



## QUESITOS – PERÍCIA

### PARTE AUTORA: ADENE KALINE ALVES DA SILVA

Queira o Sr. Perito esclarecer, de acordo com a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, introduzida pela Lei 11.945/2009, os seguintes QUESITOS:

**1 – Em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve Lesões no Membro Superior Direito?**

**2 – Em caso positivo, a Lesão ou as Lesões são Temporárias ou Permanentes?**

**3 – No caso de ser permanente, a Lesão é Total ou Parcial?**

**4 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é Completa ou Incompleta?**

**5 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é Intensa, Média, Leve ou Residual?**

**6 – Independente do quesito exposto no item “1”, em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve algum outro tipo Lesão?**

**7 – Em caso positivo, qual tipo de Lesão ocorreu?**

**8 – Em caso de ter havido Lesão, ela é temporária ou permanente?**

**9 – No caso de ser permanente, a Lesão é Total ou Parcial?**

**10 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é Completa ou Incompleta?**

**11 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é Intensa, Média, Leve ou Residual?**

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





HAROLDO MAGALHÃES  
A D V O C A C I A

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Adene Kaline Alves da Silva, brasileira, solteira, do lar, portadora do RG nº 69.544.111, inscrita na CPF nº 058.433.664-05, residente e domiciliada na Rua Maria Alves de Souza Figueira, nº 50, Alto Bom Jesus, Serra Talhada/PE, CEP: 56.906-180, 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.

Serra Talhada/PE, 14 de fevereiro de 2019.

x Adene Kaline Alves da Silva

OUTORGANTE

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



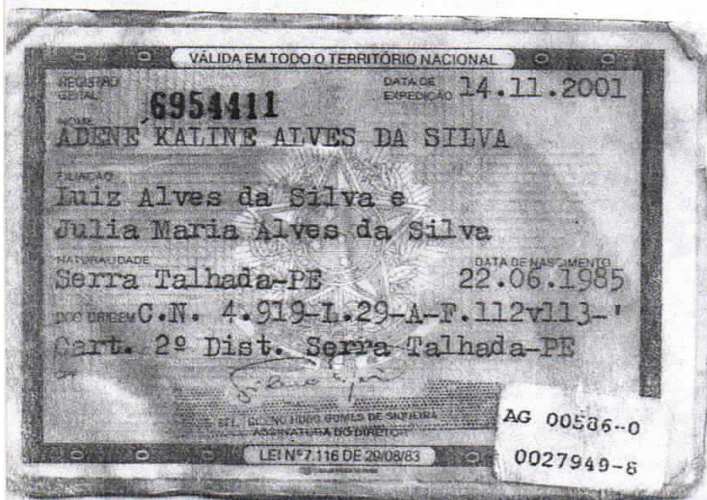
## DECLARAÇÃO

Adere Kaline Alves da Silva, brasileira, solteira, do lar, portadora  
de RG n° 6954411 SDS/PE, inscrita no CPF n° 058.433.664-05,  
residente e domiciliada na Rua Manoel Alves de Souza, nº 50,  
Alto Bom Jesus, Serra Talhada/PE, CEP: 55905-120 **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.

Serra Talhada/PE, 14 de janeiro de 2019.

x Adere KALINE ALVES DA SILVA  
Declarante







MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

"2ª via"

Número 85238 Série 00045

Adene KALINE ALVES DA SILVA  
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome: Adene Kalline Alves da Silva  
Loc. Nas: 5 Policiais PE Data 22/06/85  
Filiação: Adene Kalline Alves da Silva, 1ª filha  
Mãe: Maria Silva da Silva PE  
Doc. Nº: 695411-5 PS-PE

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em: / / Doc. Ident. Nº: /  
Exp. em: / / Estado: /  
Obs.: /  
Data Emissão: 28/03/2012 SRTS 1º Lado PE  
Assinatura do Funcionário: [Assinatura]

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

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







Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-53 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
SILVANI MARIA DE FARIAS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA MARIA ALVES DE SOUZA LICOR 50

