAIRRO: CENTRO | CIDADE: BREJO DA MADRE DE DEUS | UF: PE | CEP: 55170000 |
| CELULAR: | | | | | |
| CONVÊNIO: 31 PARTICULAR | MATRICULA: | VALIDADE CARTEIRA: 30/12/1999 | SENHA: | UNIDADE DE ATENDIMENTO: INTERNACAO- HSG | |
| CRM/MÉDICO: 015582 GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA | ESPECIALIDADE: Ortopedia | CODIGO CBO: 225270 | USUARIO DO ATENDIMENTO: AMANDASOUZA | | |
| BLOCO: 3º ANDAR | ACOMODACAO: ENFERMARIA 308 | LEITO: B | ESTADO CIVIL: | NATURALIDADE: CARUARU | PROFISSÃO: |

Queixa Principal:

trauma no joelho

História Clínica:

*com trauma no joelho direito
(esquerda)*

Exames:

cd: trauma no joelho

HD:

Dr. *[assinatura]*
TRAUMA - JOELHO
CRM 111111
TITULO: *[assinatura]*
17/01/2020 17:32

Condição: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Transferido ☐ Óbito

Data Alta: / / Hora: :

Médico Responsável:

[assinatura]
Mariana Aparecida de Souza
Paciente ou Responsável*[assinatura]*
AMANDASOUZA

Av. José Veríssimo, 752 - Caruaru - Pe - Fones: 81-37277250 Or - 8137277272 Or - CNPJ - 22.721.268/0001-26





GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR
Prontuário: 570/70 Registro: 8029
Sexo: Masculino Idade: 17a 11m 16d
Localização: 3ANDA, ENF308, B
Clínica: Cirúrgica

Médico: Simone Rafaela de Andrade Santos
Convênio: PARTICULAR HSG
C.I.D.:
Entrada: 30/01/2020 às 17:32
Alta:

Evoluções do paciente

31/01/2020 às 06:33:21 - SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A ENFERMAGEM
Localização: 3ANDA, ENF308, B
COREN: PE-199796 SIMONE RAFAELA DE ANDRADE SANTOS

1 - CABEÇALHO

1.1 - Jejum
Não

1.2 - Acesso Venoso
Sim
Local

2 - EXAME FÍSICO

3 - Eliminações fisiológicas

4 - Integridades da pele

4.1 - Estado Geral: Regular

4.2 - Nível de Consciência

Consciente

Orientado

Calm

4.3 - Hidratação: Hidratado

4.4 - Sono e repouso: Preservado

4.5 - Higiene Corporal: Adequada

4.6 - Higiene Bucal: Adequada

4.7 - Alimentação

Via Oral

Tipo:

Boa Aceitação

4.8 - Deambulação: Dependente e/ou com auxílio

4.9 - Regulação Térmica: Afebril

4.10 - Oxigenação

Eupnéico

4.11 - Regulação Vascular: Normocárdico

4.12 - Pulso: Cheio

4.13 - Regulação Abdominal

Plano

Indolor

4.14 - Hábito Urinário

Espontâneo

4.15 - Ferida Operatória

Sim

Local

4.16 - Dreno

Não

5 - Diagnóstico de Enfermagem

Risco para Infecção

Risco para sangramento

6 - Condutas de Enfermagem

Lavagem das mãos antes e após os procedimentos, utilizar EPIs e técnicas assépticas.

Página: 1 de 2

Emitido em: 31/01/2020 06:33:41

AV JOSÉ VÍSSIMO MAURÍCIO DE NASSAU PE C.E.P.: 58014-320

S.P.Data - S.G.H. - P.E.P. e M.O.B.: 30/01/2020





GRUPO SÃO GABRIEL LTDA

Nome: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

Prontuário: 570/70

Registro: 8029

Sexo: Masculino

Idade: 17a 11m 15d

Localização: 3ANDA, ENF308. B

Clinica: Cirúrgica

Médico: Simone Rafaela de Andrade Santos

Convênio: PARTICULAR HSG

CID:

Entrada: 30/01/2020 às 17:32

Alta:

Evoluções do paciente

Verificar o local da incisão cirúrgica após cada curativo
Avaliar o processo de cicatrização da ferida operatória
Avaliar locais de inserção de cateteres quanto a presença de sinais flogísticos.
Encorajar a deambulação independente, dentro dos limites seguros.
Orientar quanto a deambulação precoce
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.

7 - Evolução Enfermagem

7.1 - Descrição

PACIENTE EM P.O. ITTO CIRÚRGICO DE FUNHO ESQUERDO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE E ORIENTADO, ACANÓTICO, ANCTÉRICO, EUPNÉICO, NORMOCORADO, SEM QUEIXAS. TALA GESSADA EM MISE, MEMBRO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA. PACIENTE JA ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

8 - Avaliação do Grau de Risco - Escala de Braden

- 8.1 - Percepção Sensorial: Levemente Limitado
- 8.2 - Umidade: Rara
- 8.3 - Atividade: Deambula Ocasionalmente
- 8.4 - Mobilidade: Discreta Limitação
- 8.5 - Nutrição: Inadequada
- 8.6 - Fricção/ Cisalhamento: Sem Problema Aparente
- 8.7 - Total: 18 Pontos

9 - Escala de Coma de Glasgow

- 9.1 - Abertura Ocular: Espontânea
- 9.2 - Resposta Verbal: Orientado e Conversando
- 9.3 - Resultado: 15 Pontos
- 9.4 - Resposta Motora: Ao Comando

Simone Rafaela de Andrade Santos
COREN-PE - 199796-ENF.
COREN-PE-199796-SIMONE RAFAELA DE ANDRADE SANTOS

