



HAROLDO MAGALHÃES
A D V O C A C I A

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

*Jose Edmilson Candido da Silva, Brasileiro, casado, agricultor,
portador do RbNº 55409811 SSP/PE, inscrito no CPF Nº 035.491.874-
59, residente e domiciliado Rua Por do Sol, nº 40, Bairro da
Cruzeira da Agua, Carnaúba PE, CEP: 56.870-000*

do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o

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.

Carnaúba PE, 25 de setembro de 2019

Jose Edmilson C. da Silva

OUTORGANTE

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



DECLARAÇÃO

Jose Clebson Candido da Silva, brasileiro, casado, agricultor
portador do RG nº 5540.3811-58/SP, inscrito no CPF nº 035.491.874-59,
residente e domiciliado Rua Por do Sol, nº 70, Bairro da
Causa Dagua, Cornatuba/PE, CEP 56820-000, **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.

Cornatuba/PE, 25 de Setembro de 2019.

x Jose Clebson Candido da Silva
Declarante



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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1304906186

PROIBIDO PLASTIFICAR
1304906186

NOME: JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 55409811 SSP SP

CPF: 035.491.874-59 DATA NASCIMENTO: 21/04/1982

FILIAÇÃO: ROQUE CANDIDO DA SILVA
LUZINETE PEREIRA DA SILVA CANDIDO

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: AD

Nº REGISTRO: 03230707326 VALIDADE: 25/10/2021 1ª HABILITAÇÃO: 22/03/2004

OBSERVAÇÕES: Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR: *Jose Cledeilson C. da Silva*

LOCAL: AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE DATA EMISSÃO: 23/11/2016

ASSINATURA DO EMISSOR: *Charles Anderson Sousa Ribeiro*
Charles Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

15109140308
PE075549239

DETRAN - PE - PERNAMBUCO



02 QUALIFICAÇÃO CIVIL		03 ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
BRASILEIRO			
<p>NOME: JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA</p> <p>LOC. DE NASC.: JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE 21/04/1982 NASCIMENTO</p> <p>FILIAÇÃO: ROQUE CANDIDO DA SILVA</p> <p>DOC. APRESENTADO: LUZINETE PEREIRA DA SILVA CANDIDO</p> <p>CDI 170014169768 MEX BA</p> <p>ESTADO CIVIL: SOLTEIRO</p> <p>LEI Nº 849, DE 18 DE MAIO DE 1995</p> <p>CPF: 035.491.874-59</p>		<p>ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</p>	
<p>LOCAL DA EMISSÃO: SETRASISAC/TRANSBORDO</p> <p>EMISSIONÁRIO: Carlos Martins Marques de Santana</p> <p>EMISSÃO: 26/09/2003</p> <p>ASSINATURA DO EMISSOR</p>		<p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</p>	
		L E G E N D A	
		<p>A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO</p> <p>B - SEPARAÇÃO JUDICIAL D - ADOÇÃO F - AJUDA ALIMENTAR</p>	

MINISTÉRIO DO TRABALHO	
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO	
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL	
PIS/PASEP	
NÚMERO	SÉRIE
128.05760.05-2	001-0
UF	BA
ASSINATURA DO TITULAR	
POLEGAR DIREITO	
	
	



10

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....
CGO/CPE/CEI.....
ENDEREÇO.....
MUNICÍPIO..... UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
CARGO.....
CBO Nº.....

DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE 19.....
REGISTRO Nº..... FLS. / FICHA.....
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
1ª..... 2ª.....

DATA DE SAÍDA..... DE..... DE 19.....
1ª..... 2ª.....

COM. DISPENSA CD Nº.....
FGTS Nº DA CONTA.....

CONTRATO DE TRABALHO

11

EMPREGADOR.....
CGO/CPE/CEI.....
ENDEREÇO.....
MUNICÍPIO..... UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
CARGO.....
CBO Nº.....

DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE 19.....
REGISTRO Nº..... FLS. / FICHA.....
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
1ª..... 2ª.....

DATA DE SAÍDA..... DE..... DE 19.....
1ª..... 2ª.....