CPF 599 194 504-72

ALTO BOM JESUS/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
58906-180

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

CONTA CONTRATO MÊSANO  
0221741013 03/2017  
DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA  
15/03/2017 05/04/2017  
TOTAL A PAGAR (R\$) 43,22

| Nº DA NOTA FISCAL | SÉRIE         | EMIÇÃO           |
|-------------------|---------------|------------------|
| 000462984         | ÚNICA         | 08/03/2017       |
| APRESENTAÇÃO      | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 08/03/2017        | 2001767731    | 3658298          |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL                 |            |             |             |
|------------------------------------------|------------|-------------|-------------|
|                                          | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
| Consumo Ativo (kWh)                      | 86,0000000 | 0,81045368  | 40,29       |
| Acrescimo Bandeira AMARELA               |            |             | 0,38        |
| Contribuição Iluminação Pública          |            |             | 2,18        |
| Multa por atraso-NF 000454638 - 08/02/17 |            |             | 0,36        |
| Juros por atraso-NF 000454638 - 08/02/17 |            |             | 0,61        |
| TOTAL DA FATURA                          |            |             | 43,22       |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL |                |                         |                  |                                         |                      |            |               |
|--------------------------------------------|----------------|-------------------------|------------------|-----------------------------------------|----------------------|------------|---------------|
| Nº DO MEDIDOR                              | TIPO DA FUNÇÃO | DATA                    | ANTERIOR LEITURA | DATA                                    | ATUAL LEITURA        | Nº DE DIAS | CONSUMO (kWh) |
| M025441                                    | CAT            | 06/02/2017              | 9 524,00         | 08/03/2017                              | 9 590,00             | 30         | 66,00         |
| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO                      |                |                         |                  |                                         |                      |            |               |
| HISTÓRICO DE CONSUMO                       |                | INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS |                  | COMPOSIÇÃO DO CONSUMO                   |                      |            |               |
| MÊSANO kWh                                 |                | BASE DE CÁLCULO         | %                | VALOR DO IMPOSTO                        | Transmissão          | R\$ 13,41  | 33,12%        |
| MAR 17 88                                  |                | ICMS                    | 40,87            | 25,00                                   | Distribuição (Celpe) | R\$ 0,55   | 1,26%         |
| FEV 17 83                                  |                | PIS                     | 40,87            | 0,50                                    | Perda de Energia     | R\$ 8,08   | 21,37%        |
| JAN 17 84                                  |                | COFINS                  | 40,87            | 2,25                                    | Energia Sencional    | R\$ 2,70   | 6,54%         |
| DEZ 16 107                                 |                |                         |                  |                                         | Tributos             | R\$ 11,27  | 27,71%        |
| NOV 16 130                                 |                |                         |                  |                                         | Total                | R\$ 48,87  | 100%          |
| OUT 16 118                                 |                |                         |                  |                                         |                      |            |               |
| SET 16 100                                 |                |                         |                  |                                         |                      |            |               |
| AGO 16 53                                  |                |                         |                  |                                         |                      |            |               |
| JUL 16 76                                  |                |                         |                  |                                         |                      |            |               |
| JUN 16 79                                  |                |                         |                  |                                         |                      |            |               |
| MAY 16 73                                  |                |                         |                  |                                         |                      |            |               |
| ABR 16 89                                  |                |                         |                  |                                         |                      |            |               |
| MAR 16 59                                  |                |                         |                  |                                         |                      |            |               |
| Consumo Ativo (kWh)                        |                |                         |                  | TAXAS APLICADAS                         |                      |            |               |
|                                            |                |                         |                  | 0,44108000                              |                      |            |               |
|                                            |                |                         |                  | RESERVAÇÃO AO FIM                       |                      |            |               |
|                                            |                |                         |                  | 1435 02B5 E80E 1C65 ACD8 943D 01EF AF35 |                      |            |               |

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
Na data de emissão da presente nota fiscal, a Companhia Energética de Pernambuco não possui qualquer pendência em relação ao consumidor. O cliente é responsável por manter a continuidade individual do nível de tensão de fornecimento. O cliente é responsável quando não o cumprimento do prazo definido para os pedidos de atendimento comercial. Unidade reclassificada: Residencial B1 - RESIDENCIAL.

Não existem débitos de 2015 e anos anteriores. Esta declaração substitui, para comprovação do cumprimento dos requisitos do consumidor, as informações dos relatórios mensais (Art. 4º, Lei 12.007/09). Esta declaração não surge de dados de parâmetros contábeis de dados nem há qualquer discussão judicial que possa ser considerada após o fim do processo judicial.

