



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Alm Freire da Silva, brasileiro, Divorçado, Pledante, portador do Cédula de Identidade nº 47.42.340 SSP/PE, residente no CAPIM NOVO, S/A 39/34-CO, residente e domiciliado no Rua Capim Novo de São Paulo, Nº-111, Centro, Recife/PE, (CP.5640)-00, 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 nº 25.252, inscrito no CPF/MF sob o nº 041.542.024-56, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 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.

Recife/PE, 27 de Dezembro de 2014.

Alm Freire da Silva

OUTORGANTE

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



DECLARAÇÃO

Alon Freire da Silva, brasileiro, Divulgado Eletrônico, portador do
Certidão de nascimento nº 47.42340, SSP/PE, inscrito no CPF/MF nº
0 Nº 901.790.374-00, residente e domiciliado no Rua Capataz Euclides de
Siqueira, nº 117, Centro, Floresta/PE, CEP: 56400-00, **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.

Floresta/PE, 27 de Dezembro de 2018.

X Alon Freire da Silva.

Declarante





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 64529 Série 00008-PE

ALAN ALEX DA SILVA
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome ALAN ALEX DA SILVA
Loc. Nasc. FLORESTA Est. PE Data 05/12/72
Filiação ALEXANDRE DA SILVA VERÔNICA
MARCIA FERREIRA
Doc. Nº RG 4742340 SSP-PE

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.
Data Emissão 30/05/05 DRT FLORESTA-PE
R. MAT. 2.5.1973

Assinatura do Funcionário

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

Nome
Doc.
Nome
Doc.
Nome
Doc.
Est. Civil
Doc.
Est. Civil
Doc.
Nascimento
Doc.



DEPENDENTES

Registrado em / / como
..... sob
Nº Liv. Fls. Data
DRT
Ass. do Funcionário

[illegible]

CARTEIRAS ANTERIORES

[illegible]

55.333.769/0001-13
CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **ENCALSO CONSTRUÇÕES LTDA.**

PRACA DOM. JOSÉ GASPARD, 134
4º ANDAR - CONJ. 43
CENTRO - CEP 01076-000

Rua
Município
SÃO PAULO - SP,
CEP 01076-900

Esp. do estabelecimento *Const civil et*
Cargo *Eletricista*

noqunoz CBO nº 9511 0

registro nº Ets/Ficha
emuneração 24/08/2008

Donde se especifica el 929.07
Señala la zona

ENCALSO CONSTRUÇÕES LTDA

ta saida 11 de 11 de 7

Ass. do empenho e a todos os testes

29



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **02.343.047/0003-45**
Padreina Empreendimentos Ltda.
 CNPJ/MF **Av. Daltro Viçentini**
 Rua **Nº 154 Nº 10**
 Município **CEP 56.400-000**
 Esp. do estabelecimento **Engenharia - El.**
 Cargo **Eletricista de Auto**
 CBO nº
 Data admissão **08 de Fevereiro de 2012**
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada **R\$ 1.463,00**
 (um mil quatrocentos e sessenta e três reais)
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída **13 de Abril de 2012**
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD nº

CONTRATO DE TRABALHO

Construtora Luiz Costa Ltda
 CNPJ 00.779.059/0001-20
 Av. Wilson Rosado, 01 - 1º Andar - SL "A"
 Mossoró/RN - CEP - 59633-730
 Esp. Estabelecimento: Construção Civil
 Cargo: Eletricista
 Data Admissão 01/07/13
 Registro nº
 Salário: R\$ 1.315,60 por mês
 Um Mil, Trezentos e Quinze Reais e Sessenta Centavos
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída **30 de Outubro de 13**
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD nº

CONTRATO DE TRABALHO

Construtora Luiz Costa Ltda
 CNPJ 00.779.059/0001-20
 Av. Wilson Rosado, 01 - 1º Andar - SL "A"
 Mossoró/RN - CEP - 59633-730
 Esp. Estabelecimento: Construção Civil
 Cargo: Eletricista
 Data Admissão 02/06/14
 Registro nº
 Salário: R\$ 1.447,60 por mês
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída **06 de Fevereiro de 2015**
 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



ALIAN FREIRE DA SILVA

Data Nasc.: 05/12/1972 Sexo: M

700 0056 0088 2402

DEBITE GRADES 15

Em conformidade com a legislação de proteção de dados pessoais, é possível solicitar a exclusão de seus dados pessoais e de dados de terceiros que estejam sob o seu controle, bem como a exclusão de suas informações pessoais armazenadas em sistemas de informática e de telecomunicações.