Página: 2 de 2

Emitido em: 31/01/2020 06:33:41

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

SP Data SGH PEP v10.01 20191231.03





DATA: ____/____/____

HORA: ____:____:____

FICHA DE ANESTESIA

CATEGORIA

Pneumologia

| | | | | | | | |
|-------|-----------------------------|--------|-------|------|-----------|------------|------|
| NOME: | João Messias Bezerra Junior | | | | DATA: | 29/01/2020 | REG: |
| SEXO: | COR: | IDADE: | PESO: | ALT: | HOSPITAL: | | |

| | | | | | | | | | |
|----------------|----------------------------|-------|------------|------------------|--------------------|------|-------|------------|-----|
| PRÉ-OPERATÓRIA | DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO | | | | | | | | |
| | HEMÁCIAS | HCTQ | HB | LEUCÓCITOS | P.A. | F.C. | TEMP. | RESPIRAÇÃO | ASA |
| | GRUPO SANG | TC | TS | PROTOMBINA | ANESTESIA PROPOSTA | | | | |
| | GLICOSE | URÉIA | CREATININA | PROTEÍNAS | VENOSA | | | | |
| | NA | K | CL | RESERVA ACL | | | | | |
| | OP. PROPOSTA | | | | ALERGIA: | | | | |
| OP. REALIZADA: | | | | ANEST. ANTERIOR: | | | | | |
| | | | | PRÉ-ANESTÉSICO: | | | | | |
| | | | | ECG. | | | | | |

| | | |
|-----------------|----------|--|
| HORA | NOTAÇÕES | |
| O ₂ | | |
| R _{sp} | | |
| Gasés | | |
| 200 | | |
| 180 | | |
| 160 | | |
| 140 | | |
| 120 | | |
| 100 | | |
| 80 | | |
| 60 | | |
| 40 | | |
| 20 | | |

| | | | | | | |
|------------|-------|------------|---|-------------------|-----------|-------------------|
| AGENTES | CONC. | QUANTIDADE | TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO ₂ | | | |
| ① Propofol | 200 | | Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda | Intubação | | |
| | | | Posição | Local Punção | Liq. Ret. | Téc. Inj. |
| | | | Pos. Pós | Pos. Pós | Aparelho | Cond. Final |
| | | | Resultado | Reflexo | | |
| | | | Duração da Op. | Duração da Anest. | | |
| | | | Monitorização | | | |
| | | | Teste Aldrete e Koulik | MOV. | CONS | COR CIRC RESP S.R |

Médico Cirurgião

Médico Anestesiologista



HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL
NOTA DE SALA DE CIRURGIA

| | | | |
|----------------|------------------------|---------------|--------------------|
| PACIENTE | JOSE ANTONIO P. GARCIA | REGISTRO | 20120120 |
| CONVENIO | Medicentro | PROCEDIMIENTO | 20120120 |
| QUIRUGUO | Dr. G. S. S. S. S. S. | ANESTESISTA | Dr. G. S. S. S. S. |
| 1° AUXILIAR | | 2° AUXILIAR | |
| INSTRUMENTADOR | Dr. G. S. S. S. S. | INICIO | 12:30 |
| ANESTESIA | | CIRCULANTE | |

| Medicamento | Quant | Material Médico Hospitalar | Quant | Fios de Sutura | Quant |
|---|-------|----------------------------|-------|----------------------------|-------|
| Ácido Transâmico sol inj. 250mg/5ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Água destilada sol inj. 1000ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Água destilada sol inj. 10ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Alfentanila sol inj. 0,54mg/ml - amp 5ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Atropina sol inj. 0,25mg/ml - amp 1ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Bupivacaína + Glucose sol inj. 0,5% - amp 4ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Bupivacaína isotônica sol inj. 0,5% - amp 4ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Cefalotina sol inj. 1g - fr/amp | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Cefazolina sol inj. 1g - fr/amp | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Cetoprofeno sol inj. 100mg/ml - amp 2ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Cetoprofeno sol inj. 100mg/ml - amp 2ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Cetorolaco sol inj. 10mg/ml - amp 1ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Clonitraceno sol inj. 0,5mg/ml - amp 5ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Clopidina sol inj. 150mg/ml - amp 1ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Cloreto de sódio sol inj. 0,9% - fr 100ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Cloreto de sódio sol inj. 0,9% - fr 250ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Cloreto de sódio sol inj. 0,9% - fr 500ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Dexametasona sol inj. 4mg/ml - amp 2,5ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Diazepam sol inj. 5mg/ml - amp 2ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Diclofenaco sol inj. 25mg/ml - amp 3ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Enoxaparina sol inj. 40mg - seringa 0,4ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Epinefrina sol inj. 1mg/ml - amp 1ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Etilefrina sol inj. 10mg/ml - amp 3ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Etomidato sol inj. 2mg - amp 10ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Fentanyl sol inj. 0,05mg/ml - T.A.X.A. | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Glicose sol inj. 5% - fr 250ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Glicose sol inj. 5% - fr 500ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Glicose sol inj. 5% - fr 1000ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Heparina sol inj. 5.000U - T.A.X.A. | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Hidrocortisona sol inj. 100mg - fr/amp | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Hidrocortisona sol inj. 500mg - fr/amp | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Hyoscina + Dipirone sol inj. - amp 5ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Levobupivacaína sol inj. 0,5% C/V - T.A.X.A. | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Levobupivacaína sol inj. 0,5% S/V - T.A.X.A. | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Lidocaina sol inj. 2% C/V - fr/amp - T.A.X.A. | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Lidocaina sol inj. 2% S/V - fr/amp - T.A.X.A. | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Metoprolol sol inj. 5mg/ml - boteq 100ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Midazolam sol inj. 5mg/ml - amp 1ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Morfina sol inj. 0,2mg/ml - amp 1ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Morfina sol inj. 1mg/ml - amp 1ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Morfina sol inj. 1mg/ml - amp 1ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Naloxona sol inj. 10mg/ml - amp 1ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Naloxona sol inj. 0,4mg/ml - amp 1ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Necostigmina sol inj. 0,5mg/ml - amp 1ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Omeprazol sol inj. 40mg - fr/amp | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Ondasetrona sol inj. 4mg - amp 2ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Ondasetrona sol inj. 8mg - amp 2ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Petidina sol inj. 50mg/ml - amp 2ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Prometazina sol inj. 50mg - amp 2ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Propofol sol inj. 10mg/ml - amp 20ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Ranitidina sol inj. 25mg/ml - amp 2ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Ramifentanila sol inj. 2mg - fr/amp | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Ringer com Lactato sol inj. - fr 500ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Roxidol sol inj. 10mg/ml - fr/amp 5ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Ropivacaína sol inj. 10mg/ml - fr/amp 20ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Sevoflurano sol inj. 10mg/ml - fr/amp 20ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Sufentanila sol inj. 5mg/ml - amp 2ml | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Suxametônio sol inj. 100mg - fr/amp | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Tenoxicam sol inj. 20mg - fr/amp | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |
| Tenoxicam sol inj. 40mg - fr/amp | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | | Agulha 25 x 1/2 inch nº 18 | |

