



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

José Brito de Faria, brasileiro, casado, Agente, portador do Cédulo de Identidade N° 5863044, SSP/PE, inscrito no CPF/MF sob o N° 034.254.174-95, residente e domiciliado no Rua do Aleijado, n° 24, Centro, Colônia/PE, CEP: 56.870-930-000

, através do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o advogado.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o n° 25.252, inscrito no CPF/MF sob o n° 041.542.024-56, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, n° 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

PODERES: a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula “ad judicium et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-las nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima qualificado, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos, receber, dar quitações, levantar e receber alvará, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

Flora/PE, 02 de Janeiro de 2018.

X José Brito de Faria

OUTORGANTE

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com



DECLARAÇÃO

Jose Cristerio de Forte, brasileiro, casado, Agente, portador do Cédulo
de Identidade nº 5863044, SSP/PE, inscrito no CPF/MF pelo nº 034.254.
174-95, residente e domiciliado na Rua do Alegria, nº 24, Centro, Colm-
ba, PE, CEP: 56.930-000

DECLARO

que nesse momento não posso arcar com as custas e despesas desse processo, bem como honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

Glores/PE, 02 de Janeiro de 2018.

X Jose Cristerio de Forte

Declarante





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 86108 Série 00045



Jose Cristovão de Fonte
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Jose Cristovão de Fonte
Localidade de nascimento PE. 15.10.81
Mãe Maria da Glória de Fonte
RG. 58630.14 SSP-PE.

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. Nº
Exp. em Estado
Obs.:
Data Emissão 04.02.2002
Assinatura de Funcionário Sônia Talhada, PE.
Nelsona Maria de Jesus - 3005



DEPENDENTES

Registrado em / / como sob
 N° Liv. Fls. Data
 DRT
 Ass. do Funcionário

[illegible]

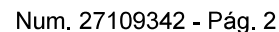
CARTEIRAS ANTERIORES

Número	Série	Data da Entrega
XXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CONTRATO DE TRABALHO

Com. Dispensa CD N°

Com. Dispensa CD N°



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **WAGNER GONÇALVES FERNANDES**
 **AÇUGUE - ME**
 CNPJ/MF **Rua Cabo Romeu Casa Grande, 359**
 Rua **Pq. Novo Mundo - CEP 02180-080**
 Município **SÃO PAULO - SP**
 Esp. do estabelecimento
 Cargo **Açugueiro**
 CBO nº
 Data admissão **02** de **maio** de **2005**
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada **R\$ 469,00**
 **quatrocentos e noventa e nove reais por mês**
 **WAGNER GONÇALVES FERNANDES**
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída de de
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
 CNPJ/MF
 Rua Nº
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo CBO nº
 Data admissão de de
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada

 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída de de
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1219738640

NOME
JOSE CRISTOVAO DE FONTE

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
5863044 SSP PE

CPF
034.254.174-95

DATA NASCIMENTO
15/10/1981

FILIAÇÃO
IVANILDO JOSE DE FONTE
MARIA EUNICE MOURA DE FONTE

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
01535312724

VALIDADE
07/01/2021

1ª HABILITAÇÃO
14/11/2000

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Jose Cristovao de Font
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA PE

DATA EMISSÃO
12/01/2016

Jose
ASSINATURA DO EMISSOR

70518069830
PE070765308

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1219738640





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DA ALEGRIA 24

CENTRO/CALUMBI
CALUMBI PE
56930-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7018783252	12/2016
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VISTA PROXIMA LIQUIDA
04/01/2017	25/01/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	100,43

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
003125081	UNICA	27/12/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
27/12/2018	2013254726	833361

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL		
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)
Consumo Ativo ate 30 kWh	30,00000000	0,21756758
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh	70,00000000	0,37298784
Consumo Ativo superior a 100 ate 220 kWh	83,00000000	0,55947793
Acrescimo Bandeira AMARELA		
Contribuição Iluminação Publica		0,46
ICMS Subvenção-CDE- NF 003121920-26/10/16		17,66
ICMS Subvenção-CDE- NF 003121920-26/10/16		0,57
Multa por atraso- NF 003121920-26/10/16		0,53
Juros por atraso- NF 003121920-26/10/16		1,40
		0,60