SUS

Cartão Nacional de Saúde



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

NOME
ALAN FREIRE DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
4742340 SSP PE

CPF
901.790.304-00

DATA NASCIMENTO
05/12/1972

FUNÇÃO
AFONSO FREIRE DA SILVA

VERONICA MARTA FREIRE

PERMISSÃO
A

VALIDADE
17/04/2017

DATA EMISSÃO
08/03/1997

INSCRIÇÃO
02201112247

ASSINATURA DO TITULAR
Alan Freire da Silva

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
18/04/2012

ASSINATURA DO EMISSOR
64464264812
DE04699758

PROIBIDO PLASTIFICAR
481634937

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receta Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
901.790.304-00

Nome
ALAN FREIRE DA SILVA

Nascimento
05/12/1972

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA DARIO FERRAZ - NUM. - 00319 - CENTRO FLORES
TA PE 56400-000

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 9213614	
VERONICA MARIA FREIRE R CAP EUCLIDES DE SOUZA FERRAZ, N. 00177 - - CENTRO FLORESTA PE 56400-000			
INSCRIÇÃO: 097.450.229.0075-000 GRUPO 2 DEB. AUTOMATICO: 009213614			
SITUAÇÃO AGUA		SITUAÇÃO RESUMO	
LIGADO		POTENCIAL	
HIDROMETRO		DATA LEIT. ANTERIOR	
DATA LEIT. ATUAL		TIPO DE CONSUMO (A/E)	
A13U003254		24/01/2017	
22/02/2017		REAL	
AGUA: LEIT ANT: 465 CONSUMO: 11 LEIT ATJ: 476 LEIT FAT: 476			
HISTORICO DE CONSUMO			
REFERENCIA CONSUMO			
01/2017 10			
12/2016 11			
11/2016 10			
10/2016 10			
09/2016 10			
08/2016 07			
MEDIA: 10			
Qualidade de Agua: www.compesa.com.br			
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA (3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA			
DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS			
CONSUMO TOTAL (R\$)			
AGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 M3 - 37,25 POR UNIDADE			
10 M3 37,25			
11 M3 A 210 M3 - R\$ 4,27 POR M3			
1 M3 4,27			

PARAMETROS	EXIG. PORT.	ANALISES REALIZ.	ANALISES REALIZ.
TURBIDEZ	34	34	34
COR APARENTE	34	34	34
CLORO RESIDUAL	34	34	34
COLIF. TOTAIS	34	34	34
E. COLI	34	34	34

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL	VALOR DO IMPOSTO
PIS	41,52	1,65	0,68
COFINS	41,52	7,60	3,16

VENCIMENTO:

05/03/2017

TOTAL A PAGAR:

41,52

MENSAGEM:

IMÓVEL NÃO POSSUI DÉBITOS DE 2016, EXCETO
SE EXISTIR FATURA EM COBRANÇA JUDICIAL

VALIDO CLIENTE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 187ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORESTA - DP187ªCIRC
DINTER2/22ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA (COMPLETO)
Nº. 16E0277000651

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/06/2016 às 16:18

*** **CONFIDENCIAL** ***
* **USO EXCLUSIVO PARA INVESTIGACAO E/OU INQUERITO POLICIAL** *

Ocorrência

Natureza: **ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**

Data: 19/5/2016 Hora: 21:20
Motivação: **NÃO INFORMADO**
Endereço do fato: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1, RUA PADRE FREDERICO CAETANO 2, BAIRRO CAETANO 2, FLORESTA-PE, 55000-000 CENTRO, FLORESTA, PERNAMBUCO, BRASIL**
Local do fato: **VIA PUBLICA**

Envolvidos:

IGNORADO (AUTOR \ AGENTE)
ALAN FREIRE DA SILVA (NOTICIANTE)
ANSELMO GOMES TORRES (OUTRO)
DESCONHECIDO (VÍTIMA)

Objetos:

VEICULO: MOTOCICLETA (Usado na geração da ocorrência)
Utilizado por: **ALAN FREIRE DA SILVA**

- Proprietário: **ALAN FREIRE DA SILVA**

Envolvidos

ALAN FREIRE DA SILVA (presente ao plantão) Sexo: **MASCULINO**; Orientação Afetivo-sexual: **NÃO INFORMADO**; Identidade Afetivo-sexual: **NÃO INFORMADO**; Mãe: **VERONICA MARIA FREIRE**; Pai: **AFONSO FREIRE DA SILVA**; Nascimento: **5/12/1972**; Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Documentos: **4742340/SSP/PE (RG), 90179030400 (CPF), 02201112247 (CNH)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)**; Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**; Profissão: **ELETRICISTA** Telefones Celulares: **- 87999410659**



Características Físicas:
Idade aparente: **44**; Cor da pele: **BRANCA**;

Pessoa com Deficiência: **SEM DEFICIÊNCIAS**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1; RUA CAPITAO EUCLIDES DE SOUZA FERRAZ, 177, CENTRO, FLORESTA-PE; 55000-000; CENTRO; FLORESTA; PERNAMBUCO; BRASIL**

