



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Dimailson Freire da Silva Junior, brasileiro, solteiro, nato-
nista, portador do RG nº 7.493.452-9/PE, inscrito no CPF
nº 079.376.884-59, residente e domiciliado Rua Antonio
Luiz de Farias 29, Centro, Florista - PE, 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.

Florista 19 de Fevereiro de 2019

X Dimailson Freire da S. Junior

OUTORGANTE

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



DECLARAÇÃO

Dirmailson Freire da Silva Junior, brasileiro, solteiro, mar-
teloquista, portador do RG Nº 7.793.452 SSP/PE, inscrito no CPF
Nº 079.376.884-59, residente e domiciliado a Rua: Antônio Farias
de Farias nº 29, Centro, Floresta - PE, **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 19 de Fevereiro de 2019.

Dirmailson Freire da S. Junior
Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
DIMAILSON FREIRE DA SILVA JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
7793452 SDS PE

CPF
079.376.884-59

DATA NASCIMENTO
25/04/1990

FILIAÇÃO
DIMAILSON FREIRE DA SILVA
IVONE GONCALVES DE SOUZA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
04984809481

VALIDADE
30/05/2019

HABILITAÇÃO
15/07/2010

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada
MOTOTAXISTA

Assinatura do Portador
Dimailson Freire da Silva Junior

LOCAL
PETROLINA - PE

DATA EMISSÃO
07/07/2014

Assinatura do Emissor
26575986990
PRO60053771

DETRAN - PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
962281587

PROIBIDO PLASTIFICAR
962281587





QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome: Quimailson Freire da Silva Junior

Loc. Nasc.: Florência - PE Est.: PE Data: 25/04/1990

Filiação: Quimailson Freire da Silva

Dono Genesalys da Souza

Doc. Nº: RG: 7793452 SP5-PE Exp.: 15/04/105

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / Estado: PE

Obs.: 25/11/2009 SRTE Petrolina-PE

Data Emissão: 25/11/2009

Assinatura do Funcionário: Haroldo Magalhães de Carvalho Mat. 269512-0

10

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

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

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

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

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



11

DEPENDENTES

[illegible]

CARTEIRAS ANTERIORES

[illegible]

12

03.084.999/0004-95
 Empregador **P. R. DISTRIBUIDORA DE BEBIDAS E ALIMENTOS LTDA**
 CNPJ/MF **RODOVIA BR 428 N° 415**
 Rua **DOM AJELA**
 Município **CEP: 55.300-000** Est. **PETROLINA-PE**
 Esp. do estabelecimento
 Cargo **Atendente Int. RAO**
 CBO nº **783210**
 Data admissão **10** de **Março** de **2019**
 Registro nº Fls./Ficha **000667**
 Remuneração especificada **R\$ 54,00**
Sumário (Quatro meses)
P. R. DIST. DE BEB. E ALIMENTOS LTDA
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída **05** de **Março** de **2019**
P. R. DIST. DE BEB. E ALIMENTOS LTDA
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD nº

MON

CNP

End:

CEN

CEP

Muni

Carg

CBC

Data

Regi

Rem

Hum

VISA PACINA 42

1º

Da

X

1º

Co

13

CONTRATO DE TRABALHO**MONICA MARIA SALES GAMEIRO DE MOURA**

CNPJ/CEI: 0485601544/15

End: RUA DOUTOR GERALDO ESTRELA, 50 -
CENTRO

CEP: 56304180

Município: Petrolina - UF: PE

Cargo: MOTORISTA PARTICULAR

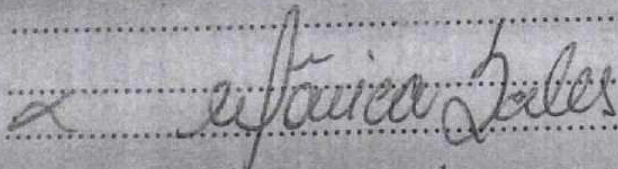
CBO: 7823-05

Data de Admissão : 02/01/2015

Registro Nº :

Remuneração específica: R\$ 1.200,00

Hum Mil e Duzentos Reais



Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

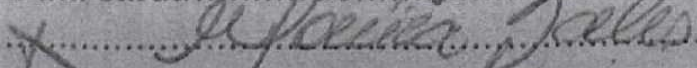
2º

Data saída

22 de abril

de

2017



Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

2º

Com. Dispensa CD nº



14

MONICA MARIA SALES GAMEIRO DE MOURA
CPF 485.601.544-34

End: RUA DOUTOR GERALDO ESTRELA, 50 -
CENTRO

CEP: 56304180

Município: Petrolina - UF: PE

Cargo: JARDINEIRO

CBO: 6220-10

Data de Admissão : 11/07/2017

Registro N° :

Remuneração específica: R\$ 1.100,00

Hum Mil e Cem Reais

Monica Sales
MONICA MARIA SALES GAMEIRO DE MOURA

1º 2º
Data saída *22* de *maio* de *2018*

X *Monica Sales*
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD nº



15

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

CNPJ/MF.....

