



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Robson da Conceição, brasileiro solteiro, portador do Identidade
PE 8955391, SD/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 134.814.614-10, residente e
domiciliado na Rua: Cochoa, Bairro do Silo, Camarões, do Povoado, PE,
CEP: 56.870-000, através
do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o
advogado.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro,
advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, inscrito no CPF/MF sob o nº 041.542.024-56,
com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-
000 - PABX: (87) 3846.1036.

PODERES: a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula
“ad judicia et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário
autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-las nas adversas,
seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, em
qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo
presente mandato, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e
fiel desempenho deste mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima
qualificado, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir,
renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos, receber, dar quitações,
levantar e receber alvará, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência
econômica, agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer com ou sem reserva de
poderes conferidos pelo presente mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

Flauto/PE 11 de dezembro de 2017

Robson da Conceição
OUTORGANTE

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



DECLARAÇÃO

Robson da Conceição, brasileiro, solteiro, residente e domiciliado em Floresta, PE, nº 8955399, SDS/PE, inscrito no CPF/MF nº 174.814.614-70, residente e domiciliado no endereço: Carreiros, Bairro do Sítio, Comunidade do Pêlo, PE CEP: 56420-000

DECLARO

que nesse momento não posso arcar com as custas e despesas desse processo, bem como honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

Floresta / PE 11 de dezembro, 2017

Robson da Conceição

Declarante



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
134.814.614-10

Nome
ROBSON DA CONCEIÇÃO

Nascimento
11/08/1994

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO **E12R31**

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO LAVARES BURIL

Robson da Conceição

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
44F10769.A7A

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às **11:58:06** do dia **30/10/2015** (hora e data de Brasília)
dígito verificador: **00**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

8.955.391 DATA DE EMISSÃO **31/07/2013**

<< ROBSON DA CONCEIÇÃO >>

<< >>

<< MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO SILVA >>

DATA DE NASCIMENTO **11/08/1994**

OPCÔ - PE

<< CN.9903 L.204 F.77 CART.OPCÔ-PE
EMI 02 09 1996 >>





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. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ERMELENDIA IRALICE ALVES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
FZ CACHOEIRA 1

CPF 292 347.944-00

BARRA DO SILVA RURAL/BARRA DO SILV
CARNAUBEIRA DA PENHA PE
56420-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO 2568291010 MÊS/ANO 03/2017

DATA DE VENCIMENTO 14/03/2017 DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA 04/04/2017

TOTAL A PAGAR (R\$) 56,30

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSION
000222911	UNICA	07/03/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
07/03/2017	2001263003	742431

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	73,0000000	0,61046368	44,56
Acrescimo Bancários AMARELA			0,34
Contribuição Iluminação Pública			7,81
Multa por atraso-NF 000209751 - 03/02/17			1,11
Multa por atraso-NF 000227592 - 06/12/16			1,20
Juros por atraso-NF 000227592 - 06/12/16			1,23
Juros por atraso-NF 000209751 - 03/02/17			0,05

TOTAL DA FATURA 56,30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (kWh)
MD09231	CA1	03-02-2017	11 144,00	07-02-2017	11 217,00	32	1,00000	73,00