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES |       |               |                   |              | NÍVEL DE TENSÃO                                                       |                        |     |
|---------------------------------------|-------|---------------|-------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------|-----|
| CONSUMIDOR                            | VALOR | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL | TENSÃO NOMINAL (V)                                                    | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |     |
| SERRA TALHADA                         | 0,00  | 5,43          | 10,86             | 21,73        | 220                                                                   | 202                    | 231 |
| FIC                                   | 0,00  | 3,36          | 6,72              | 13,45        |                                                                       |                        |     |
| DIMC                                  | 0,00  | 3,11          | 0,00              | 0,00         |                                                                       |                        |     |
| Limite DCR: 12,22                     |       |               |                   |              | EUSO - Valor de Energia de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 13,08 |                        |     |

CONTA CONTRATO MÊSANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)  
0221741013 03/2017 15/03/2017 43,22

8386000000-0 43220011000-8 22174101310-5 06648781223-1



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC  
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0267004079**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/11/2017** às **20:35**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **11/8/2017** às **09:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ENOCK IGNACIO DE OLIVEIRA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE A JOALHERIA NOSSA SENHORA DA PENHA**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
ADENE KALINE ALVES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**ADENE KALINE ALVES DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **JULIA MARIA ALVES DA SILVA**  
Pai: **LUIZ ALVES DA SILVA** Data de Nascimento: **22/6/1985** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6954411/SDS/PE (RG). 05843366405 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU**  
**COMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: **- 87996637054**

Endereço Residencial: **RUA NOVE, 50 - CEP: 0 - Bairro: ALTO BOM JESUS - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (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): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Descrição: **NAO IDENTIFICADA.**

Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A VÍTIMA AQUI QUALIFICADA, PARA COMUNICAR QUE TRANSITAVA PELO CENTRO DESTA CIDADE, QUANDO AO TENTAR ATRAVESSAR A RUA ENOCK IGNACIO DE OLIVEIRA, NAS IMEDIAÇÕES DA JOALHERIA NOSSA SENHORA DA PENHA, A MESMA FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, CONDUZIDA POR PESSOA DESCONHECIDA, QUE NÃO PAROU PARA PRESTAR SOCORRO,**



EVADINDO-SE DO LOCAL. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPAM POR POPULARES, TENDO RECEBIDO ATENDIMENTO MEDICO COM DR. ENIO K. DE CARVALHO (BOLETIM DE EMERGENCIA Nº40), QUE MANDOU A VÍTIMA PARA SUA RESIDENCIA, APÓS TRATAMENTO CONSERVADOR. POSTERIORMENTE, APÓS TREZE DIAS COM MUITAS DORES E DIFICULDADE INTENSA PARA REALIZAR OS MOVIMENTOS COTIDIANOS, A VÍTIMA PROCUROU NOVAMENTE O HOSPAM, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MEDICO COM DR. JOSE ANDRE M. B. GUIMARAES, QUE RECOMENDOU A VÍTIMA PROCURAR UM ORTOPEDISTA PARA FAZER ACOMPANHAMENTO, TENDO EM VISTA QUE O HOSPAM, SOMENTE ATENDE CASOS DE URGENCIA E EMERGENCIA. A VÍTIMA ENTÃO FOI PARA SUA CASA SEM CONSEGUIR RESOLVER O PROBLEMA DO SEU BRAÇO, E AINDA SENTINDO MUITAS DORES INTENSAS E CONTINUAS. A VÍTIMA ENTÃO PROCUROU NOVAMENTE O HOSPAM NO DIA 04/09/2017 PARA RECEBER NOVAMENTE ATENDIMENTO MÉDICO (BOLETIM DE EMERGENCIA Nº47), QUANDO O MEDICO QUE LHE ATENDEU, ORIENTOU A MESMA A REALIZAR CIRURGIA, QUE SEU CASO ERA URGENTE, POIS CASO CONTRARIO PODERIA PERDER OS MOVIMENTOS DO BRAÇO PARA SEMPRE, INCLUSIVE COM O MEMBRO SECANDO E PERDENDO A MUSCULATURA E PERDA TOTAL DE FUNCIONALIDADE. TENDO A VÍTIMA POSTERIORMENTE CONSEGUIDO REALIZAR CIRURGIA NO HOSPITAL SAO FRANCISCO, ATRAVES DE ENCAMINHAMENTO SOLICITADO PELO MEDICO DO TERCEIRO ATENDIMENTO.