100.43

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3141553482	CAT	25/01/2016	2 875,00	27/02/2016	2 899,00	32	1,00000		183,00

INFORMAÇÕES DE TRIPES		COMPOSIÇÃO DO CONSÓRCIO	
	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
DEZ 16	163		
NOV 16	181		
OUT 16	167		
SET 16	156		
AGO 16	124		
JUL 16	130		
JUN 16	156		
MAY 16	205		
ABR 16	279		
MAR 16	157		
FEV 16	130		
JAN 16	124		
DEZ 15	141		

TARIFAS APLICADAS	
Consumo Abaixo de 30 kWh:	R\$ 1,51 / 3400
Consumo Abaixo Superior a 30 até 100 kWh:	R\$ 2,59 / 5500
Consumo Abaixo Superior a 100 até 200 kWh:	R\$ 3,99 / 7000

RECEBIMOS AUTOMÁTICO	
E 249 F 550 C 614 ABC A 761 B 180 3ABG 4F 42	

[illegible]

Comunicamos o primeiro pagamento das cotas de energia elétrica de 2014 e informamos o valor devido para o mês de maio de 2014. Este valor é devido até o dia 15 de junho de 2014. Este pagamento é devido para a Companhia de Saneamento de São Paulo (CSP) e deve ser pago em nome da Companhia de Saneamento de São Paulo (CSP) e deve ser pago em nome da Companhia de Saneamento de São Paulo (CSP).

Em caso de não pagamento do débito, o conhecimento de execução poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer a sua extinção pelo pagamento ou extinção do crédito do FUND e SERRA S/A, com a consequente extinção. Este conhecimento não substitui o ajuizamento de ações de execução, bem como não altera o curso dos autos já judicializados, podendo ser colocados apenas em mora no processo.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERAÇÕES				NÍVEL DE TENSÃO	
CONJUNTO	VALOR (segundos)	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR	TIPO NÍVEL NORMAL (V)	TIPO NÍVEL DE VARIAÇÃO (M)
DIC	0,00	6,85	11,10	22,7	
FIC	0,00	3,42	6,85	13,70	
DMIC	0,00	3,20	0,00		

Limite inferior: 12,22 EUROS: Valor do Encargo de Utilização Setorial de Eletricidade, B = R\$ 25,66

DATA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7018783252	12/2018	04/01/2017	100,43

33870000001-0 00430011007-6 01878325210-5 05988659903-2





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 184ª CIRCUNSCRIÇÃO - CALUMBI -
DP184ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0274000014**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/02/2017** às
10:12

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **1/2/2017** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CALUMBI, 1, RUA JOÃO AGOSTINHO DE LIMA** - Bairro: **CENTRO - CALUMBI/PERNAMBUCO**
/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR VAGENTE)
MARINALDO CLEBSON DE LIMA E SILVA (TESTEMUNHA)
DENIS DOS SANTOS DA SILVA (TESTEMUNHA)
JOSE CRISTOVÃO DE FONTE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE CRISTOVÃO DE FONTE

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

JOSE CRISTOVÃO DE FONTE (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA EUNICE MOURA DE FONTE Pai: IVANILDO JOSE DE FONTE Data de Nascimento: 15/10/1981
Naturalidade: **CALUMBI / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5863044/SSP/PE (RG)**
03425417495 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão:
AGRICULTOR(A) Telefones Celulares
- 87928115632

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CALUMBI, 1, RUA DA ALEGRIA, Nº 24 (RUAZINHA DESCENDO À ESQUERDA DA RUA DO CEMITÉRIO/CONSELHO TUTELAR).** - CEP:
55000-000 - Bairro: **CENTRO - CALUMBI/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARINALDO CLEBSON DE LIMA E SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA SERAFIM DE LIMA E SILVA Pai: MATOSALEM VITORIANO DA SILVA Data de Nascimento: 1/5/1981 Naturalidade: CALUMBI / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CALUMBI, 1, RUA DA CADEIA PÚBLICA (RUA TRÊS), Nº 02 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CALUMBI/PERNAMBUCO/BRASIL**

DENIS DOS SANTOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUCIA DOS SANTOS DA SILVA Pai: REGINALDO MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: 5/3/1987 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/BOEPreview

Endereço Residencial: RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 1, AV. CENTRAL, Nº 148, VILA DE CANAÃ, TRIUNFO - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

