



HAROLDO MAGALHÃES  
A D V O C A C I A

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

*Orivaldo Gonçalves de Lima, brasileiro, solteiro, portador do RG nº 301983379 SSP/PE, inscrito no CPF nº 750.283.604-72, residente e domiciliado Rua Geraldo Severino de Azevedo 395 MIMA, Terr. Nova Serra Talhada 56909093, 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.

*Serra Talhada PE, 28 de Agosto de 2019.*

*ORIVALDO GONÇALVES DE LIMA*

OUTORGANTE

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



## DECLARAÇÃO

Orivaldo Gonçalves de Lima, brasileiro, solteiro, portador do RG nº 301983 379 SSP/SP, inscrito no CPF nº 50.283.604-72, residente e domiciliado Rua Geraldo Severino de Andrade 395 Miria, Francisco Xavier, Serra Talhada/PE, CEP: 56.909-093. 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.

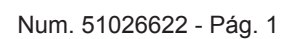
Serra Talhada PE, 28 de Agosto de 2019

ORIVALDO GONCALVES DE LIMA.  
Declarante



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1024799665

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1024799665





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 10.835.532/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA GERALDO SEVERINO DE ANDRADE  
395 MIMA

CPF 320.842.088-26 NIS 20495003721

TANCREDO NEVES/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
58909-093

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásica

| CONTA CONTRATO      | MÊS/ANO                      |
|---------------------|------------------------------|
| 4005310941          | 03/2018                      |
| DATA DE VENCIMENTO  | DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA |
| 03/04/2018          | 25/04/2018                   |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | 95,36                        |

| Nº DA NOTA FISCAL | SERIE         | EMISSÃO          |
|-------------------|---------------|------------------|
| 010748367         | UNICA         | 26/03/2018       |
| APRESENTAÇÃO      | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 26/03/2018        | 2002347888    | 3083705          |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL                 | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|------------------------------------------|------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh                 | 30,0000000 | 0,23360692  | 7,00        |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  | 70,0000000 | 0,40047246  | 28,03       |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 84,0000000 | 0,80070695  | 50,45       |
| Contribuição Iluminação Pública          |            |             | 7,98        |
| Multa por atraso-NF 008905208 - 23/02/18 |            |             | 1,57        |
| Juros por atraso-NF 008905208 - 23/02/18 |            |             | 0,31        |
| Atualização IGPM-NF 008905208 - 23/02/18 |            |             | 0,02        |

TOTAL DA FATURA

95,36

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL |                |               |                 |            |              |            |               |
|--------------------------------------------|----------------|---------------|-----------------|------------|--------------|------------|---------------|
| Nº DO MEDIDOR                              | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LETURA | ATUAL DATA | ATUAL LETURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE     |
| 90362503                                   | CAT            | 23/03/2018    | 10.822,00       | 26/03/2018 | 10.806,00    | 21         | 1,00000       |
|                                            |                |               |                 |            |              |            | CONSUMO (kWh) |
|                                            |                |               |                 |            |              |            | 184,00        |

| HISTÓRICO DE CONSUMO |  | INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS |       |                  | COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |                  |
|----------------------|--|-------------------------|-------|------------------|-----------------------|------------------|
| MÊS/ANO kWh          |  | BASE DE CÁLCULO         | %     | VALOR DO IMPORTE | Gestão de Energia     | R\$ 24,18 28,26% |
| MAR 18 184           |  |                         |       |                  | Transmissão           | R\$ 2,54 2,91%   |
| FEV 18 176           |  | ICMS 25,00              | 21,37 |                  | Distribuição (Celpe)  | R\$ 20,96 24,44% |
| JAN 18 192           |  | PIS 0,82                | 0,70  |                  | Perdas de Energia     | R\$ 6,27 7,34%   |
| DEZ 17 145           |  | COFINS 3,34             | 3,34  |                  | Energia Setorial      | R\$ 6,21 7,28%   |
| NOV 17 181           |  |                         |       |                  | Tributos              | R\$ 25,41 29,73% |
| OUT 17 189           |  |                         |       |                  | Total                 | R\$ 85,48 100%   |
| SET 17 153           |  |                         |       |                  |                       |                  |
| AUG 17 137           |  |                         |       |                  |                       |                  |
| JUL 17 137           |  |                         |       |                  |                       |                  |
| JUN 17 150           |  |                         |       |                  |                       |                  |
| MAY 17 191           |  |                         |       |                  |                       |                  |
| APR 17 175           |  |                         |       |                  |                       |                  |
| MAR 17 156           |  |                         |       |                  |                       |                  |

| TARIFAS APLICADAS                        |            |
|------------------------------------------|------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh                 | 0,1841700  |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  | 0,28141250 |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 0,42211800 |