Rua.....

Nº.....

Município.....

Est.....

Esp. do estabelecimento.....

Cargo.....

CBO nº.....

Data admissão.....

de.....

de.....

Registro nº.....

Fls./Ficha.....

Remuneração especificada.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º.....

2º.....

Data saída.....

de.....

de.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º.....

2º.....

Com. Dispensa CD nº.....



DADOS DO CLIENTE
LUCIANA PEREIRA DE SOUZA SA GOMES

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO FIRMO DE FERRAZ, 29

CPF 075 865 384-38 NIS 20716745794

CENTROFLORESTA
FLORESTA FE
56400-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL D44478101	SERIE UNICA	EMISSÃO 27/12/2018
APRESENTAÇÃO 27/12/2018	Nº DO CLIENTE 2010624933	Nº DA INSTALAÇÃO 5192285

CONTA CONTRATO
7003272472
MÊS/ANO
12/2018
DATA DE VENCIMENTO
07/01/2019
DATA DE CANCELAMENTO OU DATA DE CANCELAMENTO
25/01/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)
29,07

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,18441265	5,53
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	64,00000000	0,31613599	20,23
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,05
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,33
Multa por atraso-NF 036999291 - 25/10/18			0,52
Juros por atraso-NF 036999291 - 25/10/18			0,26
Atualização IGPM-NF 036999291 - 25/11/18			0,19
TOTAL DA FATURA			

TOTAL DA FATURA

29.07

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MECENAR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR DATA LEITURA	ATUAL DATA LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
001009880		26-11-2019 17 026,00	27-12-2019 17 030,00	31	1 00000		34 02

RESUMO DO CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWh)
DEZ 18	94
NOV 18	92
OUT 18	86
SET 18	73
AGO 18	74
JUL 18	166
JUN 18	257
MAI 18	258
ABR 18	263
MAR 18	180
FEV 18	123
JAN 18	120
DEZ 17	147

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	25,01	0,78	1,96
PIS	25,01	0,31	0,78
COFINS	25,01	3,51	0,88

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	16,44	64,31%
Transmissão	1,39	5,55%
Distribuição (Cabo)	7,81	30,85%
Perdas de Energia	2,49	9,85%
Energias Setoriais	1,15	4,46%
Tributos	1,13	4,38%
Total	25,51	100%

Consumo Atual: 304 kWh
Consumo: 4200 superior a 1000 kWh

TARIFAS APLICADAS

0,1729950
0,3021260

RESUMO DO CONSUMO

RESUMO DO CONSUMO

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

ENTRADA DE CONTAS EM ABERTO

Vencido	Debitado	Credito	Vencido	Debitado
03/02/15	07/02/15	08/02/15	09/02/15	10/02/15

Este comunicado não substitui a lista de pedidos anteriores e NÃO contém pedidos em discussão judicial. Caso o suspenso do recolhimento permitia por dois ciclos de julgamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 9º, item 4.1.1.1.1. Poderá ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de crédito no Art. 9º, item 4.1.1.1.1. Poderá ocorrer inclusão nos registros de crédito no Art. 9º, item 4.1.1.1.1.

As condições gerais de
414/2010, tarifas, produtos,
serviços prestados e tributos, se
encontram à disposição, para
consulta, em nossas unidades de
atendimento e no site
www.casa.com.br

CONJUNTO	TEMPO ANULADO (h)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
GRD	0,00	5,91	11,82	23,64
RIC	0,00	3,36	6,72	13,45
DMDC	2,00	3,48	0,00	0,00

LIMITE DIÁRIO 12,22

Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição em R\$ 1,2

NÍVELS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

CONTA CONTRATO 7003272472 MÊS/ANO 12/2018 DATA DE EMISSÃO 07/01/2019 TOTAL A PAGAR (R\$)

