

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: EDUARDO LEITE DA SILVA
brasileiro, sócio, portador(a) da Cédula de Identidade
mail N. PESSOA, inscrito(a) no CPF/MF sob o
sob o nº 6997157, residente e domiciliado(a) na Rua
nº 051 398 154-35, LOTEAMENTO ST. TEREZINHA, JUREMA - PE - CEP
55480000

OUTORGADO: RODRIGO ALVES DIAS, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 23.351, JAIME MARÇAL DANTAS FILHO, brasileiro, casado, Advogado, devidamente inscrito na OAB-PE sob o nº. 33.947, ambos com endereço na Rua Helena de Lemos, 330, Sala 102, Bairro Ilha do Retiro, Recife/PE., CEP 50750-630.

PODERES: Pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-juditia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber intimação, notificação, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transair, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, como também realizar levantamento de alvará judicial de pagamento em seu nome, cheques administrativos e realizar acompanhamento também na esfera administrativa, podendo agir em Juízo ou fora dele, perante todos entes públicos Municipais, Estaduais e/ou Federais, e ainda perante quaisquer Instituições financeiras, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, em fim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste Mandado.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos os contratantes, fica convencionado que o Outorgante, ora contratante, pagará ao Advogado ora contratado honorários advocatícios **no percentual de 30% (trinta) por cento**, sobre quaisquer valores percebidos pelo contratante, seja em complemento positivo, RPV e/ou Precatório, ou Alvará. Ficando o MM. Juiz autorizado a reter os honorários advocatícios na condenação nos termos estipulados neste contrato.

Recife, ____ de ____ de 201 ____.

Eduardo Leite da Silva
AUTOR(A)



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, EDUARDO LEITE DA SILVA,
brasileiro, SOLTEIRO, com RG 699 7157,
CPF/MF 051.398.154-35, residente e domiciliado à
na LOT. SANTA TEREZINHA JUREMA / PR
CEP 55480-000, declaro sob as penas da lei que não
tenho condições de arcar com custas processuais, bem como quaisquer
custos adicionais sem prejuízo do meu sustento e de minha família, para tanto
requeiro os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da lei
1.060/1950.

Recife, ____ de ____ de ____.

Eduardo Leite da Silva
RG. 699 7157



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, EDVALDO NEIRE DA SIUVA CPF/MF
051 398 154-35 RG 6994157 Residente na.
Cidade de JUREMA, Estado PE.

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização ou sua complementação que entendo ter direito.

Outrossim, declaro pelo presente termo que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas e dos documentos entregues, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Cidade: JUREMA UF: PE

____ de _____, 2018.

Edvaldo Neire da Siuva

Assinatura do Declarante



00012012

CARTÓRIO DO ÓRGÃO ÚNICO NOTARIAL - RUA PROTESTOS, 11 - CENTRO - JUREMA - CEP: 56400-000 - Fone: (31) 3571-1000
Assunto: Ofício José Matos da Souza/Perito - Substituto, Vera Lúcia Ferraz de Souza/Notaria

SELO N°: 0152439, ICU03201801.00631 AUTENTICADO
Embutimento: R\$ 2,98
TFRN: R\$ 0,65
FERC: R\$ 0,33
Total: R\$ 4,00

Certifico que este documento é a cópia fiel do original apresentado neste cartório.
Jurema, 08/11/2019

Vera Lúcia Ferraz de Souza
Substituta

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE
AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO
José Matos da Souza/Perito - Substituto, Vera Lúcia Ferraz de Souza/Notaria

Boletim de Ocorrência



CARTÓRIO OFÍCIO

CNPJ: 08.775.273/0001-10

Rua Jandira Correia de Lucena, nº 11 - Jurema - PE

José Maria de Souza Ferraz - Telefônio

GISTRO GERAL DE IMÓVEIS, PROTESTOS

TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS.