RESERVADO AO FISCO

49B3 9655 5154 9F49 999D E1C4 5D10 7F52

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
No dia da leitura e também em vigor de acordo com o site www.celpe.gov.br. O cliente é responsável quando não houver a continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagos, em atraso, por multa 2% (dois por cento) sobre o valor devido, a ser cobrada pelo consumidor, em qualquer caso, observado o disposto no Art. 4º, Lei 12.007/2009. Esta legislação não se aplica sobre o fornecimento de energia elétrica em áreas de risco, onde não há rede de distribuição elétrica, onde não há rede de distribuição elétrica, onde não há rede de distribuição elétrica, onde não há rede de distribuição elétrica.

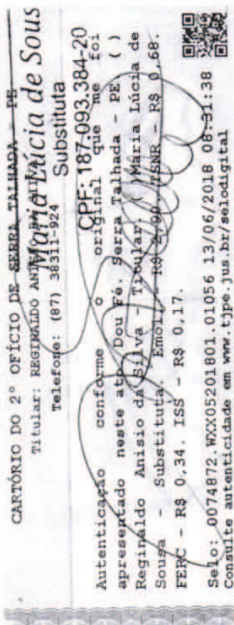
| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES |                |               |                   |              | NÍVEL DE TENSÃO    |                        |     |
|---------------------------------------|----------------|---------------|-------------------|--------------|--------------------|------------------------|-----|
| CONSUMO                               | VALOR APLICADO | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL | TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |     |
| DIC                                   | 0,00           | 5,43          | 10,86             | 21,72        | 220                | 207                    | 231 |
| FEV                                   | 0,00           | 3,36          | 8,72              | 13,45        |                    |                        |     |
| DEZ                                   | 0,00           | 3,11          | 0,00              | 0,00         |                    |                        |     |

Limite DIC: 12,22 EUTD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 30,26

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | DATA DE VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|----------------|---------|--------------------|---------------------|
| 4005310941     | 03/2018 | 03/04/2018         | 95,36               |

83880000000-3 95360011004-2 00531094110-6 11746420213-3





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0267001663**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/05/2018** às **16:44**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **5/3/2018** às **12:10**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CENTRAL DA BORBOREMA, 1 - Bairro: ALTO BOM JESUS - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A LOMBADELETRONICA**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)  
ERASMO JOSE FERREIRA DOS SANTOS (OUTRO)  
ORIVALDO GONCALVES DE LIMA (VITIMA)  
ANTONIO DE MAGALHAES ALVES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ORIVALDO GONCALVES DE LIMA**

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

**ORIVALDO GONCALVES DE LIMA (presente ao plantão)** - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA LUIZA DE LIMA** - Pai: **MANOEL GONCALVES DE LIMA** Data de Nascimento: **1/12/1971** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **301983379/SSP/SP (RG), 75028360472 (CPF), 05002229931 (CNH)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 879999474836**

Endereço Residencial: **RUA GERALDO SEVERINO DE ANDRADE, 395 - CEP: 0 - Bairro: TANCREDO NEVES - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ANTONIO DE MAGALHAES ALVES (não presente ao plantão)** - Sexo: Masculino Mãe: **DILVA VIANA DE MAGALHAES ALVES** Pai: **JOSE ANTONIO ALVES** Data de Nascimento: **27/4/1983** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7585610/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 0 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ERASMO JOSE FERREIRA DOS SANTOS (não presente ao plantão)** - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**



Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ERASMO JOSE FERREIRA DOS SANTOS**, que em posse do(a) Sr(a): **ORIVALDO GONCALVES DE LIMA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **AZUL** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**  
Placa: **KGR7961** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **875004390** Chassi: **9C2KC08106R855915**  
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2006** Combustível: **GASOLINA**