838600000000-0 29070011007-9 00327247210-1 15295321623-2





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. **18E0277001486**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/11/2018** às **13:03**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **20/9/2018** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BELEM DE SAO FRANCISCO, 01, BR 316 (PRÓXIMO ÀS PLACAS DA ENTRADA, VINDO DE FLORESTA)** - Bairro: **CENTRO - BELEM DE SAO FRANCISCO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
DIMAILSON FREIRE DA SILVA JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DIMAILSON FREIRE DA SILVA JUNIOR

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

DIMAILSON FREIRE DA SILVA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IVONE GONÇALVES DE SOUZA** Pai: **DIMAILSON FREIRE DA SILVA** Data de Nascimento: **25/4/1990** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7793452/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares: **- 87996534540**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 24, RUA BELÉM DO SÃO FRANCISCO - CEP: 0 - Bairro: CAITANO I - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DIMAILSON FREIRE DA SILVA JUNIOR**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OIP0042** (PERNAMBUCO/FLORESTA) Renavam: **454343396** Chassi: **9C2KD0550CR547327**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012**

Complemento / Observação

RELATA O SENHOR DIMAILSON QUE QUANDO ESTAVA ENTRANDO NA CIDADE DE BELÉM DO SÃO FRANCISCO, VINDO DE FLORESTA, JÁ PRÓXIMO DAS PLACAS, ACABOU SOFRENDO UM ACIDENTE AO SE CHOCAR UM COM JUMENTO NA PISTA. NADA MAIS DECLAROU.

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



DIMAILSON FREIRE DA SILVA JUNIOR
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **EDVALDO FERREIRA GOMES FILHO** - Matrícula: **3874761**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 187ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORESTA - DP 187ª CIRC DINTER 2/22ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0277001499**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/11/2018** às **10:03**

Complementa o BO Número: **18E0277001486**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **20/9/2018** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BELEM DE SAO FRANCISCO, 1, BR 316 (PRÓXIMO ÀS PLACAS DA ENTRADA, VINDO DE FLORESTA)** - Bairro: **CENTRO - BELEM DE SAO FRANCISCO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
GILBERTO DE SOUZA (OUTRO)
DIMAILSON FREIRE DA SILVA JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DIMAILSON FREIRE DA SILVA JUNIOR

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

DIMAILSON FREIRE DA SILVA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IVONE GONÇALVES DE SOUZA** Pai: **DIMAILSON FREIRE DA SILVA** Data de Nascimento: **25/4/1990** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7793452/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares: **- 87996534540**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 24, RUA BELÉM DO SÃO FRANCISCO - CEP: 0 - Bairro: CAITANO I - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

GILBERTO DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALTINA MARIA DE SOUZA** Data de Nascimento: **20/11/1974** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PETROLINA, 131, RUA MAR DO JAPAO - CEP: - Bairro: - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GILBERTO DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DIMAILSON FREIRE DA SILVA JUNIOR**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OIP0042 (PERNAMBUCO/FLORESTA)** Renavam: **454343396** Chassi: **9C2KD0550CR547327**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012**



Complemento / Observação

RELATA O SENHOR DIMAILSON QUE QUANDO ESTAVA ENTRANDO NA CIDADE DE BELÉM DO SÃO FRANCISCO, VINDO DE FLORESTA, JÁ PRÓXIMO DAS PLACAS, ACABOU SOFRENDO UM ACIDENTE AO SE CHOCAR UM COM JUMENTO NA PISTA. NADA MAIS DECLAROU.

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

**DIMAILSON FREIRE DA SILVA JUNIOR
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **DIEGO THYAGO DE MELO LINS** - Matrícula: **3876691**



INISTRO 3180553525 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** DIMAILSON FREIRE DA SILVA JUNIOR**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA**

EXCELSIOR DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO DIMAILSON FREIRE DA SILVA JUNIOR**CPF/CNPJ:** 07937688459**Posição em 04-02-2019 11:05:52**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº _____