NOMEAÇÃO PELO ATO N° 165 DA

EMENDA CONSTITUCIONAL N° 22 DE

16 DE JULHO DE 1982.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 146ª CIRCUNSCRIÇÃO - JUREMA - DP146°CIRC DINTER1/10/DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 18E0236000292

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/11/2018 às 10:23

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 20/7/2018
no período da Manhã

Foto ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE JUREMA, 1, ESTRADA PARA LAJE DOS CAROÇOS - Bairro: CENTRO - JUREMA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local da Foto: via PÚBLICA

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR) AGENTE
ELZA FERREIRA CALOU SOBRAL (OUTRO)
EDVALDO LEITE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse da(s) Sr(a): EDVALDO LEITE DA SILVA

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

EDVALDO LEITE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Name: MARIA LUIZINETE DA SILVA P/º: PEDRO
LEITE DA SILVA Data de Nascimento: 10/11/1961 Naturalidade: JUREMA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE JUREMA, 29, RUA JOSÉ MARIA BRÍGIDES - CEP: 56400-000 - Bairro: CENTRO -
JUREMA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO - Pessoal de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Posse da Conta no estabelecimento comerci: - Telefone da Conta: -

ELZA FERREIRA CALOU SOBRAL - Pessoal de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Posse da Conta no estabelecimento comerci: - Telefone da Conta: -

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

MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN (VEÍCULO) de propriedade da(s) Sr(a): ELZA FERREIRA CALOU SOBRAL, que
estava em posse da(s) Sr(a): EDVALDO LEITE DA SILVA
Categoria/Cor/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN 125 Objeto apreendido: N/A
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

file:///Users/rodrigo/Downloads/146/18E0236000292/

14



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 29/07/2019 16:07:56

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916075618500000047709554>

Número do documento: 19072916075618500000047709554

Num. 48453069 - Pág. 5

08/11/2019

Boletim de Ocorrência

Placa: KFV2353 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 971836692 Chassi: 9G2JC30700R176223
Descrição: PLACA KFV2353

Complemento / Observação

O QUEIXOSO INFORMOU QUE, NO DIA E LOCAL SUPRACITADOS, POR VOLTA DAS 02:30 H, ESTAVA A CAMINHO DO SITIO LAJE DOS CAROÇOS, NA MOTOCICLETA SUPRADESCRITA, QUANDO A MOTO "DERRAPOU" E ESTE CAIU. INFORMOU, AJUDA, QUE FRATUROU O JOELHO E O PÉNUR, EM RAZÃO DO ACIDENTE.

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

Edvaldo Leite da Silva
EDVALDO LEITE DA SILVA
(VITIMA)

BLT

B.O. registrado por: EDSON LEANDRO SANTIAGO DE LIRA - Matrícula: 3876705



FICHA DE ATENDIMENTO

Prontuário: **23226**

DATA: 29.07.18	HORA: 03:10	RECEPCIONISTA: Valdeleia
NOME: Edvaldo Sá de Sá		PROFISSÃO: motorista
DATA DE NASCIMENTO: 10.01.81		IDADE: 37a COR: Pardo
SEXO: M		ESTADO CIVIL: solt.
CARTÃO DO SUS: 700006114309302		RG: 6997157
ENDEREÇO: Av. Santa Teresinha		DATA EXPEDIÇÃO: 03.01.02
CIDADE: Jurema		CEP: 55480.000
MÃE: ma. Luzinete da Sá		BAIRRO: Centro
NATURAL: Jurema		
ACOMPANHANTE: Natalia Ma da Sá (esposa)		
MÉDICO PLANTONISTA: DR: giovanna Ionara mendes		

QUEIXAS PRINCIPAIS/HDA	Paciente vítima de queda de moto, apresentou se sentindo rebeldes uso de substância alucinógena, chegou no SAMU em grande rapidez e caiu no chão. Nas cinturas pressões, torax estômagos , elos elásticos desconectados em membros, componente dos movimentos em modo disco e ATD (pulso apertado bem?). CCG 14
-------------------------------	--

PRESSÃO ARTERIAL: 110 x 80	SPO2: 93%	TEMPERATURA:
PESO:	PULSO:	HGT:

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:
Pelitranma

PRESCRIÇÃO MÉDICA:	1) SII 2.000ml EU
	2) Tonal + 2ml AD
	3) Transfusão II Catéter (caro) 5479208
<p>238822850001-95 Luis Filipe de Souza Alcântara Corretagem de Seguros-ME R João Cursino 872 Comp. Sala Diamantino Maurício de Nassau CEP 55.012-190 Caruaru PE</p>	
<p>Assinatura CRM Giovanna Ionara Mendes Médica CRM 27083</p>	





Por não constituir caso para tratamento nesta Unidade, estamos encaminhando o paciente:

RG.: 662 Idade: 51 Residente: 5479209

Residente: 594-1209
Para o Hospital: Senha nº 123456789

Esclarecer se o mesmo é portador de:

5. Qual é a sua opinião sobre a educação no Brasil?

se desempeñó como director de la Escuela de Música de la Universidad de Costa Rica.