COM. DISPENSA CD Nº.....
FGTS Nº DA CONTA.....





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 180ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARNAIBA -
DP101ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0270000059**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/02/2018** às **22:29**

Complementa o BO Número: 18E0270000058 .

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **28/12/2017** às **14:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARNAIBA, 1, RODOVIA PE 320 .**
- Bairro: **CENTRO - CARNAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTROS (AUTOR / AGENTE)
EDVALDO VIEIRA DE VASCONCELOS (OUTRO)
JOSÉ CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSÉ CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA

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

OUTROS - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

JOSÉ CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **LUZINETE PEREIRA DA SILVA** Pai: **ROQUE CÂNDIDO** Data de Nascimento
21/4/1982 Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO /**
BRASIL Documentos: **66499841/SSP/SP (RG), 03649187469 (CPF), 03230707326 (CNH)**
Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Telefones Celulares:
- **87996642864**

Endereço Residencial: **RUA POR DO SOL, 70 - CEP: 0 - Bairro: CAIXA D'ÁGUA .**

06/02/2018 23:19

CARNAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL**EDVALDO VIEIRA DE VASCONCELOS** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDVALDO VIEIRA DE VASCONCELOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **PEN1238** (PERNAMBUCO/CARNAIBA) Renavam: **348282001** Chassi: **78186331460**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

O SRº JOSÉ CLEDMILSON CÂNDIDO DA SILVA COMPARECEU NESTA UNIDADE POLICIAL PARA INFORMAR QUE NO DIA 28/12/2017, PEGOU EMPRESTADA A MOTOCICLETA NESTE BOLETIM PARA IR DA CIDADE DE CARNAIBA PARA NO CENTRO COMERCIAL DA CIDADE DE AFOGADOS DA INGAZEIRA. O MESMO INFORMA QUE ANTES DE CHAGAR NA ENTRADA DO DISTRITO DO ITÁ PERCEBEU QUE O PNEU DA MOTOCICLETA MURCHOU E ISSO OCASIONOU O DESCONTROLE DO VEÍCULO E FEZ COM QUE ELE DESILIBRASSE DA MOTO E CAÍSSE NO ASFALTO. A VÍTIMA AFIRMA QUE POPULARES QUE PASSAVAM EM UM CARRO, PARARAM E O LEVARAM PA O HOSPITAL REGIONAL DE AFOGADOS DA INGAZEIRA ONDE FOI SUBMETIDO AOS PRIMEIROS SOCORROS. O BOLETEIM DE EMERGÊNCIA FOI ASSINADO PELO MÉDICO GILVANEY JOSÉ VENÂNCIO DA SILVA CREMEPE- 4874, NO DIA 28/12/2017.

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

JOSÉ CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA
(VITIMA)B.O. registrado por: **MARCUS BEZERRA ALVES SILVA** - Matrícula: **2968835**

06/02/2018 23:19



SINISTRO 3180134537 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA

EXCELSIOR DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA**CPF/CNPJ:** 03549187459**Posição em 17-08-2018 09:09:00**

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

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/08/2018	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50



SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO		VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
NOME: JOSÉ CLEDIMILSON		(NOME SOCIAL)			IDADE: 35
SITUAÇÃO / QUEIXA:					
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM ESCORIAÇÕES NA REGIÃO DO COTOVELO (D) + PALMA DA MÃO (D), REFERE DOR NO TORNOZELO (D)					
PROCEDÊNCIA					
RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE		
DOENÇAS PREEXISTENTES:					
INTOLERÂNCIA/ALERGIA:					
PARÂMETROS					
PA	P	R	T	sPo2	HGT
RÉGUA DE DOR	LEVE	MODERADA		GLASGOW	PESO
ACIDENTE DE TRABALHO () SIM () NÃO					