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

**ADENE KALINE ALVES DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Alexandre Bittencourt Santos* - Matrícula: 272.710-2

Imprimir

*Adene KALINE ALVES DA SILVA*



**SINISTRO 3180000569 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** ADENE KALINE ALVES DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA

EXCELSIOR DE SEGUROS

**BENEFICIÁRIO** ADENE KALINE ALVES DA SILVA**CPF/CNPJ:** 05843366405**Posição em 10-01-2018 15:36:24**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 11/01/2018        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |



| BOLETIM DE EMERGÊNCIA                                                                                      |  |                          |  |                                                                                        |  | Nº: 40       |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|--|
| Data: 11-08-17                                                                                             |  | Hora: 09:31              |  |                                                                                        |  |              |  |
| Nome: Adeane Kaline Alves da Silva                                                                         |  |                          |  |                                                                                        |  |              |  |
| Nascimento: 22-06-85                                                                                       |  | Sexo: F                  |  | Estado Civil:                                                                          |  |              |  |
| Escolaridade: ENS. Médio                                                                                   |  | Profissão: DO bar        |  | Responsável: A mesma                                                                   |  |              |  |
| Mãe: Julia M. Alves da Silva                                                                               |  | Endereço: 08 nr 50       |  |                                                                                        |  |              |  |
| Bairro: Boa Vista                                                                                          |  | Município: Serra Talhada |  | Fone: 9663-7504                                                                        |  |              |  |
| Cartão SUS: 16923404125062                                                                                 |  | RG/CPF:                  |  |                                                                                        |  |              |  |
| Raça/Cor:                                                                                                  |  | Branca                   |  | Preta                                                                                  |  | Parda        |  |
|                                                                                                            |  |                          |  | Amarela                                                                                |  | Indígena     |  |
| PA:                                                                                                        |  | Pulso:                   |  | HGT:                                                                                   |  | Temperatura: |  |
| Peso:                                                                                                      |  |                          |  |                                                                                        |  |              |  |
| <b>História e Exame Físico:</b><br>Trauma no olho D L + o. da.<br>Dor + hem.                               |  |                          |  |                                                                                        |  |              |  |
| <b>Tratamento:</b><br>Rx de olho D AP / Pupil. regul.<br>Tip. my. op.<br>A. Anest. + Med. C.S. + ant. glo. |  |                          |  |                                                                                        |  |              |  |
| <b>Hipótese Diagnóstica:</b><br>Fratura Sino Maxil D Dr.<br>sem lux.                                       |  |                          |  | <b>Carimbo e Assinatura:</b><br>Enio K. de Carvalho<br>Traumat. Ortopedia<br>CRM 15926 |  |              |  |
| Destino do Paciente:                                                                                       |  | Internado                |  | Residência                                                                             |  | Transferido  |  |
| Removido para o hospital:                                                                                  |  |                          |  |                                                                                        |  | Evasão       |  |
| Óbito às                                                                                                   |  | hrs do dia               |  |                                                                                        |  |              |  |



**HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES**Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

09:30 Nº 47

|                                               |         |                                           |                        |
|-----------------------------------------------|---------|-------------------------------------------|------------------------|
| Data e Hora: 04-09-17                         |         | Data Nasc.: 22/06/85                      |                        |
| Nome: Adene Kaline Alves da Silva             |         |                                           |                        |
| Mãe: Julia Maria Alves da Silva               |         |                                           |                        |
| Profissão: 100 lar                            | Sexo: F | Estado Civil: Solteira                    | Escolaridade: 8º médio |
| Responsável: A mesma                          |         |                                           |                        |
| End. do Paciente: Rua Nove, 50                |         |                                           |                        |
| Bairro: Bom Jesus                             |         | Município: ST/PE                          | Fone: 81 9663-7054     |
| Cartão SUS: 161023904125 00061                |         | Doc. Identidade:                          |                        |
| Tipo de Atendimento:                          |         | Raça/Cor:                                 |                        |
| <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito |         | <input type="checkbox"/> Preto            |                        |
| <input type="checkbox"/> Agressão             |         | <input type="checkbox"/> Amarelo          |                        |
| <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho |         | <input checked="" type="checkbox"/> Parda |                        |
|                                               |         | <input type="checkbox"/> Indígena         |                        |

|                   |        |              |       |
|-------------------|--------|--------------|-------|
| Pressão Arterial: | Pulso: | Temperatura: | Peso: |
|-------------------|--------|--------------|-------|

História e Exame Físico:

POTE VETIMA DE TRAUMA OMBRO @  
NA ± 30 ATJ, CI DIFORMADO DO  
MEMO E LIMITAÇÃO

Tratamento:

Rx OMBRO @ AIP  
AO SUB OROFOTA

Impressão Diagnóstica:

2 LESÃO ACRUO CLAVICULAR @

|                                                          |                                    |                                      |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Destino do Paciente: Residência <input type="checkbox"/> | Internado <input type="checkbox"/> | Transferido <input type="checkbox"/> |
| Removido para Hospital                                   |                                    |                                      |
| Óbito às                                                 | hs do dia                          |                                      |

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Haroldo Magalhães de Carvalho  
Ortopedia Infantil  
CRM PE 16558



**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

Data: 24.08.14 Hora: 09:29 Nº: 40.