HISTÓRICO DE CONSUMO			INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
MÊS/ANO			BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Geração de Energia	R\$	33,11%
MAR 17	73					Transmissão	R\$	0,61
FEV 17	91		ICMS	44,90	26,00	Distribuição (Celpe)	R\$	8,59
JAN 17	76		PIS	44,90	0,50	Perdas de Energia	R\$	2,58
DEZ 16	92		COFINS	44,90	3,25	Encargos Setoriais	R\$	4,40
NOV 16	91					Tributos	R\$	12,45
OCT 16	76					Total	R\$	44,56
SET 16	67							100%
AGO 16	61							
Jul 16	50							
JUN 16	76							
Mai 16	92							
ABR 16	106							
MAR 16	88							
TARIFAS APLICADAS						0,44106000		
RESERVADO AO FISCO						50C5 62DF 037F CBED 89BD DD1C 8F15 E68C		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.celpe.gov.br. Pagamento em atraso gera multa 2% (Res. 414/ANEE - 28/09/02) e juros 1% ao mês (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês. O cliente é compensado quando há violação na continuidade e redução do nível de tensão de fornecimento. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo destinado para os serviços de atendimento, com exceção de situações de emergência. O encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cancelado a critério de disponibilidade no ciclo em que ocorrer e suspensão.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO						As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEE 414/2002), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram disponíveis para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br	
VALOR DO CONJUNTO	VALOR DO FATOR	VALOR DO FATOR	VALOR DO FATOR	VALOR DO FATOR	VALOR DO FATOR		
126017	03/02/17	03/02/17	03/02/17	03/02/17	03/02/17		
160413	03/02/17	03/02/17	03/02/17	03/02/17	03/02/17		

Em caso de não pagamento no prazo, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, sem que o cliente seja responsável por quaisquer danos decorrentes de suspensão de fornecimento. Este consumo não substitui o envio de débitos anteriores e não gera débitos anteriores. Este consumo não substitui o envio de débitos anteriores e não gera débitos anteriores.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONJUNTO	VALOR APLICADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
DIC	6,16	1,235	24,71	49,42	220	202	231
FIC	2,00	7,82	15,64	31,28			
DMIC	3,11	6,74	0,00	0,00			
Linha DCR 16,50 EUSD - Valor do Encargado de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 15,36							

CONTA CONTRATO 2568291010 MÊS/ANO 03/2017 DATA DE VENCIMENTO 14/03/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 56,30

83870000000-1 56300011002-7 56829101010-6 06840126793-7





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0277000551**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/05/2017** às **09:51**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/2/2017** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARNAUBEIRA DA PENHA, 1 - Bairro: CENTRO - CARNAUBEIRA DA PENHA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
IRISMAR HERMELINDA ALVES (TESTEMUNHA)
ILDETE HERMELINDA ALVES (TESTEMUNHA)
ROBSON DA CONCEIÇÃO (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)

ROBSON DA CONCEIÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO SILVA** Data de Nascimento: **11/8/1994** Naturalidade: **OROCO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8955391/SDS/PE (RG), 13481461410 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87988681067**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARNAUBEIRA DA PENHA, 1, ALDEIA CACHOEIRA I - CEP: 0 - Bairro: DISTRITO DE BARRA DO SILVA - CARNAUBEIRA DA PENHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: . Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

IRISMAR HERMELINDA ALVES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **HERMELINDA IRALICE ALVES** Pai: **SEVERINO ANANIAS DE SENA** Data de Nascimento: **12/10/1993** Naturalidade: **CARNAUBEIRA DA PENHA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8559567/SDS/PE (RG), 10064351408 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87988670765**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARNAUBEIRA DA PENHA, 1, ALDEIA CACHOEIRA I - CEP: 0 - Bairro: DISTRITO DE BARRA DO SILVA - CARNAUBEIRA DA PENHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ILDETE HERMELINDA ALVES (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ERMELINDA IRALICE ALVES** Pai: **SEVERINO ANANIAS DE SENA** Naturalidade: **CARNAUBEIRA DA PENHA / PERNAMBUCO /**