| OPME | Quant |
|-----------|-------|
| 1/2 x 1/2 | |
| 1/2 x 1/2 | |

| Líquidos | Quant |
|---------------------------|-------|
| Clorendina degermante 2% | |
| Água oxigenada | |
| Acouci 2% | |
| Clorendina alcoolica 0,5% | |
| Alcool iodado | |
| PVPi Degermante | |
| PVPi Topico | |

| TAXAS E EQUIPAMENTOS | INÍCIO | TÉRMINO | TAXAS E EQUIPAMENTOS | INÍCIO | TÉRMINO |
|-------------------------------|--------|---------|----------------------|--------|---------|
| Taxa de aparelho de anestesia | | | Taxa de Consultório | | |
| Taxa de Aspirador | | | Taxa de Equipamentos | | |
| Taxa de Distúrbio Eletrodo | | | | | |
| Taxa de Mamografia | | | | | |
| Taxa de Monitor Cardíaco | | | | | |
| Taxa de Motor | | | | | |
| Taxa de Oxiímetro de Pulso | | | | | |
| Taxa de Sala | | | | | |
| Taxa de Visitas em casa | | | | | |





FICHA DE INTERNAÇÃO
TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

| DADOS DO PACIENTE | | | |
|---|----------------------------|-----------------------|------------------------|
| Nome: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR | | | Registro: 8029 |
| Nascimento: 15/02/2002 | 17 Anos | Sexo: Masculino | Natural: CARUARU |
| Identidade: 10421392 | CPF: 130.701.494-13 | Profissão: | |
| Endereço: ERASMO DE OLIVEIRA CAMPOS | | | Bairro: CENTRO |
| Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS | UF | CEP: 55170000 | |
| Filiação: MARIA APARECIDA DE SOUZA | | | / JOSE MESSIAS BEZERRA |
| Telefone: (81) 99795-0663 | Celular: | Religião: | |
| DADOS DA INTERNAÇÃO | | | |
| Médico Internação: GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA | | | Prontuário: 57070 |
| Convênio: PARTICULAR HSG | | | Data Internação: |
| Matrícula: | Guia: | Validade Guia: | Senha: |
| Tipo Acomodação: Enfermaria | | Clínica: Cirúrgica | |
| Bloco: 3º ANDAR | Acomodação: ENFERMARIA 308 | Leito: B | |
| DADOS DO RESPONSÁVEL | | | |
| Nome: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR | | CPF: 130.701.494-13 | Identidade: 10421392 |
| Endereço: ERASMO DE OLIVEIRA CAMPOS | | Bairro: CENTRO | |
| Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS | UF | Telefone: 81997950663 | |
| TERMO DE RESPONSABILIDADE | | | |
| <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Outrossim, autoriza que as despesas que forem realizadas, seja(m) emitida(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).</p> <p>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.</p> | | | |
| <p>OBSERVAÇÕES GERAIS.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> | | | |
| <p align="center">INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>Será realizado algum outro procedimento além do que está autorizado na guia do convênio? () Sim (X) Não</p> <p>(Caso Afirmativo Descreva)</p> <p>COBERTURAS PARA ACOMPANHANTE? () SIM (X) NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> Fornecimento de cópia de prontuário.</p> <p>Caruaru, 30 de Janeiro de 2020</p> <p><u>Maria Aparecida de Souza</u></p> <p align="right">HOSPITAL MEMORIAL CARUARU S/C Usuário Internação:</p> | | | |





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 necessitarem 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 anestesiolologista 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



do sangue incluindo AIDS e hepatite. Estou ciente de 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: Maria Aparecida de Souza

Nome em letra de forma: Maria Aparecida de Souza 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.





RELATÓRIO CIRÚRGICO

PACIENTE:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

OPERAÇÃO PROPOSTA:

OPERAÇÃO REALIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

DATA:

INÍCIO:

TÉRMINO:

EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTA:

TIPO DE ANESTESIA:

INSTRUMENTADOR(A):

POSIÇÃO DO PACIENTE:

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA NA SALA DE CIRURGIA

SOLUTO GLICOSADO:

SOLUTO FISIOLÓGICO:

RINGER LACTATO:

ANTIBIÓTICOS:

REPOSIÇÃO DE SANGUE E DERIVADOS

SANGUE TOTAL:

CONCENTRAÇÃO DE HEMÁCIAS:

CONC. PLAQUETAS:

PLASMA FRESCO:

ALBUMINA HUMANA:

HAEMACEL OU SIMILAR:

1 - PREPARO DO CAMPO

4 - TÉCNICA E TÁTICA

7 - ACIDENTES E COMPLICAÇÕES

2 - VIA DE ACESSO

5 - FECHAMENTO (FIOS E SULTURA)

8 - GRÁFICO DA CIRURGIA

3 - ORGÃOS E LESÕES

6 - DRENO E SONDA (PENROSE, MERM, ETC.)