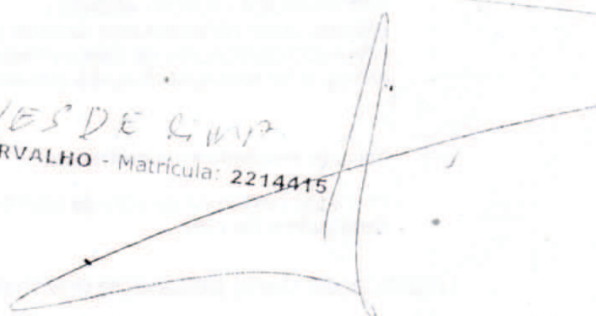
Complemento / Observação

O SR. ORIVALDO GONCALVES DE LIMA NOTICIA QUE SOFRERA UM ACIDENTE DE TRANSITO, AO SE DESLOCAR PELA BR 232, NO SENTIDO SALGUEIRO/SERRA TALHADA, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCRITA NESTE BOE., LEVANDO COMO CARONA O SR. ANTONIO DE MAGALHAES ALVES. RELATOU O SR. ORIVALDO QUE PERDEU O CONTROLE DE SEU VEICULO AO BATER EM UM CACHORRO QUE ADENTRO A VIA DE ROLAMENTO, PERDENDO O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA VINDA A CAIREM E A SOFREREM ALGUMAS LESÕES. LOGO EM SEGUIDA AO ACIDENTE FORAM SOCORRIDOS PELO CORPO BOMBEIROS QUE OS LEVOU AO HOSPAM, NESTA CIDADE ONDE RECEBERAM ATENDIMENTO MEDICO. VINDO HOJE NOTIFICAR O OCORRIDO EM RAZÃO DE REQUERER O SEGURO DPVAT.

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

ORIVALDO GONCALVES DE LIMA  
(VITIMA)

*ORIVALDO GONCALVES DE LIMA*  
B.O. registrado por: **DEODORO FONSECA DE CARVALHO** - Matrícula: **2214415**





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**  
**COInter/2 - 3º Grupamento de Bombeiros**

SERRA TALHADA - PE, 26 de abril de 2018.

ANDRÉ PEREIRA DA SILVA  
Ten Cel-BM Cmt 3º GB

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 072 Dop./2018**

O Chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação do Sr. ORIVALDO GONÇALVES DE LIMA, RG 301983379 SSP/SP, CPF 750.283.604-72, residente à Rua Geraldo Severino de Andrade, 395, Bairro Tancredo Neves, Serra Talhada-PE, CERTIFICA que foi deslocada a viatura AR 643 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros Serra Talhada-PE, às 12h15min do dia 05 de março de 2018, comandada pelo Sd QBMG 1/710123-9 WANDSON LEITE FLORÊNCIO, para uma ocorrência de ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (VÍTIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA), sendo vitimado o solicitante, o qual declarou que estava na garupa de uma motocicleta marca/modelo Honda CG 150 Titan KS, cor azul, placa KGR 7961-PE. O acidente ocorreu na BR 232, KM 410, Bairro Borborema, Serra Talhada-PE e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: escoriações no membro superior esquerdo e membro inferior esquerdo, a qual foi socorrida e conduzida ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. Ebenone, CRM 15122, prontuário 097. A presente certidão segue assinada por mim, CAP QOC/BM WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS, chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros. No Impl. 798114-7

3º Grupamento de Bombeiros. BR 232 (Av. Vicente Inácio de Oliveira), Km 413, Cachoeira II, Serra Talhada, PE. CEP: 56.906-000.  
Fone/Fax: (87) 3831 9382/3831 9383. E-mail: 3gb@bombeiros.pe.gov.br CNPJ: 00.358.773/0017-01.



**SINISTRO 3180285963 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** ORIVALDO GONCALVES DE LIMA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA

EXCELSIOR DE SEGUROS

**BENEFICIÁRIO** ORIVALDO GONCALVES DE LIMA**CPF/CNPJ:** 75028360472**Posição em 20-08-2018 08:29:19**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 21/08/2018        | R\$ 2.531,25         | R\$ 0,00         | R\$ 2.531,25 |