ANSELMO GOMES TORRES (não presente ao plantão) Sexo: **MASCULINO**; Orientação Afetivo-sexual: **NÃO INFORMADO**; Identidade Afetivo-sexual: **NÃO INFORMADO**; Mãe: **NÃO INFORMADO**; Nascimento: **NÃO INFORMADO**; Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **NÃO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**

Características Físicas:
Cor da pele: **DESCONHECIDA**;

Pessoa com Deficiência: **DESCONHECIDO**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) Sexo: **DESCONHECIDO**; Orientação Afetivo-sexual: **DESCONHECIDO**; Identidade Afetivo-sexual: **DESCONHECIDO**; Mãe: **NÃO INFORMADO**; Nascimento: **NÃO INFORMADO**; Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**

Características Físicas:
Cor da pele: **DESCONHECIDA**;

Pessoa com Deficiência: **DESCONHECIDO**

IGNORADO (não presente ao plantão) Sexo: **DESCONHECIDO**; Orientação Afetivo-sexual: **DESCONHECIDO**; Identidade Afetivo-sexual: **DESCONHECIDO**; Mãe: **NÃO INFORMADO**; Nascimento: **NÃO INFORMADO**; Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**

Características Físicas:
Cor da pele: **DESCONHECIDA**;

Pessoa com Deficiência: **DESCONHECIDO**

Objetos

MOTOCICLETA (VEICULO)

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA / YAMAHA / XTZ 250 TENERE -** Objeto apreendido: **Não**
Número de Série: **NÃO INFORMADO** Cor: **BRANCA** Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Valor Unitário: **(MOEDA NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEV5316** (PERNAMBUCO / FLORESTA) Renavam: **272205613** Chassi: **9C6KG6450B0001500**
Ano Fabricação/Modelo: **2010 / 2011** Combustível: **GASOLINA**

Complemento

O NOTICIANTE QUALIFICADO ACIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA PARA REGISTRAR UM BOLETIM DE Ocorrência de que no dia 19 de maio de 2016, o senhor ALAN FREIRE DA SILVA VINHA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA DESCRITA ACIMA, POR VOLTA DAS 21HS 20MIN, NO QUAL É PROPRIETÁRIO DA REFERIDA MOTOCICLETA, PELA RUA PADRE FREDERICO, BAIRRO DE CAETANO 2, FLORESTA-PE; EM TINHA COMO DESTINO CHEGAR NA CASA DE SEU AMIGO. ENTÃO, DURANTE O PERCURSO O SENHOR ALAN FREIRE DA SILVA AO TRANSITAR PELA RUA PADRE FREDERICO, CONTINHA NO CALÇAMENTO UMA CAMADA DE AREIA FINA. PORTANTO, AO TRANSITAR NESSE ÁREA O CONDUTOR ALAN FREIRE DA SILVA DERRAPOU CHEGANDO A CAIR NO CHÃO E QUE BATEU A CABEÇA NO MEIO FIO. O CONDUTOR ESTAVA USANDO O CAPACETE NA CABEÇA. EM SEGUIDA, VINHA PASSANDO A PESSOA DE ANSELMO COMERCIANTE DA REGIÃO QUE PERESTOU O PRIMEIRO SOCORRO AO SENHOR ALAN FREIRE DA SILVA AO HOSPITAL CEL ÁLVARO FERRAZ, MUNICÍPIO DE FLORESTA-PE.

B.O. registrado pelo policial: **CHARLES ARAÚJO LIMA** - Matrícula: **319913-4**



09/08/2017

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

SINISTRO 3170309069 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALAN FREIRE DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO ALAN FREIRE DA SILVA

CPF/CNPJ: 90179030400

Posição em 09-08-2017 16:23:26

Pedido de indenização cancelado.

<https://www.seguradolider.com.br/Sinistro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo>



PREFEITURA MUNICIPAL DE
FLORESTA

ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL DE URGÊNCIA

NOME		ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO	
HOSPITAL CEL. ÁLVARO FERRAZ			
CÓDIGO	ENDEREÇO		
00012378	RUA ALCINA TORRES DE ARAÚJO		
LOCALIDADE	ESTADO	CEP	
FLORESTA	PE	56400-000	
NOME			
Alan Figueira da Silva			
PROFISSÃO	DATA DE NASCIMENTO	CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-61)	
	19/05/2000	0512222	
ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO	LOCALIDADE	ESTADO	CEP
SEGURADO 1 <input type="checkbox"/> NESTE CASO NÃO PREENCHER NOME E IDADE			
DEPENDENTE 2 <input type="checkbox"/> NOME			
IDADE	ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA	ESTADO	CEP
	R. Cap. Euclides de Souza Figueira	PE	56400-000
LOCALIDADE	ESTADO	CEP	
Floresta	PE	56400-000	
CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-61)	OUTRO DOCUMENTO DE IDENTIDADE (admissível em casos excepcionais durante dois dias úteis)	NÚMERO	ÓRGÃO EMISSOR
0000000000			
DATA DO ATENDIMENTO	REPETIÇÃO DO ATENDIMENTO	HORA DO ATENDIMENTO	
19/05/2016	SIM 1 <input type="checkbox"/> NÃO 2 <input type="checkbox"/> Nº VEZES	21:39	
MOTIVO DO ATENDIMENTO			
Dor de dente no 2º molar			