9 - PEÇA OPERATÓRIA-ANAT.PATOL

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

① *deh*

② *X*

③ *Flu*

④ *deh*

Dr. Gustavo Libório
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO
CRM 15582-7807-13985
TITULAR SBOT/SBTO/ASAM



**GRUPO SÃO GABRIEL LTDA**

Nome: JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR
Prontuário: 570/70 Registro: 8029
Sexo: Masculino Idade: 17a 11m 15d
Localização: 3ANDA, ENF308, B
Clínica: Cirúrgica

Médico: Josefa Vanusa Gomes Bezerra
Convênio: PARTICULAR HSG
C.I.D.:
Entrada: 30/01/2020 às 17:32
Alta:

Evoluções do paciente**30/01/2020 às 17:58:46 - ADMISSÃO DE ENFERMAGEM****Localização: 3ANDA, ENF308, B****COREN: PE-1233049 JOSEFA VANUSA GOMES BEZERRA****1 - Admissão de Enfermagem (Cirúrgica)****1.1 - Evolução**

Paciente admitido neste setor hospitalar para realizar procedimento cirúrgico, CIEGR, consciente, orientado, hidratado, normocorado, acianótico, anictérico, deambulando sem máscaras em cadeira de rodas, com acompanhante/responsável, realizado tricotomia da área operatória, dieta oral zero(SIC), anexado ao prontuário exames de imagem HAS(-) dm(-) alergia(-), nega queixas, orientado quanto ao preparo do pré-operatório, aguardando encaminhamento para o bloco cirúrgico.

1.2 - Sinais vitais

| Hora | P.Arterial | Pulso/FC | Temperatura | Sat.O2 |
|-------|------------|----------|-------------|--------|
| 17:55 | 100X80 | 74 | 36 | 97 |

30/01/2020 às 18:55:39 - EVOLUÇÃO P/ ENCAMINHAMENTO AO BLOCO CIRÚRGICO**Localização: 3ANDA, ENF308, B****COREN: PE-1233049 JOSEFA VANUSA GOMES BEZERRA****1 - Evolução P/ Encaminhamento ao Bloco Cirúrgico****1.1 - Descrição:**

Paciente encaminhado para o bloco cirúrgico, sem intercorrências.

COREN: PE-1233049 JOSEFA VANUSA GOMES BEZERRA

Página: 1 de 1

Emitido em: 30/01/2020 18:55:52

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

S.P.D. - S.G.H. - P.E.P. v.14.01.01: 30/01/2020



PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UPA- MESTRE CAMARÃO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o (a) paciente:

José Messias Bezerra Júnior

foi assistido (a) em caráter de urgência nesta Unidade de
saúde, no dia 27/01/2020 tendo sofrido acidente.
motociclístico.

Brejo da Madre de Deus 11/02/2020.

Atenciosamente


Lucivalva Silva
Direção Administrativa
MAT. 277
Diretora

Praça vereador Abel de Freitas S/N
Brejo da Madre de Deus CEP: 55170-000



BREJO

UPA - MESTRE CAMARÃO

| | | |
|--------------------------------|--|------------|
| DATA | HORA | PRONTUÁRIO |
| 27/01/2020 | 17:32 | 764118 |
| CARTÃO SUS/RG | NOME | |
| S.D | Jose Bessias Bezerra Junior | |
| DATA NASCIMENTO | IDADE | SEXO |
| 15/02/2002 | 17 anos | M |
| RESPONSÁVEL | EST.CIVIL | |
| Ida - Maria Aparecida de Souza | Benê | |
| ENDEREÇO | | |
| R. Branco de Oliveira Campo 28 | | |
| CIDADE | TELEFONE | |
| Brejo da Madre de Deus | | |
| MÉDICO | ENFERMEIRO | |
| DRA. FRANCELY + DR. AUGUSTO | ROSIMERE | |
| EXAME FÍSICO | Paciente trazido pelo SAMU vítima de acidente motorcyclístico agudo. Rx emplacaram fratura em clavícula (E) e rádio (E). | |
| Ras 15 | | |
| PA: | HGT: | PESO: |
| TEMPERATURA: | | |
| CONDUÇÃO | ① Triamaf 100mg + 100ml SF IV em 10 18:35 | |
| | ② Tilabif 100mg + AD IV em 10 (FF) | |
| | ③ Enc. ao serviço especializado | |
| | Senhor | |
|) CONSULTA SIMPLES | | |
|) CONSULTA COM OBSERVAÇÃO | | |
|) TRANSFERÊNCIA | | |
|) ALTA APÓS MEDICAÇÃO | | |
| DRA. FRANCELY + DR. AUGUSTO | | |
| MÉDICO | | |

Wipir-on 2
Loen 2
NO

Em 10

Dr. José Augusto Garcia
Médico CRM 24171
27 JAN 2020
Dra. Francely Sampaio
Clínica Médica
CRM 17073
27 JAN 2020





PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
HOSPITAL JOSÉ CARLOS LANTANA

ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR

DATA: 27/01/2020 HORA: _____ ADMISSÃO: () Emergência () Enfermaria
NOME DO PACIENTE: João Messias Bezerra Junior
N.º DO PRONTUÁRIO: _____ SEXO: Masc IDADE: 17 anos
DESTINO: HOSPITAL Reg. Aqued. DATA: _____ HORA: _____
DESTINO: FINAL _____ DATA: _____ HORA: _____

RESUMO DIAGNÓSTICO: Paciente vítima de queda
de moto hsp. 12x reduções fraturas
de clavícula (E) e rádio distal (E)
ECG - 15

JUSTIFICATIVA: Avaliação de trauma - Out-pa-
cie

DATA: _____

HORA: _____

MÉDICO ENCAMINHADOR
ASS. E CARIMBO

DIRETOR DA UNIDADE
ASS. E CARIMBO

Senha: 5869959



RECIBO MÉDICO
JOSÉ MESSIAS BEZERRA JÚNIOR
CPF: 130.701.494-13



RECEBI A IMPORTÂNCIA DE **R\$ 2.500,00 (SEIS MIL REIAS)** REFERENTE À HONORÁRIO DE
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE FRATURA DE PUNHO ESQUERDO, NA DATA DE
30/01/2020.