INEXISTENTE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: INEXISTENTE
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE CRISTOVÃO DE FONTE

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS Objeto apreendido: Não.
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: OYN1055 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 109517300 Chassi: -
9C2KD0650ER112275
Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA PARA NOTICIAR QUE CAIU DA MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA. A VÍTIMA AFIRMA QUE VINHA CONDUZINDO NORMALMENTE A MOTOCICLETA QUANDO FOI FAZER UMA CURVA E O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU EM UMA PEDRA DE CALÇAMENTO QUE ESTAVA SOLTA. A MOTO CAIU E A VÍTIMA AO CAIR DE MAU JEITO FRATUROU O BRAÇO DIREITO. A VÍTIMA AFIRMA QUE FOI SOCORRIDA PARA O HOSPAM EM SERRA TALHADA.

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

X *Jose Cristovão de Fonte*
JOSE CRISTOVÃO DE FONTE
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: RENAN MELO DE BARROS - Matrícula: 320322-0



SINISTRO 3170218747 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE CRISTOVAO DE FONTE**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**BENEFICIÁRIO** JOSE CRISTOVAO DE FONTE**CPF/CNPJ:** 03425417495**Posição em 30-05-2017 10:20:43**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 4.725,00

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
31/05/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00



**HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES**Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE**BOLETIM DE EMERGÊNCIA** 18:01 Nº 112

Data e Hora: 01-02-17		Data Nasc.: 15/10/81	
Nome: José Cristóvão de Figueiredo			
Mãe: Maria Moura de Figueiredo			
Profissão: Agricultor	Sexo: M	Estado Civil: Casado	Escolaridade: 6ª Série
Responsável: mesmo			
End. do Paciente: Rua Luiz Brás de Souza - 24			
Bairro: Centro	Município: Calumbi - PE 54988-5632		
Cartão SUS:		Doc. Identidade:	
Tipo de Atendimento:		Raça/Cor:	
☐ Acidente de Trânsito		☐ Preto ☐ Parda ☐	
☐ Agressão		☐ Amarelo ☐ Indígena ☐	
☐ Acidente de Trabalho ☐			

Pressão Arterial: Pulso: Temperatura: Peso:

História e Exame Físico: Lesão perfurante no abdômen
de ferida de 10cm de comprimento
em umbilico dir e dor a
superfície abdominal

Tratamento:

Re. antibiótico 100mg
+ analgésico
Vo. Haver 75mg / 1ml 19:30
+ vitamina 24

Impressão Diagnóstica:

Fratura 13 costela direita

Destino do Paciente: Residência ☒Internado ☐Transferido ☒

Removido para Hospital

Óbito às

hs do dia

Médico - Carimbo e CRM:

21/02/17

14: horas



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL SÃO VICENTE
2 - CNES: 2351633
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL SÃO VICENTE
4 - CNES: 2351633

Identificação do Paciente

NUMERO DO DOCUMENTO: []
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: 70211011757920595
6 - SIS PRE NATAL: []
7 - SENHA/REGULAÇÃO: []
8 - Nº DO PRONTUÁRIO: 0132396
9 - NOME DO PACIENTE: JOSE CRISTOVÃO DE FONTE
10 - DATA DE NASCIMENTO: 15/10/1981
11 - SEXO: Masc ☒ Fem ☐
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA EUNICE MOURA DE FONTE
13 - TELEFONE DE CONTATO: 87 8811561
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO): RUA LUIZ BRAZ DE SOUZA, 24 - CENTRO
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: CALUMBI
16 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 260340
17 - UF: PE
18 - CEP: 5693000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

Rotina rotineira, sem alterações, com sintomas de hipertensão arterial sistêmica.