DATA: 20/08/18		HORA: 07:10		CARTÃO SUS: 700.0099.7466 7506	
NOME: Osmailson Freire da S. Junior.					
DATA NASCIMENTO: 25/04/90	IDADE: 28	SEXO: M	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Agricultor	
MÃE: Ivone Gonçalves de Souza					
PAI: Osmailson Freire da Silva					
ENDEREÇO: Rua Belem do São Francisco				BAIRRO: Celário	
MUNICÍPIO: Floresta		FONE:	CPF:	RG:	
RAÇA/COR:	BRANCA	PRETA	PÁRDA	AMARELA	INDÍGENA
P.A:	PULSO:	HGT:	TEMP:	PESO:	
CURATIVO	APLICAÇÃO MEDICAMENTO	RX	IMOBILIZAÇÃO	ECG	SUTURA
VÍTIMA DE ACIDENTE:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL <i>Y Vanderleia da Silva</i>		
MORDIDA DE ANIMAIS:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
HISTÓRIA E EXAME FÍSICO: Paciente vítima de acidente de moto trazido por ambulância de Belem do São Francisco. Referindo dor intensa em punho de mão esquerda, segundo o mesmo foi medicado no hospital de Belem, foi encaminhado para Salgueiro mas recusou. Realizou RX de mão E. Mudo de mão E. <i>ECG 15.0</i>					
TRATAMENTO: <i>ADICIONAR</i> RX: Fratura de rádio distal E					
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: <i>Fratura de rádio distal</i>			CARIMBO E ASSINATURA: Severino Ferraz Carvalho Médico CRM - PE: 17806 <i>HOSPAM 5517636</i>		
DESTINO DO PACIENTE:	INTERNADO	RESIDÊNCIA	TRANSFERIDO	<input checked="" type="checkbox"/> EVASÃO	
REMOVIDO PARA HOSPITAL:			HORA:	SENHA:	



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº:

137

Data: 20.09.2018

Hora: 18:46

Nome: Dâmailson Freire da Silva Júnior

Nome Social: Profissão: agricultor

Nascimento: 25.04.90

Sexo: m.

Estado Civil: solteiro

Escolaridade: 1º grau

Responsável: Vanderleide

Mãe: Ivone Cyrovalves de Souza

Endereço: R. Belém de São Francisco 24.

Bairro: Castelo 01

Município: Florência PE Fone: 9.9653.4540

Cartão SUS: 700 0099.7466.7504. RG/CPF: 7 7.93.452

Raça/Cor:

Branca

Preta

Parda

Amarela

Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Ador h misto

Tratamento:

Curativo

f

x enat

1.02

Hipótese Diagnóstica:

fratura exposta de

calcâneo - 7.1.12

paciente, em lista ortopédica

Carimbo e Assinatura:

Dr. José Inare M. B. Guimarães

Médico Ortopedista

CRP 325 714.964-68 CRM 9608





PREFEITURA MUNICIPAL DO BELÉM DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL JR. JOSÉ ALVENTINO LIMA PERNAMBUCO
RUA DOS ARTÍFICES, Nº 277 - CENTRO
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro nº _____
Data: 20/09/18
Hora: _____

Unidade de Saúde: _____

PACIENTE	Nome:	<u>Dimailson Freire da Silva Junior</u>			
	Data de Nascimento:	Idade:	Sexo:	Estado: Civil:	Profissão:
	<u>29/10/199</u>	<u>28 anos</u>	<u>M</u>		
	1 PIS/PASEP Nº	2 Identidade Nº	3 Reg. Nasc. Nº	4 CPF Nº	
			<u>700009974667504</u>		
	Naturalidade:	Residência:		Nº	
	<u>Floresta</u>	<u>Floresta</u>			
	Bairro/Distrito:	Cidade:	Estado:	Telefone:	
		<u>Floresta</u>	<u>PE</u>		
RESPONSÁVEL	Filiação:	Pai:	Mãe:		
			<u>IVonne G. de Souza</u>		
	Endereço:	<u>Rua Belém S. Francisco N= 506</u>			
	Nome do Responsável:				
	1 PIS/PASEP Nº	2 Identidade Nº	3 Reg. Nasc. Nº	4 CPF Nº	
	Endereço:	Nº	Cidade:	Estado:	
Ocorrência	Local do Acidente:		Data: ____/____/____		Hora: ____:____
	Natureza do Acidente	<input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Acid. de Trabalho	<input type="checkbox"/> Acid. de Trânsito <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio <input type="checkbox"/> Outras	
	Atendimento:	<input type="checkbox"/> Clínico	<input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgico		
	História da Doença Atual:	<u>Paciente refere dor de Mto e</u> <u>apresenta dor e deformidade em Arte. braga e</u> <u>do.</u>			
Atenção Médica	EXAME - FÍSICO				
	Pressão Arterial:	<u>130x90</u>	Pulso:	Temperatura:	Peso:
	<u>Glicose 108</u>				
Diagnóstico Provisório: <u>Fratura de Arte. Braga Esquerda</u>					