CARUARU 20 DE FEVEREIRO 2020

DR. GUSTAVO LIBÓRIO
ORTOPEDIA & CIRURGIA DO TRAUMA ORTOPEDICO
RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO
CRM 15582 - TEOT 13985
CPF: 022.810.684-20

Scanned by TapScanner



| | | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|---|---|
|  CARUARU | | PREFEITURA DE CARUARU SECRETARIA DE NEGOCIOS DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e | | Número da NFS-e 9280 |  |
| Data e Hora da Emissão | 31/01/2020 10:46:06 | Competência | 31/1/2020 | Código de Verificação | TYSWJCRZC |
| Número do RPS | | No. da NFS-e substituída | | Local de 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 | JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR | | | | |
| CNPJ/CPF | 130.701.494-13 | Inscrição Municipal | | Município | BREJO DA MADRE DE DEUS - PE |
| Endereço e CEP | RUA ERASMO DE OLIVEIRA CAMPOS, 28 - CENTRO CEP: 55170-000 | | | | |
| Complemento: | | Telefone: | | e-mail: | |
| Discriminação dos Serviços | | | | | |
| REF. A SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES PRESTADOS. | | | | | |
| VALOR APROXIMADO DE IMPOSTOS R\$ 117,01. | | | | | |
| 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\$ | 1.310,34 | Natureza Operação | Valor dos Serviços - R\$ | 1.310,34 | |
| (-) 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 | 1.310,34 | |
| Outras Retenções | | Opção Simples Nacional | (x) Aliquota % | 3,00 | |
| (-) ISS Retido | | 2 - Não | ISS a reter: | () Sim (X) Não | |
| (=) Valor Líquido - R\$ | 1.310,34 | Incentivador Cultural | (=) Valor do ISS - R\$ | 39,31 | |
| | | 2-Não | | | |
| 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site: CARUARU.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação. | | | | | |
| Avisos | | | | | |

Scanned by TapScanner



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

Prontuário: 57070

R E C I B O

Nº CTR. 24293
Reg.: 8029

RS 1.310,34

RECEBI(EMOS) DO(S) SR.(S) JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR, CPF 130.701.494-13 A
IMPORTÂNCIA SUPRAMENCIONADO DE 1.310,34 (UM MIL, TREZENTOS E DEZ REAIS E TRI
NTA E QUATRO CENTAVOS).

PROVENIENTE DE: INT. DR. LIBORIO

| | |
|-----------------------------|--------|
| TAXAS | 835,50 |
| DIARIAS | 150,00 |
| MATERIAIS MEDICO HOSPITALAR | 256,91 |
| MEDICAMENTOS | 67,93 |

Total 1.310,34

POR SER VERDADE E PARA SEU DOCUMENTO, FIRMO(AMOS) O PRESENTE RECIBO.

CARUARU, 31 DE JANEIRO DE 2020

Usuário - RITAMEDEIROS

ASSINATURA

Scanned by TapScanner



HOSPITAL MUNICIPAL DE CARANGUÁ S/C LTDA Povo.: MUNICÍPIO DE CARANGUÁ C.C.C.: 00.972.868/0001-97 Pag: 001
 Nº 0022 VERIFICADO Bairro: MUNICÍPIO DE CARANGUÁ CEP: 0- Município: CARANGUÁ UF: PE

Paciente: JOSE MESSIAS MESSIAS JUNIOR Idade: 17 anos 15/02/2002 Empresa: Senha:
 Separado: Matrícula: Guia: Remessa: 11 1/2020
 Convenio: 001 PARTICULAR RSC Registro: 000000029 Cod.p/Cover: Emissão: 31/01/2020 às 18:22
 Início Tratamento: 30/01/2020 às 17:32 Alta: 31/01/2020 às 08:48 Motivo: Melhorado Permanência: 1 dia
 Localização: Bloco: SALA 3ª ANDAR Acumulação: 04F30 Letito: 9
 Procedimento: 0071910 FRACTURAS E OU LESÕES - TRATAMENTO CIRÚRGICO Horário do procedimento: 17:32
 Médico: LUIS CARLOS LINS SANTOS DE ALMEIDA Cod. Convenio:
 Tipo de Atendimento: 07 - INTERNAÇÃO Usuário: RIVAMBEIROS

DIÁRIOS E TAXAS HOSPITALARES

| Código | Descrição | (Cod. Tm) | (Qt. UH) | Data | Perí. | Qtd | Valor Unit. | Valor Total |
|--------------------------------|--|-----------|----------|----------|-------|---------|-------------|-------------|
| Sala de Cirurgia | | | | | | | | |
| 60022390 | TAXA DE SALA CIRÚRGICA, ATÉ 3 HORAS | 10 | 1 | 30/01/20 | 1,00 | 450,000 | 450,00 | |
| 60027169 | ALMOGO / TAXA DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM, P10 | 1 | 1 | 30/01/20 | 1,00 | 300,000 | 300,00 | |
| 60031760 | TAXA DE MONITOR / MONITORIAÇÃO DE CALIBRETO, P10 | 1 | 1 | 30/01/20 | 1,00 | 75,000 | 75,00 | |
| 60034343 | OXIGÊNIO, POR MINUTO | 10 | 15 | 30/01/20 | 15,00 | 9,700 | 145,50 | |
| Total Sala de Cirurgia ---->>> | | | | | | | | 870,50 |

| | | | | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|----|---|----------|------|---------|--------|--------|
| *-- Enfermaria | | | | | | | | |
| 60000783 | DIÁRIA DE HOSPITAL DIA ENFERMARIA | 10 | 1 | 30/01/20 | 1,00 | 150,000 | 150,00 | |
| Total Enfermaria ---->>> | | | | | | | | 150,00 |
| Subtotal Serv. Hosp. ---->>> | | | | | | | | 985,50 |