12/05/2017

BRASIL Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones
Celulares:
- **87988093705**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARNAUBEIRA DA PENHA, 1, ALDEIA CACHOEIRA I - CEP: 0 - Bairro:
DISTRITO DE BARRA DO SILVA - CARNAUBEIRA DA PENHA/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/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE NA NOITE DO FATO CAMINHAVA DA ALDEIA COM DESTINO A CIDADE DE CARNAUBEIRA E NA ESTRADA FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA QUE O ATINGIU COM O GUIDÃO BATENDO EM SEU BRAÇO E JOGANDO-O AO CHÃO DEVIDO A FORÇA DO IMPACTO, O CONDUTOR DA MOTO CONTUDO NÃO CHEGOU A CAIR E FOI EMBORA SEM PRESTAR NENHUM SOCORRO PRA VITIMA, QUE SOFREU FERIMENTOS NA CABEÇA E NO PUNHO DA MÃO ESQUERDA, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR TRANSEUNTES QUE O LEVARAM PAR O HOSPITAL DE CARNAUBEIRA, CONFORME CONSTA DO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO DE EMERGENCIA DAQUELA UNIDADE SE SAÚDE, DEVIDO A LESÃO SOFRIDA NO PUNHO A VITIMA PRECISOU A POSTERIOR SER ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL SÃO VICENTE QUE FICA NA CIDADE DE SERRA TALHADA, ONDE FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRURGICA. A VITIMA ENCONTRA- SE ATUALMENTE FAZENDO TRATAMENTO DE FISIOTERAPIA PARA RECUPERAR OS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.

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

ROBSON DA CONCEIÇÃO *Robson da concei ção*
(VITIMA)

IRISMAR HERMELINDA ALVES *Irismar Hermelinda Alves*
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **JOSIMAR JOSE DA SILVA** - Matrícula: **350793-9**



SINISTRO 3170309042 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ROBSON DA CONCEICAO**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**BENEFICIÁRIO** ROBSON DA CONCEICAO**CPF/CNPJ:** 13481461410**Posição em 27-06-2017 08:08:40**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 4.725,00

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
28/06/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3

Identificação do Paciente

NUMERO DO DOCUMENTO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

8 9 8 0 0 4 5 2 5 6 3 9 6 8 9

NOME ATEND.

6 - SIS PRE NATAL

7 - SENHA/REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

0132902

9 - NOME DO PACIENTE

ROBSON DA CONCEIÇÃO

10 - DATA DE NASCIMENTO

11/08/1994

11 - SEXO

Masc ☒ Fem ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO SILVA

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

FAZENDA CACHOEIRA Lim. 0 - ZONA RURAL

DDD 13 - TELEFONE (DI. CONT.)

8 7 8 8 6 7 0 7 6

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CARNAUBEIRA DA PENHA

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

260392

17 - UF

PE

18 - CEP

5 6 4 2 0 0 0

19 - HISTÓRIA CLÍNICA - EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Doença hipertensiva MTE, de fase grave, necessitando de tratamento com medicamentos e exames, além de suporte físico e psicológico MTE

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

Exames de sangue e urina

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Insuficiência renal crônica

22 - CID-10 PRINCIPAL

5528

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID-10 SECUNDÁRIO

25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

TRAUMATOLOGIA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

01

30 - DOCUMENTO

1 - CNS 1 X 1 CPF

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

0 5 6 5 5 2 0 0 3 2 5 1 1

32 - ASSINATURA DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

Assinatura de Antonio Pereira da Silva

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

01/03/17

34 - ASSINATURA E CARIMBO DO LÍDER MEDICO

Assinatura de Mauciana Pereira Berreira

CPF: 0 1 4 3 9 4 4 1

C - 1637

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - 1 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - 1 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SE RH

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CIBOR

44 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO 1 - EMPREGADOR 1 - AUTÔNOMO 1 - DESEMPREGADO 1 - APOSENTADO 1 - NÃO SEGURO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

46 - COD. ORGÃO EMISSOR

M261390001

47 - DOCUMENTO

1 - CNS X 1 CPF

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

4 3 5 3 4 0 8 2 4 0 0

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1 1

50 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Assinatura de No Pereira de Andrade Melo

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603

Médico Autorizador

XI GERES

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

26131047729

MOTIVO DA ALTA

02

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

01

DATA DA INTERNAÇÃO

01.03.17

DATA DA ALTA

04.03.17



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL SÃO VICENTE
2 - CNES
2 3 5 1 6 5 3
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL SÃO VICENTE
4 - CNES
2 3 5 1 6 5 3