28. 4. 2013 10:00:00 10:00:00

2. **Explain the relationship between the *influenza A* virus and the *H1N1* virus.**

~~666 24~~

Digitized by srujanika@gmail.com

白：唐宋词选 166

De acordo com o módulo:

Atenciosamente:

Girilângtonnara Mendes
Médica
-Assinatura CRM 2.983
-Médico-

Jurema, 01 de outubro de 2018

Obs.: Em caso de paciente menor, anotar a filiação

Pai:

Mãe:

For more information, contact the Office of the Vice President for Research and the Office of the Vice President for Student Affairs.

123 882 245/0001-951
Luis Filipe a Cavalcanti
Corretagem de Seguros-ME
R João Cursino 872
Contip Sala Diamantino
Mauricio de Nassau CEP 55.012-190
Caruaru PE

Rua: José Simplício da Silva, s/n – Centro – Jurema-PE
CEP: 55480-000 – CNPJ: 10.369.937/0001-92
FONE:(87) 3795-1011 (87)9.8841-6622 / h ospSantaQuiteria@hotmail.com





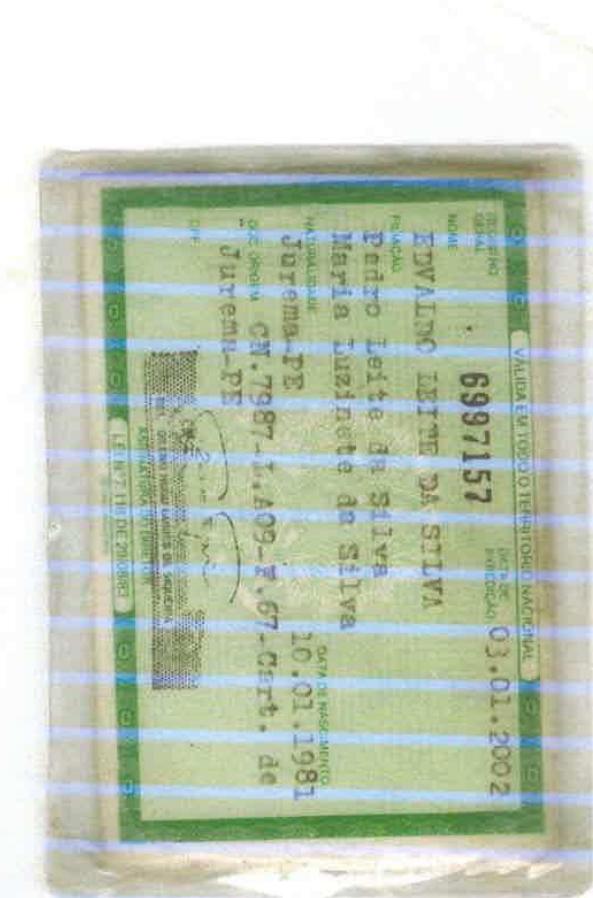
Serviço Atendimento Móvel de Urgência
Secretaria de Saúde de Jurema - PE
FICHA DE ATENDIMENTO