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

| Materiais Médico Hospitalares - Sala de Cirurgia | | | | | | | | | |
|--|--|-------------|----------|----------|---------|---------|------------|-------------|-------------|
| Código | Descrição | Laborat | Data | Hora | Unid. | Perí. | Quantidade | Valor Unit. | Valor Total |
| 1789862.4 | ATAQUE CROPOS CYSSE 10CMX1,8MT (REPOSO) 120MT (CREMER) | 31/01/00:44 | UNID | 1-10,000 | 2,00 | 5,4735 | 10,95 | | |
| 17898678.8 | ATAQUE CROPOS CYSSE 15CMX1,8MT (REPOSO) 120MT (CREMER) | 31/01/00:44 | UNID | 1-10,000 | 2,00 | 8,9919 | 17,98 | | |
| 16212.4 | ATAQUE GESSADA CYSSE 15CMXMT | 31/01/00:44 | UNID | 1-10,000 | 2,00 | 17,7750 | 35,55 | | |
| 16212.5 | ATAQUE GESSADA CYSSE 20CMXMT | 31/01/00:44 | UNID | 1-10,000 | 2,00 | 30,9790 | 61,96 | | |
| 17851598.0 | CATETER VENOSO PERIFERICO POR DISP. SEGURANCA (B. BRACH) 31/01/00:44 | UNID | 1-10,000 | 1,00 | 86,1830 | 86,18 | | | |
| 181848.2 | COMPRESSA GAZE MÚLTIPLA 7,5X7,5CM ESTERIL | 31/01/00:44 | PCT | 1-10,000 | 3,00 | 5,2820 | 15,85 | | |
| 17816781.1 | CURATIVO ADHESIVO FIXADOR 5X5,7CM P/CATETER 10 | 31/01/00:44 | UNID | 1-10,000 | 1,00 | 10,8000 | 10,80 | | |
| 10015097.4 | ISQUEMIA EXTRAPEX PRIMELINE AIA SAFEPLON | 31/01/00:44 | UNID | 1-10,000 | 1,00 | 17,7300 | 17,73 | | |
| 127386.0 | SERINGA 09ML C/AG. NICO LOCK 25X7MM | 31/01/00:44 | UNID | 1-10,000 | 1,00 | 2,0250 | 2,03 | | |
| Total de Materiais Médico Hospitalares Sala d | | | | | | | | 256,91 | |
| Desconto de materiais ---->> | | | | | | | | 8,00 | |
| Acréscimo de materiais ---->> | | | | | | | | 8,00 | |
| Total após acres./desc. concedido -->> | | | | | | | | 256,91 | |



HOSPITAL MEMORIAL DE CARUARU S/C LTDA Fone.: MAURÍCIO DE NAS C.G.C.: 00.972.860/0001-97 Pag: 002
 Paciente: JOSE NESSIAS BEZERRA JUNIOR Registro: 000008025 Gola: Senha:
 Usuário: RITAMEDUROS

Medicamentos - Sala de Cirurgia

| Codigo | Descricao | Laborat | Data | Hora | Unid. | Perc. | Quantidade | Valor Unit. | Valor Total |
|--|---|---------|----------|------|-------|-------|------------|-------------|-------------|
| 9004774.5 | PROPOVAN 10 mg/ml ca. 5 FA vd. x 20 ml | CRISTAL | 31/01/00 | 44 | AMP | | 1,00 | 47,2300 | 47,23 |
| 9030393.8 | RINGER COM LACTATO - SISTEMA FECHADO 500 ml | FARMACE | 31/01/00 | 44 | FRS | | 3,00 | 6,9000 | 20,70 |
| Total de Medicamentos Sala de Cirurgia | | | | | | | | | 67,93 |
| Desconto de medicamentos ->> | | | | | | | | | 0,00 |
| Acrescimo de medicamentos -> | | | | | | | | | 0,00 |
| Total apos acres/desc concedido ->> | | | | | | | | | 67,93 |
| Total Geral Materiais ---->>> | | | | | | | | | 256,91 |
| Total Geral Medicamentos ---->>> | | | | | | | | | 67,93 |
| Total Mat / Med ----->>> | | | | | | | | | 324,84 |

SERVICOS PROFISSIONAIS

| Procedimento | Descricao | Ato | CRM | C.P.F. | Nome do Medico | Data | F.P. | Perc. | C.N. | Qt. | Valor Total |
|-------------------------------|----------------------------|------|-------|----------------|-----------------|----------|------|-------|------|-----|-------------|
| 3.07.19.10-0 | FRATURAS E OU LUXACOES - Y | Cir. | 15582 | 022.810.684-20 | GUSTAVO LIBORIO | 30/01/00 | 100% | | 0,01 | 11 | 0,00 |
| Total de Diarias e Taxas -> | | | | | | | | | | | 985,50 |
| Total de Materiais ---->>> | | | | | | | | | | | 256,91 |
| Total de Medicamentos ---->>> | | | | | | | | | | | 67,93 |
| Total de Mat./Med. ---->>> | | | | | | | | | | | 324,84 |
| Total de Serv. Hosp. ---->>> | | | | | | | | | | | 1.310,34 |
| Total Geral da Conta ---->>> | | | | | | | | | | | 1.310,34 |



HOSPITAL MEMORIAL DE CARUARU S/C LTDA Fone.: MAURÍCIO DE M... C.G.C.: 00.972.860/0001-77 Pag: 001
 AV JOSÉ VERÍSSIMO Bairro: MAURÍCIO DE NASSAU CEP: 6- Município: CARUARU UF.: PE

Paciente: JOSÉ MESSIAS REIS JÚNIOR Idade: 17 anos 15/02/2002 Expressão: Senha:
 Segurado: Matrícula: Guia: Remessa: 11 1/2020
 Convenio: 0031 PARTICULAR MSG Registro: 000008029 Cod.p/Conv: Emissão: 31/01/2020 às 09:03
 Início Tratamento: 30/01/2020 às 17:32 Alta: 31/01/2020 às 08:40 Motivo: Melhorado Permanência: 1 dia
 Localização: Bloco: SALA 3º ANDAR Acomodação: ENF30 Leito: 8
 Procedimento: 30713100 FRATURAS E OU LUXAÇÕES - TRATAMENTO CIRÚRGICO Horário do procedimento: 17:32
 Médico: 15582 GUSTAVO LÍBIO SANTOS DE ALMEIDA Cod. Convenio:
 Tipo de Atendimento: 07 - INTERNAÇÃO Usuário: SARASILVA

DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES

| Código | Descrição | Cod. TBM | Qt | UPH | Data | Perc. | Qtde | Valor Unit. | Valor Total |
|--------------------------------|---|----------|----|-----|----------|-------|-------|-------------|-------------|
| Sala de Cirurgia | | | | | | | | | |
| 60022990 | TAXA DE SALA CIRÚRGICA, ATÉ 3 HORAS | 10 | 1 | | 30/01/20 | | 1,00 | 450,000 | 450,00 |
| 60027169 | ALUGUEL / TAXA DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM, P10 | 10 | 1 | | 30/01/20 | | 1,00 | 300,000 | 300,00 |
| 60031760 | TAXA DE MONITOR / MONITORIAÇÃO DE OXÍMETRO, P10 | 10 | 1 | | 30/01/20 | | 1,00 | 75,000 | 75,00 |
| 60034343 | OXIGÊNIO, POR MINUTO | 10 | 15 | | 30/01/20 | | 15,00 | 0,700 | 10,50 |
| Total Sala de Cirurgia ---->>> | | | | | | | | | 835,50 |

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------------|----|---|--|----------|--|------|---------|--------|
| Enfermaria | | | | | | | | | |
| 60000783 | DIÁRIA DE HOSPITAL DIA ENFERMARIA | 10 | 1 | | 30/01/20 | | 1,00 | 150,000 | 150,00 |
| Total Enfermaria ---->>> | | | | | | | | | 150,00 |
| Subtotal Serv.Hosp.---->>> | | | | | | | | | 985,50 |

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

| Materiais Médico Hospitalares - Sala de Cirurgia | | | | | | | | | |
|--|---|-------------|-------------|------|-------|---------|------------|-------------|-------------|
| Código | Descrição | Laborat | Data | Hora | Unid. | Perc. | Quantidade | Valor Unit. | Valor Total |
| 7898862.4 | ATADURA CREPOM CYSNE 10CX1,8MT(REPOUSO)12UNI | CREMER | 31/01/00:44 | | UNID | -10,00% | 2,00 | 5,4735 | 10,95 |
| 7898878.0 | ATADURA CREPOM CYSNE 15CX1,8MT(REPOUSO)12UNI | CREMER | 31/01/00:44 | | UNID | -10,00% | 2,00 | 8,0910 | 16,18 |
| 16212.4 | ATADURA GESSADA CYSNE 15CX1,8MT | CREMER | 31/01/00:44 | | UNID | -10,00% | 2,00 | 17,7750 | 35,55 |
| 16212.5 | ATADURA GESSADA CYSNE 20CX1,8MT | CREMER | 31/01/00:44 | | UNID | -10,00% | 2,00 | 30,9780 | 61,96 |
| 7851598.0 | CATETER VENOSO PERIFÉRICO PUR DISP.SEGURANCA 18.BRAUN | 31/01/00:44 | | | UNID | -10,00% | 1,00 | 86,1030 | 86,10 |
| 01848.2 | COMPRESSA GAZE NIDIA 11FIO 7,5X7,5CM ESTERIL | 31/01/00:44 | | | PCT | -10,00% | 3,00 | 5,2020 | 15,61 |
| 7824781.1 | CURATIVO ADESIVO FIXADOR 5X5,7CM P/CATETER 10 | LABOR I | 31/01/00:44 | | UNID | -10,00% | 1,00 | 10,8000 | 10,80 |
| 0015097.4 | EQUIPO INTRAFIX PRIMLINE AIR SAFEFLOW | 18.BRAUN | 31/01/00:44 | | UNID | -10,00% | 1,00 | 17,7300 | 17,73 |
| 127386.0 | SERINGA 05ML C/AG.BICO LOCK 25X7MM | INJEX | 31/01/00:44 | | UNID | -10,00% | 1,00 | 2,0250 | 2,03 |
| Total de Materiais Médico Hospitalares Sala d | | | | | | | | | 256,91 |

Desconto de materiais ---->>> 0,00
 Acréscimo de materiais ---->>> 0,00
 Total apos acres/desc concedido -->> 256,91



HOSPITAL MEMORIAL DE CARUARU S/C LTDA
 Fone.: MADRÍCIO DE NAS
 Registro: 000008029 Guia.:
 C.G.C.: 00.972.840/0001-97
 Senha:
 Usuário: SARASTILVA
 Pag: 002

| Medicamentos - Sala de Cirurgia | | | | | | | | | |
|--|---|---------|----------|-------|-------|-------|------------|-------------|-------------|
| Código | Descrição | Laborat | Data | Hora | Unid. | Perc. | Quantidade | Valor Unir. | Valor Total |
| 9004774.5 | PROPOVAN 10 mg/ml cx. 5 FA vd. x 20 ml | CRISTAL | 31/01/00 | 04:44 | AMP | | 1,00 | 47,2300 | 47,23 |
| 9030393.0 | RINGER COM LACTATO - SISTEMA FECHADO 500 ml | FARMACE | 31/01/00 | 04:44 | FRS | | 3,00 | 6,9000 | 20,79 |
| Total de Medicamentos Sala de Cirurgia | | | | | | | | | 67,93 |
| Desconto de medicamentos --> | | | | | | | | | 0,00 |
| Acrescimo de medicamentos --> | | | | | | | | | 0,00 |
| Total apos acres/desc concedido --> | | | | | | | | | 67,93 |
| Total Geral Materiais -->>> | | | | | | | | | 256,91 |
| Total Geral Medicamentos -->>> | | | | | | | | | 67,93 |
| Total Mat / Med -->>> | | | | | | | | | 324,84 |

SERVICOS PROFISSIONAIS

| Procedimento | Descrição | Ato | CRM | C.F.T. | Nome do Medico | Data | F.P. | Perc. | C.N. | Qt. | Valor Total |
|------------------------------|----------------------------|------|-------|----------------|-----------------|----------|------|-------|------|-----|-------------|
| 13.07.19.10-0 | FRATURAS E OU LUXACOES - T | Cir. | 15582 | 022.810.684-20 | GUSTAVO LIBORIO | 30/01/00 | | | 0,01 | 11 | 0,00 |
| Total de Diarias e Taxas --> | | | | | | | | | | | 985,50 |
| Total de Materiais -->>> | | | | | | | | | | | 256,91 |
| Total de Medicamentos -->>> | | | | | | | | | | | 67,93 |
| Total de Mat./Med. -->>> | | | | | | | | | | | 324,84 |
| Total de Serv. Hosp. -->>> | | | | | | | | | | | 1.310,34 |
| Total Geral da Conta -->>> | | | | | | | | | | | 1.310,34 |





www.seguradoralider.com.br



TIMA JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

ABERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PED

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial F

PREFICIÁRIO JOSE MESSIAS BEZERRA JUNIOR

CPF/CNPJ: 13070149413

Posição em 14-06-2020 15:45:58

O pedido de indenização está em fase final Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento de indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo em 4 dias.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros Corre |
|-------------------|----------------------|-------------|
| 12/06/2020 | R\$ 2.531,25 | R\$ 0,00 |



Scanned by TapScanner



DESPACHO

1. Defiro os benefícios da justiça gratuita.

2. **ADMITO** o processamento do pedido, à vista do disposto nos arts. 319 e ss., do CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL.