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
8 9 8 0 0 4 5 2 5 6 3 9 6 8 9
6 - SIS PRE NATAL
7 - SENHA/REGULAÇÃO
8 - N° DO PRONTUÁRIO
0132902
10 - DATA DE NASCIMENTO
11/08/1994
11 - SEXO
Masc ☒ Fem ☐
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO SILVA
13 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)
FAZENDA CACIOTIRA Lim. 0 - ZONA RURAL
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
CARNAUBEIRA DA PENHA
16 - COD. IBGE MUNICÍPIO
260392
17 - UF
PE
18 - CEP
5 6 4 2 0 0 0 0

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA - EXAME FÍSICO
Doença hipertensiva, de longa duração, com hipertensão arterial sistólica e diastólica, com supressão parcial MSE.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Hx hipertensiva e APH, 3 h.

DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Hipertensão arterial sistólica e diastólica.

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

22 - CID - 10 PRINCIPAL
55.28
23 - CID - 10 SECUNDÁRIO
24 - CID - 10 SECUNDÁRIO
25 - CID - 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRICÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Atendimento
27 - COD. DO PROCEDIMENTO
040509407
28 - CLÍNICA
TRAUMATOLOGIA
29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
01
30 - DOCUMENTO
1
31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
0 5 6 5 5 2 0 0 3 2 5
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
01/03/17
34 - ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO
Mauriciana Pereira Berreia
CPF: 01.14.394.41
CNS: 16277

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
36 - 1 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
37 - 1 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
38 - CNPJ DA SEGURADORA
39 - Nº DO BILHETE
40 - SE RH
41 - CNPJ DA EMPRESA
42 - CNAE DA EMPRESA
43 - CHOR
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
1 - EMPREGADO 2 - EMPREGADOR 3 - AUTÔNOMO 4 - DESEMPREGADO 5 - APOSENTADO 6 - NÃO SEGURADA

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO
46 - COD. ORGÃO EMISSOR
M261390001
47 - DOCUMENTO
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
4 3 5 3 4 0 8 2 4 0 0
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
50 - ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO DO CONSELHO
Mário Pereira de Andrade Melo
CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603
Médico Autorizador
X GERES
51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHH)
261710477295
MOTIVO DA ALTA
02
CARÁTER DA INTERNAÇÃO
02
DATA DA INTERNAÇÃO
01.03.17
DATA DA ALTA
04.03.17



BOLETIM DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

DATA: 25/02/17 HORA ATENDIMENTO: 22:00 Nº DO REGISTRO: _____
 NOME: Robson da Conceição SEXO: MASC () FEM ()
 IDADE: 22 DT NASC: 13/08/1994 COR: _____ INDIO: SIM (X) NÃO () ÉTNIA: AUKUM
 MÃE: Maria da Socorro da Conceição SILVA
 PAI: _____
 CNS Nº: 898004525639689 R.G.Nº: 8955391 CPF Nº: 134814614-10
 ENDEREÇO: Av. Saldanha I Nº: _____
 BAIRRO: Zona Rural CIDADE: Carnaubeira da Penha
 PROFISSÃO: Agricultor ESTADO CIVIL: Solteiro
 RESPONSÁVEL/ACOMPANHANTE: _____
 CONTATO: _____
 NATURALIDADE: OROCO - PE
 S. VITAIS: T: _____ °C, FR: _____ RPM: FC _____ BPM: PA _____ mmhg; PESO: _____ KG; HGT: _____ mg/dl
 TIPO DE ATENDIMENTO: Clínico (); Pediátrico (); Obstétrico (); Cirúrgico (); Acid. De Trabalho (); Acid. Automobilístico ();
 Agressão (); Psiquiátrico (); Outros ()

HISTÓRICO DO PACIENTE

pac. vítima de acidente de motocicleta, apresentando
 fratura fechada em punho (E)
 Diagnóstico: _____ CID: _____

