



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Alm Freire da Silva, brasileira, divorciada, eleitora, portadora do Cédula de Identidade nº 4742340 SSP/PE, e inscrita no CPF/MF sob o nº 041.542.024-56, residente e domiciliada na Rua Capitão Euclides de Souza Pagan N° 117 Centro, Pernambuco, CEP: 56400-000, 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 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 judicia 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.

Gloria/PE, 27 de Dezembro de 2014.

x 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



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 16/01/2018 16:38:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18011616263767500000026899776>
Número do documento: 18011616263767500000026899776

Num. 27235666 - Pág. 1

DECLARAÇÃO

Alan Freire da Silva, brasileiro, Durantele Elétricista, portador do
Cédula de identidade nº 4742340, SSP/PE) e inscrito no CPF/MF nº
000.901.790-304-00, residente e domiciliado na Rua Capitão Euclides de
Sá e Ribeiro, nº 111, Centro, Floraia/PE, CEP: 56400-010, 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.

Glenosta/PE, 27 de Dezembro de 2018.

X Alan Freire da Silva.
Declarante





| | | | |
|---|---|---|---------------------------|
| QUALIFICAÇÃO CIVIL | | ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.) | |
| Nome: ALAN FREIRE DA SILVA. | Loc. Nasc.: São Paulo Est. SP. Data: 05/12/72 | Nome: | Nome: |
| Filiação: Filho de ALAN FREIRE DA SILVA, brasileira | Doc. Ident. N°: / / / / / / / / | Doc.: | Doc.: |
| Mãe: MARIA FREIRE | Estado: / / / / / / / / | Nome: | Nome: |
| Doc. Nº: RG 4742340-PE | Obs: / / / / / / / / | Doc.: | Doc.: |
| ESTRANGEIROS | | Est. Civil: / / / / / / / / | |
| Chegada ao Brasil em: / / / / / / / / Doc. Ident. N°: / / / / / / / / | Assinatura do Funcionário | Doc.: | Assinatura do Funcionário |
| Exp. em: / / / / / / / / | | Est. Civil: / / / / / / / / | |
| Obs: / / / / / / / / | | Nascimento: / / / / / / / / | |
| Data Emissão: 30/05/05 DRT: 2017-2-S-1973 | | Doc.: | |
| | | Assinatura do Funcionário | |



REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

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

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

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

Registrado em / / como
..... sob

DEPENDENTES

CARTEIRAS ANTERIORES

| Número | Série | Data da Entrega |
|--------|-------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

00.388.838/0001-02
CONTRATO DE TRABALHO
LOCAVEL - Locação de Veículos
Empregador e Serviços Ltda.
Av. Presidente Vargas, 164 - Sala 08
CNPJ/MF Distrito Bonança - CEP 54.800-000
Rua N°
Município MORENO - PR Est.
Esp. do estabelecimento Locação e Serviços
Cargo Motorista Caminhão e Parceria
..... CBO n° 782305
Data admissão 08 de Maio de 2006
Registro nº Fls./Ficha 38567
Remuneração especificada R\$ 1.500,00 REAIS
..... SESENTA E DOIS MIL REAIS
..... E SESSENTA E DOIS MIL REAIS / MB

LOCATE - Locadora de Veículos e Serviços Ltda.
Data saída 30 de MARÇO de 2018
Assunto: Locação temporária c/test.
Avenida Lima
Encarregada do Desp. Pessoal:

CONTRATO DE TRABALHO
ENCALSO CONSTRUÇÕES LTDA.

ENCALSO CONSTRUÇÕES LTDA.