Nº de Ocorrência 0047

DADOS GERAIS		1. Hora do chamado 02:20	2. Chegada ao local 02:30	3. Saída do local 02:59	4. Hora da conclusão :	5. Saída do hospital :				
8. Tipo de recurso:		<input type="checkbox"/> 1. USA	<input checked="" type="checkbox"/> 2. USB	<input type="checkbox"/> 3. VIR	<input type="checkbox"/> 4. Helicóptero	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Moto				
9. Origem do acionamento		<input type="checkbox"/> 1. Domicílio	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Via Pública	<input type="checkbox"/> 3. Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> 4. SAD	7. Data 29/07/18				
10. Médico regulador		11. Rádio operador								
12. Paciente		Edvaldo Soete da Silva								
14. Data de nascimento 10/05/81		15. Idade 37 anos								
16. Sexo		<input checked="" type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino								
17. Logradouro		Estianda para feste dos parcos								
19. Bairro		20. Município Jurema								
21. Zona <input type="checkbox"/> 1. Urbana <input checked="" type="checkbox"/> 2. Rural		22. Referência ST JOSÉ DO INHACU								
23. Local de ocorrência		24. Ocorrência relacionada ao trabalho								
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Via Pública		<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não								
<input type="checkbox"/> 2. Domicílio		<input type="checkbox"/> 1. Clínico <input type="checkbox"/> 2. Causa extrema <input type="checkbox"/> 3. Obstétrico <input type="checkbox"/> 4. Pediátrico								
		<input type="checkbox"/> 5. Psiquiátrico <input type="checkbox"/> 6. Remoção/Senha: _____ /Unid.Solicitante: _____								
26. Tipo de vítima		27. Meio de locomoção da vítima								
<input type="checkbox"/> 1. Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> 2. Condutor <input type="checkbox"/> 3. Passageiro		<input type="checkbox"/> 1. Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 2. Moto <input type="checkbox"/> 3. A pé								
<input type="checkbox"/> 4. Pessoa conduzida em local inadequado		<input type="checkbox"/> 4. Bicicleta <input type="checkbox"/> 5. Outro								
28. Natureza do acidente		29. Choque com objeto fixo								
<input type="checkbox"/> 1. Colisão/Abalroamento		<input type="checkbox"/> 2. Tombamento ou Capotamento								
<input type="checkbox"/> 4. Atropelamento		<input type="checkbox"/> 3. Choque com objeto fixo								
		<input type="checkbox"/> 5. Queda em/do veículo <input type="checkbox"/> 6. Outro								
30. Uso de capacete pela vítima		31. Uso de cinto pela vítima								
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 88. Não se aplica		<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input checked="" type="checkbox"/> 88. Não se aplica								
32. Uso de bebida alcoólica pela vítima		<input checked="" type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 88. Não se aplica								
33. Intoxicação Exógena		34. Queda								
<input type="checkbox"/> 1. Álcool <input type="checkbox"/> 2. Drogas ilícitas		<input type="checkbox"/> 1. Própria altura								
<input type="checkbox"/> 4. Animais peçonhentos		<input type="checkbox"/> 2. Outra altura/Aproximadamente: _____ m								
35. Agressão		36. Queimadura								
<input type="checkbox"/> 1. Arma de fogo <input type="checkbox"/> 2. Arma branca <input type="checkbox"/> 3. Agressão física		<input type="checkbox"/> 1. Fogo <input type="checkbox"/> 2. Fumaça <input type="checkbox"/> 3. Térmica (exceto fogo)								
<input type="checkbox"/> 4. Abuso sexual <input type="checkbox"/> 5. Outros		<input type="checkbox"/> 4. Substância química <input type="checkbox"/> 5. Choque elétrico								
37. Tentativa de suicídio		38. Outros acidentes								
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não		<input type="checkbox"/> 1. Afogamento <input type="checkbox"/> 2. Soterramento <input type="checkbox"/> 3. Não sei <input type="checkbox"/> 4. Outros								
39. Vias aéreas		40. Respiração								
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Livre <input type="checkbox"/> 2. Obstruída		<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Traquipneia <input type="checkbox"/> 3. Bradipneia <input type="checkbox"/> 4. Apneia <input type="checkbox"/> 5. Tórax com deformidades ou lesões								
41. Circulação/pulso		42. Perfusion periférica								
<input type="checkbox"/> 1. Ausente <input checked="" type="checkbox"/> 2. Presente		<input type="checkbox"/> 1. > 2 Segundos <input type="checkbox"/> 2. < 2 Segundos								
<input type="checkbox"/> 3. Cheio <input type="checkbox"/> 4. Fino										
43. Neurológico		44. Escala de CINCINNATI								
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Sonolência <input type="checkbox"/> 3. Agitação <input type="checkbox"/> 4. Coma <input type="checkbox"/> 5. Convulsão		<input type="checkbox"/> 1. Déficit motor <input type="checkbox"/> 2. Desvio de comissura labial <input type="checkbox"/> 3. Dificuldade de fala								
45. Coloração da pele		46. Pupilas								
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Cianose <input type="checkbox"/> 4. Hiperemia		<input type="checkbox"/> 1. Miose <input type="checkbox"/> 2. Midriase <input type="checkbox"/> 3. Reagente <input type="checkbox"/> 4. Não reagente								
<input type="checkbox"/> 5. Ictérico		<input type="checkbox"/> 5. Isocôricas <input type="checkbox"/> 6. Anisocôricas								
47. Alergia		48. Usa medicamento								
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não		<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não								
Qual?		Qual?								
50. Abertura ocular (AO)		51. Resposta verbal		52. Resposta Motora			53. Sinais vitais - SSVV			
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Espontânea (4)		<input checked="" type="checkbox"/> 1. Orientada (5)		<input checked="" type="checkbox"/> 1. Obedece a comandos (6)			HORA			
<input type="checkbox"/> 2. À voz (3)		<input type="checkbox"/> 2. Confusa (4)		<input type="checkbox"/> 2. Localiza dor (5)			PA 110x80			
<input type="checkbox"/> 3. À dor (2)		<input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas (3)		<input type="checkbox"/> 3. Movimento de retirada (4)			FC 44			
<input type="checkbox"/> 4. Nenhuma (1)		<input type="checkbox"/> 4. Palavras incompletas (2)		<input type="checkbox"/> 4. Flexão anormal (3)			FR 21			
		<input type="checkbox"/> 5. Nenhuma (1)		<input type="checkbox"/> 5. Extensão anormal (2)			TEMP -			
TOTAL		SCORE1 15		SCORE2			HGT 110			
							SpO ₂ % 93			
54. Principais lesões		Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Períve	Membro Superior	Membro Inferior
Amputação								Esquerdo	Direito	
Contusão								Esquerdo	Direito	
Escoriação										
Esmagamento										
Perfurante										
Contuso										
Fratura fechada										
Fratura aberta										
Lacerção										
Luxação										
Quemadura										
Presença de sangramento										
<p>73 882 245/0001-951 Luis Filipe da Cunha Alcântara Corretagem de Seguros-MEX R. João Cursino 872 Comp. São Diamantino Mauricio de Nassau C. P. 55012-190 Caruaru PE</p>										