CONDUTA REALIZADA/EXAME CLÍNICO

imobilização do punho
 Procedimento: _____ Código: _____

MEDICAÇÃO PRESCRITA

1 Voltaren 75mg a/c (E)

Assinatura e Carimbo Médico (a)

Assinatura e Carimbo Enfermeiro (a)

Assinatura e Carimbo Tec/Aux Enfermagem

Robson da Conceição

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Francineide Cicero da Silva

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA

Joseilma de Araújo da Silva Moraes
 Diretora Administrativa
 Portaria 09/17



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO
26/02/2017 11:18

ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS

CRM - 7351

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ROBSON DA CONCEIÇÃO

Nº DO PRONOME
295771

11/08/1994

SEXO

Masculino

MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO SILVA

ALDEIA CACHEIRA I - ZONA RURAL

CARNAUBEIRA DA PENHA

2603926

PE

PER

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

FRATURA 1/3 DISTAL RADIO E.

FRATURA 1/3 DISTAL RADIO E.

FRATURA 1/3 DISTAL RADIO E.

FRATURA 1/3 DISTAL RADIO E.

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

FRATURA 1/3 DISTAL RADIO E.

FRATURA 1/3 DISTAL RADIO E.

URGÊNCIA

URGÊNCIA

(X) CNS () CDF

PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

EXECUTANTE

FRATURA 1/3 DISTAL RADIO E.

DATA DE AUTORIZAÇÃO

FRATURA 1/3 DISTAL RADIO E.

FRATURA 1/3 DISTAL RADIO E.

AUTORIZAÇÃO

FRATURA 1/3 DISTAL RADIO E.

DATA DA SOLICITAÇÃO

(X) CNS () CDF

PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

CDU - ORGÃO EMISSOR

256706

ESCLARECIMENTOS



Data do Atendimento: 01/03/2014 N° Registro: 0132902

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Robson da Conceição

Data Nascimento: 11/08/1992 Idade: 22 Sexo: M Cor:

Estado Civil: Solteiro Profissão: Agricultor Naturalidade: Brasileira

Filiação: Pai: mãe Constan Mãe: Maria do Socorro da Conceição

Endereço (av., rua, etc.): Fazenda Carlosina em N°: S/N Apto.:

Bairro: Zona Rural Cidade: Lameira Pinda PE Telefone: (87) 8867-0765

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA

Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Outros Acidentes ☐ Agressão ☐

Suicídio ☐ Casual ☐ Outros ☐

Nome do Acompanhante: Telefone para Contato:

Endereço (av., rua, n.º, Etc):

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Lesões múltiplas MSE +
deficiência preloca
Antebraço E, cebra, dor e
Sintoma de dor MSE

Diagnóstico Inicial Fratura do antebraço e

S.A.D.T.

Diagnóstico Final

CONDIÇÕES DE ALTA

Melhorada ☒
Inalterado ☐
Piorado ☐
Óbito + 48 h ☐
Óbito - 48 h ☐

MOTIVO DA ALTA

Decisão Médica ☒
Alta a Pedido ☐
Transferência ☐ LOCAL
Evasão ☐
Indisciplina ☐

Data do Internamento: 01, 03, 17
Data da Alta: 04, 03, 17
Local: / /

Óbito em: / /

Antonio Rodrigues de Freitas
CPF 000.552.003-25 CRM: 7351

Médico Responsável



Data: 03/03/17		Início:		Término:	
Cirurgião: André	1.º Auxiliar: Nelsonio	2.º Auxiliar:		Anestesista: Carlos	
Descrição Cirúrgica Soli pueri... US # 1... + Manipulação... Redução e Fixação... OU Fios KIRSCHMANN e Definitivo + Tabela tipo... [Assinatura]					
Antonio Rodrigues de Freitas CPF: 000.552.003-26 CRM: 7351					
Assinatura do Cirurgião					