PRAÇA DOM. JOSÉ GASPAR, 134
4º ANDAR - CÓD. 43
CENTRO - CEP 01076-900
CNPJ/MF SÃO PAULO N° SP-
Rua Est.
Município -
Esp. do estabelecimento Conf emul oturgo
Cargo Eletricista normatizad
...requeridos CBO nº 9511 05
Data admissão 04 de Abril de 09
Registro nº Fis./Ficha 827
Remuneração especificada R\$ 929,07
Worx & Fatos Sebe Gato 10/10/09
ENCALSO CONSTRUÇÕES LTDA.

ata saída 11 de Agosto de 2010
ENCALSO DE MATERIAIS TESTADA.
m. Dispensa CD nº 20



14

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **02.343.047/0003-45**
Pedreira Pernambuco - Ltda.
 CNPJ/MF Av. Wilson Rosado, 01 - 1º Andar - SL "A"
 Rua 154 N° 10
 Município Mossoró/RN - CEP 59633-730
 Esp. do estabelecimento Construção Civil
 Cargo Eletricista de Áudio
 CBO nº 08
 Data admissão 08 de Fevereiro de 2012
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada **R\$ 1.447,00**
(um mil quatrocentos e quarenta e sete reais e sessenta centavos)
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída 13 de Março de 2012
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD nº

15

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

CONSTRUTORA LUIZ COSTA LTDA
Marcos Luiz Costa Filho
EMPRESTORIO
CNPJ 008.899.144-00

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída 30 de OUTUBRO de 13
 CONSTRUTORA LUIZ COSTA LTDA
Marcos Luiz Costa Filho
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD nº

16

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\$ 1.447,00 por mês
(um mil quatrocentos e quarenta e sete reais e sessenta centavos)
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

CONSTRUTORA LUIZ COSTA LTDA
Luiz Costa Filho - Carvalho
Av. Wilson Rosado, 01
CNPJ 008.899.144-00

1º 2º
 Data saída 06 de FEVEREIRO de 2015
 CONSTRUTORA LUIZ COSTA LTDA
(Luiz Costa Filho - Carvalho)
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 Aux. de Execução de Obras
 CEP-001-044-711-97
 1º
 Com. Dispensa CD nº

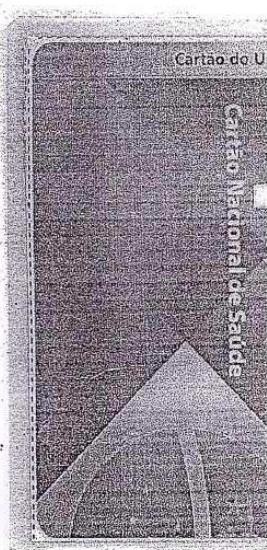
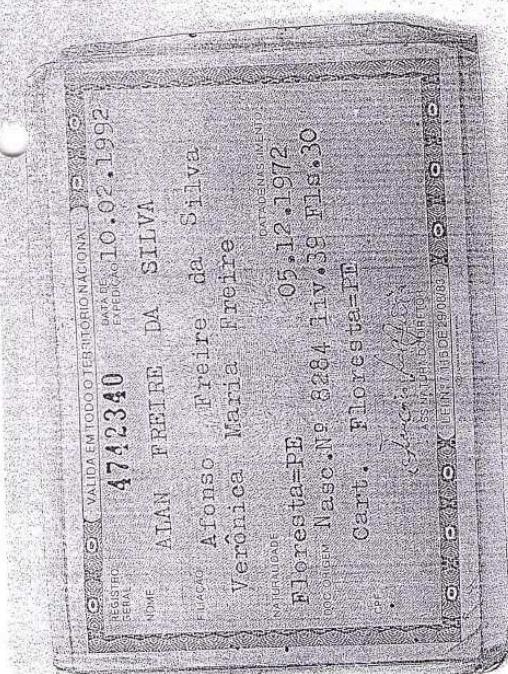
17

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
 CNPJ/MF
 Rua N°
 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.

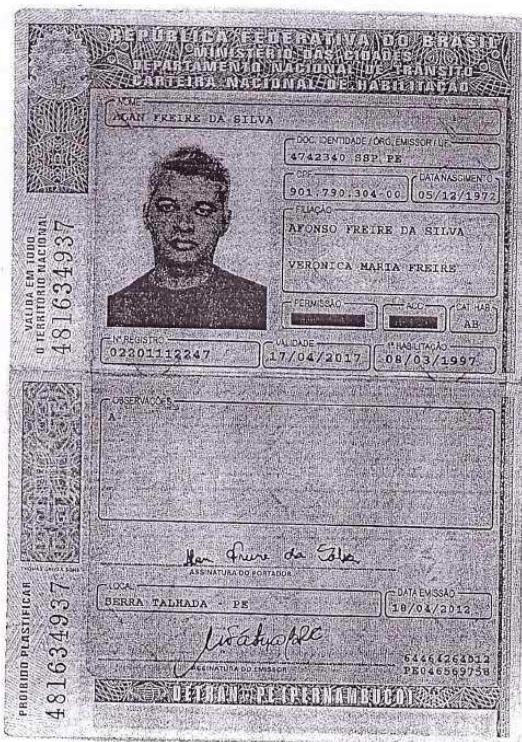
1º 2º
 Data saída de de
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD nº





Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 16/01/2018 16:38:19
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18011616345117100000026900182>
Número do documento: 18011616345117100000026900182

Num. 27236080 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 16/01/2018 16:38:19
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18011616345117100000026900182
Número do documento: 18011616345117100000026900182

Num. 27236080 - Pág. 2



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 | | MATRÍCUL/A: 9213619 | |
| VERONICA MARIA FREIRE R CAP EUCLIDES DE SOUZA FERRAZ, N. 00177 - - CENTRO FLORESTA PE 56400-000 | | INSCRIÇÃO 057 450 229 0023 000 GRUPO: DEB ALTOPIRA M 9213619 | |
| SITUAÇÃO HABIT. | SITUAÇÃO FISCAL | QUANTIDADE DE ECONOMIAS | |
| LIGADO | POTENCIAL | RESIDENCIAL | COMERCIAL INDUSTRIAL |
| HIDRÔMETRO | DATA LEIT. ANTERIOR | DATA LEIT. ATUAL | TIPO DE CONSUMO (A/E) |
| A13U093254 | 24/01/2017 | 22/02/2017 | REAL |

AGUA:
LEIT ANT: 465 CONSUMO:11
LEIT ATU: 476
LEIT FAT: 476

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

01/2017 10
12/2016 11
11/2016 10
10/2016 10
09/2016 10
08/2016 07

| PARAMETROS | NÚMERO DE AMOSTRAS | | |
|----------------|--------------------|---------------------|-----------|
| | EXIG. PORT. | ANALISES REALIZADAS | ATIBUÍDAS |
| TURBIDEZ | 34 | 34 | 34 |
| COR APARENTE | 34 | 34 | 34 |
| CLORO RESIDUAL | 34 | 34 | 34 |
| COLIF. TOTAIS | 24 | 34 | 34 |
| E. COLI | 34 | 34 | 34 |

MÉDIA: 10

Qualidade de Água: www.compresa.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLT E CLORO
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA ÁGUA
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

| DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS | CONSUMO | TOTAL R\$ |
|--|---------------|---------------|
| ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) ATE 10 M3 - R\$ 37,25 POR UNIDADE 11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,27 POR M3 | 10 M3 1 M3 | 37,25 4,27 |
| | | |

VENCIMENTO: 05/03/2017 TOTAL A PAGAR: 41,52

MENSAGEM:
IMÓVEL NÃO POSSUI DEBITOS DE 2016, EXCETO
SE EXISTIR FATURA EM COBRANÇA JUDICIAL

VIA CLIENTE

| TRIBUTOS | BASE DE CÁLCULO | PERCENTUAIS | VALOR DO IMPOSTO |
|------------|-----------------|--------------|------------------|
| PIS COFINS | 41,52 | 1,65 7,60 | 0,69 3,16 |





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA (COMPLETO)
Nº. 16E0277000651

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

***** C O N F I D E N C I A L *****

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

Ocorrência

Natureza: **ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 (VITIMA)

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: **MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1; RUA CAPITÃO 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 (VEÍCULO)

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 SEGUITA, 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://busca.seguradorasolidas.com.br/Consulta_DPVAT/...

Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 16/01/2018 16:38:21
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18011616363891700000026900257>
Número do documento: 18011616363891700000026900257

Num. 27236157 - Pág. 1



PREFEITURA MUNICIPAL DE
FLORESTA

ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL DE URGÊNCIA

ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

| ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL DE URGÊNCIA | | | | | | DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO | | | | | |
|--|--|---|------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------|--|---|---------------|-------------------|
| PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORESTA | | | ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO | | | HOSPITAL CEL. ÁLVARO FERRAZ | | | CENTRO - CEP 56.100-000 | | |
| CÓDIGO: 00012378 | NOME: FLORESTA | ENDEREÇO: RUA ALCINA TORRES DE ARAÚJO | ESTADO: PE | CEP: 56400-000 | PROFISSAO: PROFISSAO: | IDADE: 54 | DATA DE NASCIMENTO: 05/12/77 | CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-51) 00000000 | LOCALIDADE: R: Cap. Euclides de Souza Ferreira | ESTADO: SC | CEP: 89050-000 |
| LOCALIDADE: FLORESTA | ENDERECO DO LOCAL DE TRABALHO | ENDERECO DA RESIDÊNCIA | ESTADO: SC | CEP: 89050-000 | SEGURADO: Alan Ferreira da Silva | IDADE: 54 | DATA DE NASCIMENTO: 05/12/77 | CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-51) 00000000 | LOCALIDADE: Florêncio | ESTADO: SC | CEP: 89050-000 |
| ENDERECO: 00012378 | ENDERECO: RUA ALCINA TORRES DE ARAÚJO | ENDERECO: R: Cap. Euclides de Souza Ferreira | ESTADO: SC | CEP: 89050-000 | SEGURADO: Alan Ferreira da Silva | IDADE: 54 | DATA DE NASCIMENTO: 05/12/77 | CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-51) 00000000 | LOCALIDADE: Florêncio | ESTADO: SC | CEP: 89050-000 |
| DIAGNÓSTICO: Infarto agudo do miocárdio | | | | | | PROCEDIMENTO: Cirurgia cardíaca | | | | | |
| OBS.: Anexar os resultados dos exames complementares realizados. | | | | | | NATUREZA DO ATENDIMENTO: 9. ACIDENTE GERAL | | | | | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> 1 CLÍNICO <input type="checkbox"/> 5 PSIQUIÁTRICO <input checked="" type="checkbox"/> 2 CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> 6 TSIOPNEUMOLÓGICO <input type="checkbox"/> 3 OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> 7 ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> 4 PEDIATRICO <input type="checkbox"/> 8 OUTRO | | | | | |
| | | | | | | MEDICAÇÃO: <input type="checkbox"/> 1 PRESCRIJA <input type="checkbox"/> 3 INTERNAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> 2 APlicADA <input type="checkbox"/> 4 OBITO | | | | | |
| | | | | | | ENCAMINHAMENTO: <input type="checkbox"/> 1 PARA RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> 5 OUTROS <input type="checkbox"/> 2 PARA AMB | | | | | |
| | | | | | | NOME DO HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE: ASSINATURA DO MÉDICO: <i>Renato Olho</i> Endereço: Clínica Geral Número: 17806 | | | | | |
| | | | | | | ASSINATURA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE: <i>Florêncio</i> caso não saiba assinar, aplicar polegar direito ao lado | | | | | |
| OUTRO DOCUMENTO DE IDENTIDADE (admissível em casos excepcionais durante dois dias úteis) | | | | | | MOTIVO DO ATENDIMENTO: Raperação do atendimento SIM 1 NÃO 2 N° VEZES 0 HORA DO ATENDIMENTO 21:30 | | | | | |
| NÚMERO: | | | | | | DATA DO ATENDIMENTO: 19/05/06 | | | | | |
| | | | | | | INSTRUÇÕES: Preencher legivelmente todos os campos sob pena de não ser considerado o atendimento. Assinale com "X" as quadradinhas, preceidadas de número, marcando a alternativa. São responsáveis pela informarão o médico ou odontólogo assistente e os enfermeiros das condições dos pacientes. A declaração falsa é/ou fraudulenta sujeita as multas e as sanções legais. | | | | | |

Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 16/01/2018 16:38:21
<https://pjje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18011616372589400000026900298>
Número do documento: 18011616372589400000026900298

Num. 27236199 - Pág. 1

| KK & Klop Klipal e Weltman - Adv. | OK - segundo | Observações |
|--------------------------------------|-----------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Todas as anotações feitas, devem ser rubricadas pelo responsável.