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

Rx pulmonar e abdome sem alterações.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL: *Insuficiência cardíaca congestiva*
22 - CID. 10 PRINCIPAL: S528

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: []
24 - CID. 10 SECUNDÁRIO: []
25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS: []

PROCEDIMENTO SOLICITADO

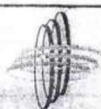
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: *Tratamento clínico*
27 - COD. DO PROCEDIMENTO: 0408020107
28 - CLÍNICA: TRAUMATOLOGIA
29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 01
30 - DOCUMENTO: 05655200325
31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: []
32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE: *Andréa Rodrigues de Melo*
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 02/02/17
34 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE (MÉDICO): *Maurício Figueiredo*
CPF: 050.473.804-41
CRM: 18278
Diretora Clínica

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - [] ACIDENTE DE TRÂNSITO
36 - [] ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
37 - [] ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
38 - CNPJ DA SEGURADORA: []
39 - Nº DO BILHETE: []
40 - SÉRIE: []
41 - CNPJ DA EMPRESA: []
42 - CNAE DA EMPRESA: []
43 - CBOR: []
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: [] EMPREGADO [] EMPREGADOR [] AUTÔNOMO [] DESEMPREGADO [] APOSENTADO [] NÃO SEGURA

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO: M261390001
46 - COD. ORGÃO EMISSOR: []
47 - DOCUMENTO: []
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: []
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: []
50 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: *Andréa Rodrigues de Melo*
CPF: 153.272.222-90
Médico Autorizador
XI GERES
51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH): 12
MOTIVO DA ALTA: []
CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 02
DATA DA INTERNAÇÃO: 2.2.17
DATA DA ALTA: 4.2.17



Hospital São Vicente

Rua Inocência Gomes de Andrada, N° 603 - Centro - Serra Talhada - PE
Fone: (87) 3831-9150 - Fone/fax: (87) 3831-9166
E-mail: hospitaisaovicenteitda@yahoo.com.br - CNPJ 10.280.543/0001-63

Clínica Cirúrgica

Data do Atendimento: 02/02/2017		N° Registro: 0132396	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome: José Antônio de Faria		Data Nascimento: 15/10/1981	Idade: 35
Estado Civil: Casado	Profissão: Agricultor	Naturalidade: Calumbi	Nacionalidade: Brasileira
Filiação: Pai: José Antônio de Faria	Mãe: Maria Eunice Moura de Faria		
Endereço (av., rua, etc.): Rua Luiz Cruz de Souza		N°: 24	Apto.: -
Bairro: Centro	Cidade: Calumbi	Estado: PE	Telefone: (87) 88M-5632
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Outros Acidentes ☐ Agressão ☐			
Suicídio ☐ Casual ☐ Outros ☐			
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço (av., rua, n.º, Etc):			
Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
Posição sentada MS D, cerca dos 10 segundos de duração MS D			
Diagnóstico Inicial: Prontidão de início de sono			
S. A. D. T.			
Diagnóstico Final:			
CONDIÇÕES DE ALTA		MOTIVO DA ALTA	
Melhorada ☒	Decisão Médica ☒	Data do Internamento: 2 / 2 / 17	
Inalterado ☐	Alta a Pedido ☐	Data da Alta: 4 / 2 / 17	
Piorado ☐	Transferência ☐ LOCAL	Local: / /	
Óbito + 48 h ☐	Evasão ☐		
Óbito - 48 h ☐	Indisciplina ☐		

Inat André Melo Guimarães
CRM: 0998



Descrição Cirúrgica

Antonio Rodrigues de Freitas
CPF: 000.552.003-25 CRM: 7351



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/02/2017 18:53
MÉDICO SOLICITANTE: ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 7351

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME DO PACIENTE: JOSÉ CRISTOVÃO DA FONTE	Nº DO PRONTUÁRIO: 288497
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 15/10/1981
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA MAURA DA FONTE	SEXO: Masculino
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):	TELEFONE DE CONTATO:
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	COD. IGGE MUNICÍPIO:
	UF:
	CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: FRATURA 1/9 DISTRAL RADIO D	
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:	
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): RX	
DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA 1/9 DISTRAL RADIO D	
CID 10 PRINCIPAL:	CID 10 SECUNDÁRIO:
	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
CLÍNICA:	CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA
DOCUMENTO: () CNS (X) CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 05655200325

EXECUTANTE	
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: CASA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA	DATA DE AUTORIZAÇÃO: 02/02/17 07:13
TIPO DE LEITO: CIRURGICO	ESPECIALIDADE: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
MÉDICO AUTORIZADOR:	

AUTORIZAÇÃO	
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: UILSON FRANCISCO DE BARROS	DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/02/17 18:53
DOCUMENTO: () CNS (X) CPF	COD. ÓRGÃO EMISSOR: CRM 8059
Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 14146894468	

ESCLARECIMENTOS