Dr. Joerval de B. Carvalho
Medico
CRM-PE: 16.157

Transferido para: _____

Diagnóstico Definido: _____

Observações:

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	DATA DA SOLICITAÇÃO:
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	21/09/2018 11:57
MÉDICO SOLICITANTE:	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES	CRM - 9608

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:	Nº DO PRONTUÁRIO:
DIMAILSON FREIRE DA SILVA	490728
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO:
	25/04/1990
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:	SEXO:
IVONE GONÇALVES DE SOUSA	Masculino
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):	TELEFONE DE CONTATO:
BÉLEMDE SÃO FRANCISCO, 24, CAETANO	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	CÓD. IBGE MUNICÍPIO:
FLORESTA	2605707
	UF:
	PE
	CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
ACT, COM FRATURA DE GALEAZZI
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):
RAIO X
DIAGNÓSTICO INICIAL:
FRATURA DE GALEAZZI ESQUERDA
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:
	URGÊNCIA
DOCUMENTO:	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:
(X) CNS () CPF	

EXECUTANTE

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

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	DATA DA SOLICITAÇÃO:
DOCUMENTO:	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
(X) CNS () CPF	13347
Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	

ESCLARECIMENTOS





Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 24/09/2018		Atendimento: 0000997		Quarto/leito: 202 / 3	
Paciente: 00008796 - DIMAILSON FREIRE DA SILVA JUNIOR					
Data Nasc: 25/04/1990		Idade: 28 Anos		Sexo: Masculino	
Estado Civil: Solteiro		Profissão:		Naturalidade: FLORESTA	
Nacionalidade: BRASILEIRO		Nome Mãe: IVONE GONCALVES DE SOUZA		Nome Pai:	
Endereço: RUA ANTONIO FIRMO DE FERRAZ, 29		- CENTRO		- FLORESTA - PE	
Telefones: () . / () . / (87) 9965.34540					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Trânsito ()		Acidente de Trabalho ()		Outros Acidentes ()	
Suicídio ()		Casual ()		Outros ()	
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: ()			
Endereço Acompanhante:					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FÍSICO:					
TRAUMA ANTÉRIO @ CÍVIL EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL.					
Diagnóstico Inicial: TRAUMA - LUXAÇÃO GALLEZZI ATB @					
SADT:					
Diagnóstico Final: Trauma - luxação Galleazzi @					
Condição de Alta		Motivo de Alta		Data do Internamento: 24, 9, 18	
Melhorada (x)		Descrição Médica (x)		Data da Alta: 26 / 09 / 18	
Inalterado ()		Alta a Pedido ()		Local: _____	
Piorando ()		Transferência ()		Parto: Aureliano / Medico de Curato	
Obito + 48h ()		Evasão ()		CPF: 024.823.254-30 CRM: 10538	
Obito - 48h ()		Indisciplina ()		Medico Responsavel	
Obito em ____ / ____ / ____					
Hora: _____					



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora	Profissional Evolução
24/09/18 09:14	GLISSIA OLIVEIRA PAIXAO E SILVA
Descrição	SIC COM MARCIONE, PACIENTE AGUARDA VAGA DE CONVENIO. NO MOMENTO SEM VAGA PARA OFERTAR APOS BUSCA NA REDE PUBLICA E CONVENIADA.
Data/Hora	Profissional Evolução
23/09/18 10:33	SILVANIA BELMIRO DA SILVA
Descrição	SEG ENFª JULIANA INFORMA QUE PACIENTE AGUARDA VAGA DE CONVENIO. NO MOMENTO SEM VAGA PARA OFERTAR APOS BUSCA NA REDE PUBLICA E CONVENIADA.
Data/Hora	Profissional Evolução
22/09/18 12:28	MARILIA ALVES PEREIRA CARNEIRO
Descrição	ENFª MARCIONE CARVALHO INFORMA: PACIENTE ESTÁVEL, PERMANECE AGUARDANDO VAGA DE CIR. ORTOPÉDICA, NO MOMENTO SEM DISPONIBILIDADE.
Data/Hora	Profissional Evolução
21/09/18 12:41	LEILAH ANDRADE DE FRANCA
Descrição	NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGAS PARA OFERTAR, APÓS BUSCA ATIVA NAS REDES PÚBLICAS E CONVENIADAS AO SUS.
Data/Hora	Profissional Evolução
21/09/18 11:57	JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES
Descrição	Solicitação Leito