Nome: Dolene Kelline Alves da Silva

Nascimento: 22.06.85 Sexo: f Estado Civil: Solteira

Escolaridade: alfabetada Profissão: do lar

Mãe: Responsável: a mãe

Endereço: R 09 N. 50.

Bairro: B. Jesus Município: Garibaldi Fone: 9.9663.7054

Cartão SUS: 161.23904125.00061 RG/CPF:

Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena

PA: Pulso: HGT: Temperatura: Peso:

**História e Exame Físico:**

**Tratamento:**

**Hipótese Diagnóstica:**

**Carimbo e Assinatura:**

francisco javier rodriguez  
DR

Dr. José André M. B. Guimarães  
Médico Ortopedista  
109-325 714.964-68 CRM 9608

Destino do Paciente: Internado Residência Transferido Evasão

Removido para o hospital:

Óbito às hrs do dia



LAUDO DE ULTRASSONOGRAFIA

deni silva

QUEIXA PRINCIPAL : DOR EM OMBRO D

- PELE E SUBCUTANEO NORMAL
- TCLB SEM ALTERAÇÕES
- SUBESCAPULAR E SUPRAESPINHAL COM RUPTURA COMPLETA 1,1 CM DE DISTANCIA DA INSERÇÃO .
- DEMAIS ESTRUTURAS NORMAIS

CONCLUSÃO : LESÃO DO MANGUITO ROTADOR .

SERRA TALHADA 10:46 05/09/2017





HOSPITAL  
FRANCISCO

# HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - AAB - Serra Talhada - PE  
Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 - CEP: 56.912-110  
CNPJ: 41.095.563/0001-98 email: csf184@hotmail.com

CLÍNICA

Número do Registro: 38870

Limigio - Su.

Data: 11/10/12

## IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adene Kaline Alves da Silva  
Idade: 32 Sexo: F Cor: Parda  
Profissão: Agricultora Naturalidade: S. Talhada Estado Civil: Solteira  
Endereço: Rua: Sr. Alves de Souza Lemos N.º 50 Bairro: Alto B. Jesus  
Idade: 5. Talhada Estado: PE Fone: (87) 9663-7054

## Filiação:

Pai: Luiz Alves da Silva  
Mãe: Julia Mz da Silva

## ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Sem alterações.

## tese Diagnóstica:

Sem alterações.

## es Solicitados:

HL

Dr. Thonane A. Silva  
Chefe de Clínica  
CNPJ: 12.123.456

## Condições de Alta

## Motivo de Alta

ALTA EM





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

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

2 - CNES  
2 5 1 7 1 2 4  
4 - CNES  
2 5 1 7 1 2 4

Identificação do Paciente

NUMERO DO DOCUMENTO

06 6954511

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

06 11238014128 010061

9 - NOME DO PACIENTE

Adriane Kalene Alves da Silva

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Juliana Maria Alves da Silva

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

M.ª Maria de Souza Leão

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Leão Talhada

NOME ATEND.

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA / REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO  
38870

10 - DATA DE NASCIMENTO  
24/06/85

11 - SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

DDD

13 - TELEFONE DE CONTATO

15 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

12 anos no uso de

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

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

① Lúpus eritematoso sistêmico

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

22 - CID. 10 PRINCIPAL

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

( ) CNS ( ) CPF

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

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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 TRAJETO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Jose Roberto Vieira Barros  
Médico Autorizador  
CRM 8.860  
CPF 435.340.824-00

46 - COD. ORGÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MOTIVO DA ALTA: Melhora  
CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Eletiva  
DATA DA INTERNAÇÃO: 19/10/17



|                                   |               |                      |              |
|-----------------------------------|---------------|----------------------|--------------|
| Cirurgia Realizada:               |               | N.º do Procedimento: |              |
| Remoção de tecido por hiperplasia |               |                      |              |
| Data:                             | Início:       | Término:             |              |
| 19/10/12                          |               |                      |              |
| Cirurgião:                        | 1.º Auxiliar: | 2.º Auxiliar:        | Anestesista: |
| g. l. m.                          |               |                      |              |

D. l. m.

D. l. m.

O Remoção de tecido de hiperplasia

(assinatura)

assinado eletronicamente por HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 24/01/2019 09:02:38