EDVALDO LEITE DA SILVA	01092595	700006114309
611020	MASCULINO	37a 7m 16d
		CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 105-07



Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

HDA: Paciente com história de acidente de motocicleta gerando fratura exposta de femur distal à direita + fratura de patela + fratura de MTCD + Luxação exposta de IFP de 2º QDD.

HD: Fratura exposta de femur distal à direita + fratura de 4º MTCD + Luxação exposta de IFP de 2º QDD.

Tratamento:

Cirurgia: LMC + Aposição de fixador externo tubo a tubo transarticular de joelho direito. Redução incruenta de IFP de 2º QDD + Tala luva de MSD, em 29/07/18.
Retirada de fixador externo tubo a tubo de MID + Correção cirúrgica de fratura do femur direito com aposição de placa e parafusos + correção cirúrgica de fratura de patela a direita em 17/08/18.

OBS:

RETORNO AO AMBULATORIO DO DR. DANILo EM 15 DIAS.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

Melhora do quadro, acompanhamento ambulatorial.

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
29/07/2018	27/08/2018

Recife, 27 DE AGOSTO DE 2018

HEBERT WALLACY VARELA DE PAIVA - CRM: Nº.26492

Dr. Hebert Varela
Médico
CRMPE 26492

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 29/07/2019 16:07:56
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916075618500000047709554>
Número do documento: 19072916075618500000047709554

Num. 48453069 - Pág. 11

105-7

	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)			Folha 1/2	
Identificação do Estabelecimento de Saúde							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CRMF				
HGV							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CRMF				
HGV							
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTUÁRIO				
Edvaldo Lito de Souza			5092595				
7 - CÓDIGO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO		
400006121243109131012			10/01/81		Male	Female	
10 - NOME DA PESSOA RESPONSÁVEL			11 - FONE DE CONTATO / N. DO TELEFONE				
12 - ENDERECO (RUA, N.º, BARRA)			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				
14 - CÓD. IGBE MUNICÍPIO			15 - UF		16 - CEP		
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)							
PROBLEMA DE ENQUADRAMENTO							
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR				
Te do joelho Dir							
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA				
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			23 - CID-10 PRINCIPAL		24 - CID-10 SECUNDÁRIO		25 - CID-10 CÓDIGO ASSOCIADAS
Fratura de fíner distal							
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				
Te do joelho Dir							
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI / SOLICITAÇÃO DE ACOMPANHANTE							
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III	
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				31 - CID-10
Te do joelho Dir							
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				34 - CID-10
Te do joelho Dir							
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				37 - CID-10
Te do joelho Dir							
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
Aludente de motocicleta gerando fratura de fíner distal à Dir							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO				
Alberto V. Souza de Paula			05/07/2018				
41 - DOCUMENTO			42 - N° DOCUMENTO (CRM/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				
<input type="checkbox"/> CRM		0156893134132111				43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR				
46 - DOCUMENTO			47 - N° DOCUMENTO (CRM/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				
<input type="checkbox"/> CRM		0156893134132111				48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	