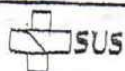
TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
21/09/18 11:57	Em digitação	0h:1m:56s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
21/09/18 11:59	Aguardando Regulacao	0h:39m:34s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
21/09/18 12:38	Aguardando Regulacao	0h:0m:25s	MARCELA.GURGEL/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: MARCELA.GURGEL solicitação: 490728
21/09/18 12:39	Regulado	0h:3m:50s	MARCELA.GURGEL/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO.
21/09/18 12:42	Aguardando Disponibilidade		LEILAH.FRANCA/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA





Sistema Ministério
União da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital São Vicente

2. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital São Vicente

Identificação do Paciente

3. NOME DO PACIENTE

Danielson Frêre da Silva Junior

4. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70100099AA16167508

5. DATA DE NASCIMENTO

25/01

6. SEXO

Masculino

Feminino

7. RAÇA/COR

8. NOME DA MÃE

Ilvane Gonçalves de Souza

9. NOME DO RESPONSÁVEL

Rua João Fúria de Farias
Floresta

10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12. CID, IBSG MUNICÍPIO

13. UF

14. CEP

15. N° DO PRONTUÁRIO

16. TELEFONE DE CONTATO

17. TELEFONE DE CONTATO

18. TELEFONE DE CONTATO

19. TELEFONE DE CONTATO

20. TELEFONE DE CONTATO

21. TELEFONE DE CONTATO

22. TELEFONE DE CONTATO

23. TELEFONE DE CONTATO

24. TELEFONE DE CONTATO

25. TELEFONE DE CONTATO

26. TELEFONE DE CONTATO

27. TELEFONE DE CONTATO

28. TELEFONE DE CONTATO

29. TELEFONE DE CONTATO

30. TELEFONE DE CONTATO

31. TELEFONE DE CONTATO

32. TELEFONE DE CONTATO

33. TELEFONE DE CONTATO

34. TELEFONE DE CONTATO

35. TELEFONE DE CONTATO

36. TELEFONE DE CONTATO

37. TELEFONE DE CONTATO

38. TELEFONE DE CONTATO

39. TELEFONE DE CONTATO

40. TELEFONE DE CONTATO

41. TELEFONE DE CONTATO

42. TELEFONE DE CONTATO

43. TELEFONE DE CONTATO

44. TELEFONE DE CONTATO

45. TELEFONE DE CONTATO

46. TELEFONE DE CONTATO

47. TELEFONE DE CONTATO

48. TELEFONE DE CONTATO

49. TELEFONE DE CONTATO

50. TELEFONE DE CONTATO

51. TELEFONE DE CONTATO

52. TELEFONE DE CONTATO

53. TELEFONE DE CONTATO

54. TELEFONE DE CONTATO

55. TELEFONE DE CONTATO

56. TELEFONE DE CONTATO

57. TELEFONE DE CONTATO

58. TELEFONE DE CONTATO

59. TELEFONE DE CONTATO

60. TELEFONE DE CONTATO

61. TELEFONE DE CONTATO

62. TELEFONE DE CONTATO

63. TELEFONE DE CONTATO

64. TELEFONE DE CONTATO

65. TELEFONE DE CONTATO

66. TELEFONE DE CONTATO

67. TELEFONE DE CONTATO


68. TELEFONE DE CONTATO

69. TELEFONE DE CONTATO

70. TELEFONE DE CONTATO



Hospital São Vicente

Data Atend: 24/09/2018	Atendimento: 0000997	Quarto/leito: 202 / 3
Paciente: 00008796 - DIMAILSON FREIRE DA SILVA JUNIOR		
Cirurgia Realizado:		N. do Procedimento:
OSTEOSINTESE RATO (E)		0408020458.
Data: 25/09/18	Início:	Término
Cirurgião: ADRIEL B.		
1º Auxiliar: PEDRO A.		
2º Auxiliar:		
Anestesista: DURAND		
DESCRIÇÃO CIRURGICA:		
1) PCTE EM ODH 2) ALPERIA/ANTISSEPTICA 3) POSICIONAMENTO ESTAT. FIMEST. 4) INCISAO POSTERIOR ATR (E) 5) ABERTURA PR PLANT 6) REDUÇAO CARENÇA 7) FIXAÇÃO C/ PIRCA DEL 354 PLANTASOT 8) LHO C/ F.O. 3. 9) SUTURA + CURATIVO		
		 Assinatura do Cirurgião