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES  
XI GERES - SERRA TALHADA

| BOLETIM DE EMERGÊNCIA                                                                                                                           |  |                       |                                                              | Nº. 94                   |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|
| Data: 05-03-18                                                                                                                                  |  | Hora: 12:30           |                                                              |                          |          |
| Nome: Arnaldo Gonçalves de Lima                                                                                                                 |  |                       |                                                              |                          |          |
| Nascimento: 01-12-74                                                                                                                            |  | Sexo: Masculino       |                                                              | Estado Civil: U. Estável |          |
| Escolaridade: 2ª Série                                                                                                                          |  | Profissão: A.S.G      |                                                              |                          |          |
| Mãe: Maria Luiza de Lima                                                                                                                        |  | Responsável: O mesmo  |                                                              |                          |          |
| Endereço: Rua Geraldo Leving de Andrade, 393                                                                                                    |  |                       |                                                              |                          |          |
| Bairro: T. Mendes                                                                                                                               |  | Município: S. Talhada |                                                              | Fone: 09-9686-3412       |          |
| Cartão SUS:                                                                                                                                     |  |                       | RG/CPF:                                                      |                          |          |
| Raça/Cor:                                                                                                                                       |  | Branca                | Preta                                                        | Parda                    | Amarela  |
|                                                                                                                                                 |  |                       |                                                              |                          | Indígena |
| PA:                                                                                                                                             |  | Pulso:                | HGT:                                                         | Temperatura:             | Peso:    |
| História e Exame Físico:<br>Doença: Febre, tosse, dor no peito, falta de ar, MIE<br>Exames: MIE                                                 |  |                       |                                                              |                          |          |
| Tratamento:<br>* Sacat = Rx Febre esp.<br>em A.P.E. Perfil.<br>* Sulfato Rx Tomozela<br>esquerda em A.P.E. Perfil.<br>Decadron 4mg - 1x - 28/45 |  |                       |                                                              |                          |          |
| Hipótese Diagnóstica: Trombose Venosa Esquerda - EITOMOSE MIE                                                                                   |  |                       | Carimbo e Assinatura:<br>Dr. Cicero Simões de Lima<br>Médico |                          |          |
| Destino do Paciente:                                                                                                                            |  | Internado             | Residência                                                   | Transferido              |          |
| Removido para o hospital:                                                                                                                       |  |                       |                                                              |                          |          |
| Óbito às                      hrs do dia                                                                                                        |  |                       |                                                              |                          |          |



## OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data:

Hora:

Paciente:

Outras queixas:

Hm: f2nt no baixo

CR: 12-2ml / 1-14 baixo

DR. EBENONE SILVA 15.122  
CEM FONE: (87)9.9916-0112

Exames Solicitados:

- |                                      |                                    |                                |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma   | <input type="checkbox"/> LCR       | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Glicose     | <input type="checkbox"/> HIV       | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Ureia       | <input type="checkbox"/> VDRL      | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Creatinina  | <input type="checkbox"/> CKMB      | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Ionograma   | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Leucograma  | <input type="checkbox"/> _____     | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/> _____     | <input type="checkbox"/> _____ |

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

| Medicação | Horário | Obs: |
|-----------|---------|------|
|           |         |      |
|           |         |      |
|           |         |      |
|           |         |      |
|           |         |      |
|           |         |      |
|           |         |      |
|           |         |      |

## VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

VEH- 05/03/18 Notificado

*Lo-pis*



SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde  
Pernambuco

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Identificação do Paciente

|                                 |                              |                     |                      |
|---------------------------------|------------------------------|---------------------|----------------------|
| NÚMERO DO DOCUMENTO             | NOME ATEND.                  |                     |                      |
| 320.942.088-26                  |                              |                     |                      |
| 5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE    | 6 - SIS PRE NATAL            | 7 - SENHA/REGULAÇÃO | 8 - Nº DO PRONTUÁRIO |
| 898003454869074                 |                              |                     | 000153706            |
| 9 - NOME DO PACIENTE            | 10 - DATA DE NASCIMENTO      | 11 - SEXO           |                      |
| ORIVALDO GONCALVES DE LIMA      | 01/12/1971                   | Masculino           |                      |
| 12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO |                     |                      |
| MARIA LUIZA DE LIMA             | (87) 99947-4836              |                     |                      |
| 14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)   | 16 - COD. IBGE MUNICÍPIO     | 17 - UF             | 18 - CEP             |
| GERALDO SEVERINO DE ANDRADE     |                              | PE                  | 56900-000            |
| 15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA    | SERRA TALHADA                |                     |                      |