| | | | | |
|---|---------------------|--------------------------------|---|--------------------------------|
| Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | Secretaria de Saúde Pernambuco | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTUAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITAL | |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Francisco Anselmo Ltda. | | | 2 - CNES 25 | anunciada Ficha de An... |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Francisco Anselmo Ltda. | | | 4 - CNES 2517124 | |
| Identificação do Paciente NÚMERO DO DOCUMENTO 447423401 | | | | |
| 5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 41000360018182404 | | | | |
| 6 - SIS PRENATAL 7 - SENHA / REGULAÇÃO 34664 | | | | |
| 8 - N.º DO PRONTUÁRIO 05/12/42 | | | | |
| 9 - NOME DO PACIENTE Alan Freire da Silva | | | | |
| 10 - DATA DE NASCIMENTO 11 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | | | | |
| 12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Aeronice Freire Freire | | | | |
| 13 - TELEFONE DE CONTATO 84 99410659 | | | | |
| 14 - ENDERÉCO (RUA N.º BAIRRO) Rua Capitão Ezequias de Souza, 47 Centro | | | | |
| 15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Floresta | | | | |
| 16 - COD. IBGE MUNICÍPIO 17 - UF 18 - CEP | | | | |
| 19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO — JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO <i>- Fim do ouvir</i> <i>Pr + Lima fil</i> | | | | |
| 20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | | | | |
| 21 - DIAGNÓSTICO INICIAL 72A79 n° clínica 13 | | | | |
| 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 71ª orrêa pl clínica 13 | | | | |
| 27 - COD. DO PROCEDIMENTO 04.08.03-055-0 | | | | |
| 28 - CLÍNICA | | | | |
| 29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | | | | |
| 30 - DOCUMENTO () CNS () CPF | | | | |
| 31 - N.º DO CUMPRIMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | | | | |
| 32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE <i>Dr. Ebenone A. Silva</i> | | | | |
| 33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 29/05/16 | | | | |
| 34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO) | | | | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) | | | | |
| 35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO | | | | |
| 36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO | | | | |
| 37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO | | | | |
| 38 - CNPJ DA SEGURADORA | | | | |
| 39 - N.º DO BILHETE | | | | |
| 40 - SÉRIE | | | | |
| 41 - CNAE DA EMPRESA | | | | |
| 42 - CGSN | | | | |
| 43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO | | | | |
| AUTORIZAÇÃO | | | | |
| 44 - CODIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO | | | | |
| 45 - DOCUMENTO () CNS () CPF | | | | |
| 46 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | | | |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 10/05/16 | | | | |
| 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) | | | | |
| 49 - MOTIVO DA ALTA: <i>visitação</i> | | | | |
| 50 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Eletivo</i> | | | | |



ITAL
FRANCISCO

CNPJ: 41.095.563/0001-98

Número do Registro:

34664

Data: 23/10/2018

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Alon Freire da Silva
Idade: 43 Sexo: Masculino Cor: Parda Estado Civil: Solteiro
Profissão: Eletricista Naturalidade: Flores da Cunha Nacionalidade: Brasil
Endereço:
Av: Cap. Euclides de S. Bezerra N.º: 377 Bairro: Centro
Cidade: Fortaleza Estado: PE Fone: (85) 3831-2

Filiação:
Pai: Alonzo Freire da Silva
Mãe: Verônica Maria Freire

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Exame com forte dor em braço direito

Hipótese Diagnóstica:

HT de dia de

Exames Solicitados:

RA

Condições de Alta

Motivo de Alta

ALTA EM 26/10/2018

DR CARVALHO
FACUNDA
CRV
34664



| | | | |
|--|---------------|----------------------|---------------------|
| Realizada: Fr. + f Frt clavicular | | N.º do Procedimento: | |
| 25/10/2016 | Inicio: | Término: | |
| Cirurgião: Eduardo | 1.º Auxiliar: | 2.º Auxiliar: | Anestesista: Jen |
| <p>① Abordagem</p> <p>② Preleção e fixação da fratura com os pinos K-wires</p> <p>③ Sutura articular</p> | | | |
| <p><i>Dr. Eduardo A. Carvalho Ortopedista - Traumatólogo CRM: 13.122 CPF: 862.723.544-20</i></p> | | | |