3. Antes de designar a audiência prevista no art. 334, CPC, entretanto, tenho por bem determinar a produção antecipada de prova pericial (art. 370, *caput*, CPC), indispensável para o deslinde do feito, conforme estabelecido no art. 5, §5º da lei 6.194/1974, uma vez que, nos termos do art. 381 do CPC, *“A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: (...) II – a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito”*.

4. Esclareço, ademais, que, adotando a medida acima, replico procedimento há muito já adotado pelo TJPE, através da promoção de mutirões, nos quais se realizam perícias a fim de se aferir o grau de debilidade da parte DEMANDANTE e, posteriormente, oportuniza-se às partes a autocomposição, já cientes do conteúdo do laudo pericial.

5. Consigno, ademais, que a adoção do procedimento acima tem, como de sabença, propiciado a realização de diversos acordos sobre a matéria, o que deve ser fomentado, especialmente diante da primazia da resolução dos conflitos pelos meios consensuais prevista de maneira sistemática no código de processo civil e leis especiais pertinentes.

6. Assim, **NOMEIO** para realização da prova pericial a médica **Marcela Mendonça Silva**, CRM-PE 15591, com endereço e demais dados pessoais já do conhecimento da Secretaria deste Juízo, para, **independentemente de compromisso**, atuar no presente procedimento como **perito(a)(s) oficial(a)(s)**, objetivando a realização de perícia médica para verificação e quantificação da invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, no tocante à pessoa do(a) demandante, em conformidade com a Lei n. 6.194/74.

6.1. Intimem-se as partes para que tomem conhecimento da indicação do perito e, querendo, no prazo de 15 (quinze) dias, indiquem os assistentes técnicos e apresentem os quesitos, como dispõe o art. 465, §1º, do CPC.

6.2. Fixo o valor dos honorários periciais em R\$ 300,00, em favor do(s) perito(s) que subscrever(em) o laudo pericial, valor este a ser custeado pela Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT em razão do seu compromisso firmado perante com o Tribunal de Justiça de Pernambuco, nesse sentido, conforme os termos do Convênio nº 014/2017.

6.3. Notifique-se, por qualquer meio de comunicação, o perito oficial para que informe a **data, local e hora de realização da perícia**.

6.4. Assim que o perito informar, nos autos, a data e hora em que dará início à realização da perícia, INTIMEM-SE as partes para que tomem conhecimento (CPC, art. 474), por meio publicação no DJe. **Intime-se, ademais, a parte autora, por meio de mandado, no endereço declinado na exordial, para comparecer ao local de realização da perícia, após a informação do médico com relação à data e hora da realização do exame.**

6.5. Considerando as peculiaridades do caso, poderá o perito notificar diretamente as partes acerca da data e hora de início de realização da perícia, devendo acostar as respectivas notificações ao seu laudo pericial.



6.6. Caso o(a) perito(a) entenda necessário, notifiquem-se a quem de direito para fornecer os elementos necessários à elaboração do laudo por parte do referido especialista.

6.7. O(s) laudo(s) respectivo(s) deverá(ão) ser apresentado(s) dentro do prazo de 30 (trinta) dias, digitado ou em letra de forma (resolução 1601/2000, CFM, art. 39 e Código de Ética Médica, 3º Capítulo, art. 11), a contar da data indicada para início dos trabalhos.

6.8. Considerando que a realização da perícia neste momento processual visa à autocomposição, oportunizarei às partes a manifestação sobre o laudo, após a realização da audiência a que alude o art. 334, CPC, que apenas não ocorrerá se ambas as partes manifestem desinteresse.

6.9. Com fulcro no art. 470, II do CPC, formulo como quesitos do juízo as seguintes indagações:

a) Há lesão cuja etiologia (origem casual) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

b) Qual(uais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

c) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação? Quais?

d) Pelo exame médico legal, pode-se afirmar que as lesões resultaram em dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s)? Em caso positivo, informar quais as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

e) Faz-se necessário exame complementar?

f) Promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento e que sejam geradoras de anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), em conformidade com a Lei 11.945/2009 e o seu segundo anexo, indicando se: (i) o dano é total ou parcial? (ii) Sendo parcial, se é completo ou incompleto? (iii) e informar o grau de incapacidade definitiva da vítima, em conformidade com a alínea II, § 1º, do art. 3º, da Lei 6.194/74, correlacionando o percentual do seu respectivo dano, em cada segmento corporal, esclarecendo se a repercussão do dano é residual (10%), leve (25%), média (50%), ou intensa (75%)?

7. Com a juntada aos autos do laudo pericial, INTIME-SE, por carta com AR, a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT para que, em conformidade com o compromisso firmado perante com o Tribunal de Justiça de Pernambuco, consoante os termos do Convênio nº 014/2017, efetue, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da sua intimação, o pagamento dos honorários periciais no valor de R\$300,00 (trezentos reais), mediante depósito na conta bancária do perito, cujos dados se encontram nos arquivos da Secretaria desta Vara, os quais deverão constar da carta de intimação.

8. Na sequência, voltem-me os autos conclusos para designação da audiência prevista no art. 334, CPC.

9. Intimem-se e cumpra-se, como devido.

Recife, 10 de novembro de 2020.



Eduardo Costa
Juiz de Direito