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO                                                                                                                                                                                                                             |
| <p>20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</p> <p>21 - DIAGNÓSTICO INICIAL</p> <p>22 - CID. 10 PRINCIPAL</p> <p>23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO</p> <p>24 - CID. 10 SECUNDÁRIO</p> <p>25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS</p> |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                               |                                                                    |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO     | 27 - COD. DO PROCEDIMENTO                                          |
| 28 - CLÍNICA                                  | 31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE |
| 29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO                    | 34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)             |
| 30 - DOCUMENTO                                | 35 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                           |
| 32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE | 36 - Nº DO BILHETE                                                 |
| 33 - DATA DA SOLICITAÇÃO                      | 37 - SÉRIE                                                         |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                                                         |                                                       |            |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------|
| 38 - CNPJ DA SEGURADORA                                 | 39 - Nº DO BILHETE                                    | 40 - SÉRIE |
| 41 - CNPJ DA EMPRESA                                    | 42 - CNAE DA EMPRESA                                  | 43 - CBOR  |
| 44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                          | 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) |            |
| 46 - COD. ORGÃO EMISSOR                                 | 47 - DOCUMENTO                                        |            |
| 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                              |            |

AUTORIZAÇÃO

|                                                       |                                                       |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) | 51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) |
| 2618305000076                                         | 2618305000076                                         |
| MOTIVO DA ALTA:                                       | CARATER DA INTERNAÇÃO:                                |
| DATA DA INTERNAÇÃO:                                   | DATA DA ALTA:                                         |



# Hospital São Vicente

|                                                                                                                               |                                                    |                                                                                                                                                                                     |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Data do Atendimento: 19/03/2018                                                                                               |                                                    | Nº Registro: 000153706                                                                                                                                                              |                           |
| Identificação do Paciente: ORIVALDO GONCALVES DE LIMA                                                                         |                                                    | 202 - TRAUMA. MASC. 03                                                                                                                                                              |                           |
| Data Nascimento: 01/12/1971                                                                                                   | Idade: 46                                          | Sexo: Masculino                                                                                                                                                                     | Cor: Sem informação       |
| Estado Civil: Solteiro(a)                                                                                                     | Profissão:                                         | Naturalidade: SERRA TALHADA                                                                                                                                                         | Nacionalidade: Brasileiro |
| Filiação: Pai: MANOEL GOCALVES DE LIMA                                                                                        |                                                    | Mãe: MARIA LUIZA DE LIMA                                                                                                                                                            |                           |
| Endereço: GERALDO SEVERINO DE ANDRADE                                                                                         |                                                    | 395                                                                                                                                                                                 |                           |
| Bairro: TRANQUEDO NEVES                                                                                                       | Cidade: SERRA TALHADA                              | Estado: PE                                                                                                                                                                          | Telefone: (87) 99947-4836 |
| ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:                                                                                                      |                                                    |                                                                                                                                                                                     |                           |
| Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/>                                                                                 |                                                    | Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>                                                                                                                                       |                           |
| Suicídio <input type="checkbox"/>                                                                                             |                                                    | Casual <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                     |                           |
| Outros Acidentes <input type="checkbox"/>                                                                                     |                                                    | Agressão <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                   |                           |
| Nome do Acompanhante:                                                                                                         |                                                    | Telefone para Contato:                                                                                                                                                              |                           |
| Endereço:                                                                                                                     |                                                    |                                                                                                                                                                                     |                           |
| Local da Ocorrência:                                                                                                          |                                                    |                                                                                                                                                                                     |                           |
| ANAMNESE E EXAME FÍSICO                                                                                                       |                                                    |                                                                                                                                                                                     |                           |
| <p><i>Lesão perfurante M.I.E., obj-<br/>mido de presença. E<br/>cabeça ferida e dor e supostamente<br/>fratura M.I.E.</i></p> |                                                    |                                                                                                                                                                                     |                           |
| Diagnóstico Inicial                                                                                                           |                                                    |                                                                                                                                                                                     |                           |
| <p><i>Fratura? Placa Tibial E</i></p>                                                                                         |                                                    |                                                                                                                                                                                     |                           |
| S.A.D.T.                                                                                                                      |                                                    |                                                                                                                                                                                     |                           |
| <p><i>Apresenta IPAG, uma, Glucose e Creatina<br/>solicitado 19/03/18 colado 19/03/18</i></p>                                 |                                                    |                                                                                                                                                                                     |                           |
| Diagnóstico Final                                                                                                             |                                                    |                                                                                                                                                                                     |                           |
| <p><i>TRAU. PLATO TIBIAL E</i></p>                                                                                            |                                                    |                                                                                                                                                                                     |                           |
| CONDIÇÃO DE ALTA                                                                                                              |                                                    | MOTIVO DA ALTA                                                                                                                                                                      |                           |
| Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                 | Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                     |                           |
| Inalterado <input type="checkbox"/>                                                                                           | Alta a Pedido <input type="checkbox"/>             |                                                                                                                                                                                     |                           |
| Piorado <input type="checkbox"/>                                                                                              | Transferência <input type="checkbox"/>             |                                                                                                                                                                                     |                           |
| Óbito+48h <input type="checkbox"/>                                                                                            | Evasão <input type="checkbox"/>                    |                                                                                                                                                                                     |                           |
| Óbito-48h <input type="checkbox"/>                                                                                            | Indisciplina <input type="checkbox"/>              |                                                                                                                                                                                     |                           |
| bitio em: <input type="text"/>                                                                                                |                                                    | <p>Data do Internamento: 19/03/18</p> <p>Data da Alta: 21/3/18</p> <p>Local: Antônio Rodrigues de Freitas</p> <p>CRM: 7351</p> <p>CPF: 088.592.003-25</p> <p>Médico Responsável</p> |                           |



## ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

### EVOLUÇÃO

**Data/Hora**      **Profissional Evolução**  
15/03/18 08:50      JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES  
**Descrição**  
Solicitação Leito

### TEMPO DE ATENDIMENTO

| Data / Hora    | Status               | Tempo utilizado | Usuário/Estabeleciment                                                        | Observação                                                                        |
|----------------|----------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 15/03/18 08:50 | Em digitação         | 0h:0m:23s       | ANACS/HOSPITAL<br>REGIONAL PROFESSOR<br>AGAMENON<br>MAGALHAES - S.<br>TALHADA | Solicitação armazenada.                                                           |
| 15/03/18 08:51 | Aguardando Regulacao |                 | ANACS/HOSPITAL<br>REGIONAL PROFESSOR<br>AGAMENON<br>MAGALHAES - S.<br>TALHADA | Alterada situação da solicitação de EM<br>DIGITAÇÃO para AGUARDANDO<br>REGULAÇÃO. |

### DADOS CANCELAMENTO

### DADOS ALTA

### ASSISTIDO

**Data / Hora**      **Paciente Assistido**

**Usuário**

### DADOS REJEIÇÃO

### COMUNICAÇÃO ATIVA

### OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA





## ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                                     |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:<br>HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA | DATA DA SOLICITAÇÃO:<br>15/03/2018 08:50                         |
| MÉDICO SOLICITANTE:<br>JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES                                            | ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):<br>CRM - 9608 |

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                                  |                                   |                    |      |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|------|
| NOME DO PACIENTE:<br>ORIVALDO GONÇALVES DE LIMA                  | Nº DO PRONTUÁRIO:<br>424590       |                    |      |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):                                  | DATA DE NASCIMENTO:<br>01/12/1971 | SEXO:<br>Masculino |      |
| NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:<br>MARIA LUIZA DE LIMA               | TELEFONE DE CONTATO:              |                    |      |
| ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):<br>GERALDO SEVERINO DE ANDRADE, 395, |                                   |                    |      |
| MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:<br>SERRA TALHADA                        | COD. IBGE MUNICÍPIO:<br>2613909   | UF:<br>PE          | CEP: |

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                          |                    |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|
| PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:<br>FRATURA JOELHO DIREITO.                        |                    |                           |
| CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:                                                   |                    |                           |
| PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):<br>RAIO X |                    |                           |
| DIAGNÓSTICO INICIAL:<br>FRATURA NO JOELHO E                                              |                    |                           |
| CID 10 PRINCIPAL:                                                                        | CID 10 SECUNDÁRIO: | CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: |

### SINAIS VITAIS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                       |                                    |                             |                                                                |
|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------|
| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:            |                             |                                                                |
| CLÍNICA:                              | CARÁTER DA INTERNAÇÃO:<br>URGÊNCIA | DOCUMENTO:<br>(X)CNS ( )CPF | Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: |

### EXECUTANTE

|                                     |                      |
|-------------------------------------|----------------------|
| NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: | DATA DE AUTORIZAÇÃO: |
| TIPO DE LEITO:                      | ESPECIALIDADE:       |
| MÉDICO AUTORIZADOR:                 |                      |