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

OBS: Anexar os resultados dos exames complementares realizados.	
DIAGNÓSTICO	PROCEDEMENTO
Floresta de dente	
NATUREZA DO ATENDIMENTO	
<input type="checkbox"/> 1 CLÍNICO	<input type="checkbox"/> 5 PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> 2 CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/> 6 TISOPNEUMOLÓGICO
<input type="checkbox"/> 3 OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> 7 ODONTOLÓGICO
<input type="checkbox"/> 4 PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> 8 OUTRO
ENCAMINHAMENTO	
<input type="checkbox"/> 1 PRESCRITA	<input type="checkbox"/> 1 PARA RESIDÊNCIA
<input checked="" type="checkbox"/> 2 APLICADA	<input type="checkbox"/> 2 PARA AMS
<input type="checkbox"/> 3 INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> 5 OUTROS
<input type="checkbox"/> 4 ÓBITO	
NOME DO HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE	
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL ODONTOLÓGICO	CARIMBO CRM OU CRO
Dr. Sérgio Figueira	CARIMBO CRM OU CRO
ASSINATURA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE	
INSTRUÇÕES	
Preencher legivelmente todos os campos sob pena de não ser considerado o atendimento. Assinalar com "X" as quadriculas precedidas de número, marcando a alternativa. São responsáveis pela informação o médico ou odontólogo assistente e os diretores da entidade conveniente ou contratada. A declaração falsa sob fraude sujeita os infratores às sanções das arts. 171 e 299 do código penal.	



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde
Pernambuco



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUI
DE INTERNAÇÃO HOSPITAL

*maria
Licha
de Am.*

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **Hospital Francisco Anselmo Ltda.**

2 - C: **25**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **Hospital Francisco Anselmo Ltda.**

4 - CNES: **2517124**

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO: **0547423701**

NOME ATEND.: **Alan Freire da Silva**

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **400009600882404**

6 - SIS PRENATAL: **34664**

7 - SENHA / REGULAÇÃO: **05/12/72**

8 - Nº DO PRONTUÁRIO: **34664**

9 - NOME DO PACIENTE: **Alan Freire da Silva**

10 - DATA DE NASCIMENTO: **05/12/72**

11 - SEXO: **Masc. ☒ Fem. ☐**

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **Veronica Maria Freire**

13 - TELEFONE DE CONTATO: **84 944110659**

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO): **Rua Capitão Ezequias de Souza, 47 Centro**

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Floresta**

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO: **5100100**

17 - UF: **PE**

18 - CEP: **55000-000**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO: **2 dias de dor no abd. + vômitos e diarreia.**

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

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **Febre no abdômen (B)**

22 - CID, 10 PRINCIPAL: **542.0**

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

24 - CID, 10 SECUNDÁRIO:

25 - CID, 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **Tratamento clínico (B)**

27 - COD. DO PROCEDIMENTO: **04.08.03-035-0**

28 - CLÍNICA:

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

30 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF**

31 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE: **Dr. Edemir A. Silva**

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **19/05/16**

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA:

39 - Nº DO BILHETE:

40 - SÉRIE:

41 - CNAB DA EMPRESA:

42 - CBOH:

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: **() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO**

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO:

45 - COD. ORGÃO EMISSOR:

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF**

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **Dr. Edemir A. Silva**

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH):

51 - MOTIVO DA ALTA: **Alta médica**

52 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **Externa**



ITAL
FRANCISCO

CNPJ: 41.095.563/0001-98

Data: 23/10/20

Número do Registro: 34664

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Alon pereira da silva
Idade: 43
Sexo: masc.
Cor: Parda
Estado Civil: Solteiro
Profissão: eletricitista
Naturalidade: Ilheus
Nacionalidade: Brasil

Endereço: Cap. Euclides de S. Cruz
Bairro: Centro
Nº: 347
Fone: (81) 3831-2
Estado: PE

Filiação:

Pai: Alon pereira da silva
Mãe: Verônica maria pereira

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Tram em tot em leucide

Hipótese Diagnóstica:

ft de leucide

Exames Solicitados:

RA

Condições de Alta

Motivo de Alta

ALTA EM

26/10

LA ELABORADA
POR
CRM
20.000