### AUTORIZAÇÃO

|                                   |                                                     |                     |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------|
| NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: | DATA DA SOLICITAÇÃO:                                |                     |
| DOCUMENTO:<br>(X)CNS ( )CPF       | Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: | COD. ÓRGÃO EMISSOR: |



## ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

### EVOLUÇÃO

**Data/Hora**      **Profissional Evolução**  
15/03/18 08:50      JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

**Descrição**  
Solicitação Leito

### TEMPO DE ATENDIMENTO

| Data / Hora    | Status               | Tempo utilizado | Usuário/Estabeleciment                                                       | Observação                                                                  |
|----------------|----------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 15/03/18 08:50 | Em digitação         | 0h:0m:23s       | ANACS/HOSPITAL<br>REGIONAL PROFESSOR<br>AGAMENON - TALHADA<br>MAGALHAES - S. | Solicitação armazenada.                                                     |
| 15/03/18 08:51 | Aguardando Regulacao |                 | ANACS/HOSPITAL<br>REGIONAL PROFESSOR<br>AGAMENON - TALHADA<br>MAGALHAES - S. | Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO. |

### DADOS CANCELAMENTO

### DADOS ALTA

### ASSISTIDO

| Data / Hora | Paciente Assistido | Usuário                                                                      |
|-------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------|
|             |                    | ANACS/HOSPITAL<br>REGIONAL PROFESSOR<br>AGAMENON - TALHADA<br>MAGALHAES - S. |

### DADOS REJEIÇÃO

### COMUNICAÇÃO ATIVA

### OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Paciente Assistido      Usuário



Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Data:

20/03/18

Início:

Término:

Cirurgião:

Adriano

1º Auxiliar:

André

2º Auxiliar:

Antonio

Anestesista:

Severina

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Subluxação do quadril direito  
MI 6, com fratura do sacro e fratura  
MI 7, fratura da pelve lateral direita  
E com fratura por presso, fratura  
sem plano osso. fratura osso e  
cavidade da pelve direita, fratura  
ilíaca e fratura da bacia direita  
KIRSCHNER, fechamento da fratura osso  
Sutura + Curativo  
Radios copiar e colar

Antônio Rodrigues de Freitas  
CRM 7351  
CPF: 056.552.003-25

Assinatura do Cirurgião





CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

**Dra. Andreia Diniz**

ANESTESIOLOGIA -  
CLÍNICA MÉDICA - TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA

**Dr. Carlos Kennedy**

NEUROCIRURGIA - NEUROLOGIA

**Dr. Ebenone A. Silva**

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA -  
CIRURGIA DO JOELHO - USG MUSCULOESQUELÉTICO

**Dra. Martha Arruda**

GINECOLOGIA - OBSTETRICA  
ECULOROCORPORA - CITOLOGIA ONCOTICA

**Dr. Adeilson Feitosa**

MEDICINA ORTOPROTECTORA  
PARA O CONTROLE DE OBESIDADE

**Dra. Ana Carolina Sampaio**

FONOAUDILOGIA - TESTE DA ORELHINHA - AUDIOMETRIA  
CLÍNICA DE SAÚDE OCUPACIONAL

**Dr. Antônio Melo**

CLÍNICA MÉDICA - CARDIOLOGIA  
ECOCARDIOGRAFIA

**Dr. Jailson José**

REUMATOLOGISTA

**Dra. Danielly Duarte**

GINECOLOGIA - OBSTETRICA  
USG GINECOLOGIA E OBSTETRICA  
MEDICINA FETAL

ORIVALDO GONCALVES DE LIMA  
LAUDO MEDICO

HD :FRATURA DE JOELHO ESQ

CID:S 82.2

TRAUMA DO JOELHO EM ACIDENTE MOTOCICLETA

RX COM FRATURA

RELAIZADO FIXAÇÃO COM FIOS DE KIRSCHNER .

MARCHA COM CLAUDICAÇÃO .

ALTA JUNHO 2018

Serra talhada 13-07-2018

Dr. Ebenone Silva  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 15.127  
CEM - Fone: 9.9916-0117

Rua Joaquim Godoy, 393 - Centro - 56.912-450 - Serra Talhada - PE  
Fone: (87) 3831-8446 (87) 99916-0112 - e-mail: cem\_st@hotmail.com