CONSCIENTE	ORIENTADO	DESORIENTADO	ANSIOSO	CALMO
AGITADO	TORPOROSO	COMATOSO	NÃO ATENDE VOZ DE PMANDO	

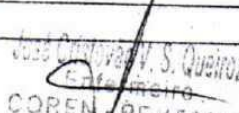
RITMO SINUSAL	PALPITAÇÕES	TAQUICARDIA	BRADICARDIA
DISPNEIA AOS ESFORÇOS	DISPNEIA EM REPOUSO	DISPNEIA P. NOTURNA	
CIANOSE	PALIDEZ	SUDORESE	

DOR TORÁCICA					
INTENSA	MODERADA		LEVE		
DURAÇÃO DA DOR	LOCALIZAÇÃO				
IRRADIAÇÃO DA DOR					
BRAÇO E	BRAÇO D	ABDOME	ESCÁPULA	MANDÍBULA	TÓRAX POSTERIOR
DOR PRESENTE					
EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS		QUANDO RESPIRA		

ESTASE JUGULAR	EDEMA DE MMII	EDEMA DE FACE	EDEMA OUTROS
DEFICIT MOTORFACE	DM MSD	DM MSE	DM MID DM MIE

FLUXOGRAMA

Data: 28/12/17

Assinatura: 
COREN: PE 152861

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS		Unidade: H.R.E./H.TRI/SUS 708 4037 7318 2461		Data: 28.12.17	
PACIENTE	Nome:	Josi Edmilson Candido da Silva			
	Residência:	R. Pardo Sol nº 70 - B. Caixa D'água - Carneiros Pe			
RESPONSÁVEL	Nome:	Cruzinete Pereira da Silva Candido (mãe)			
	Residência:				
CONDICÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE
<input type="checkbox"/> SEGURADO <input type="checkbox"/> ESPOSA <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> OUTROS		Agricultor	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	21/04/1982	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO
				PE	UF
				55 409811	55P/SP
DOCUMENTO DE IDENTIDADE					
NÚMERO		ÓRGÃO EMISSOR			
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA		PACIENTE / HORA	
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> DE AUTO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS		SAÍDA		CHEGADA 14:37	
		CHEGADA		SAÍDA	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		
MÁX.: MIN.:			AXILAR: RENAL:		
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas		Exames Complementares			
Acidente de moto.		NOTIFICADO			
Traumatismo no tornozelo e pé		Tratamento			
Direção:					
Sinal: Rx tornozelo					
MD = Fratura de 1/3 superior					
Pé direito					
Destino Dado ao Paciente		Impressão Diagnóstica			
<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado					
Encaminhado					
Removido					
Óbito às _____ H _____ Min. do		Licença Concedida _____ Dias			
Dia _____		NOTIFICADO			



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento	
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL EMILIA CAMARA - AFOGADOS DA INGAZEIRA	DATA DA SOLICITAÇÃO 28/12/17 16:28
MEDICO SOLICITANTE: GILVANEI JOSE VENANCIO DA SILVA	Nº SOLICITAÇÃO 399452
Identificação do Paciente	
NOME DO PACIENTE: JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA	Nº DO PRONTUÁRIO:
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 708403773182461	DATA DE NASCIMENTO: 21/04/1982
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: LUZINETE PEREIRA DA SILVA CANDIDO	SEXO: MASCULINO
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): RUA POR DO SOL, 70, CASA, CAIXA D'ÁGUA	TELEFONE DE CONTATO: 8798205414
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: CARNAÍBA	COD. IBGE MUNICÍPIO: 2603906.00
UF: PE	CEP: 56820000
Dados sobre o Transporte	
MEIO DE TRANSPORTE: AMBULÂNCIA	DATA DE ENVIAMENTO: 01/01/18 20:57
OBSERVAÇÃO:	
OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:	
Regulador	
MEDICO REGULADOR: JOSEANE CLECIA PATRIOTA NOGUEIRA DE CARVALHO	
Tipo de Leito: CIRURGICO	ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Executante	
ESTABELECIMENTO: CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA	DATA DE AUTORIZAÇÃO: 02/01/18 07:14
MEDICO AUTORIZADOR:	

Luís Magalhães Santos
ENFERMEIRA
COREN - PE 383116





Sistema Ministério Secretaria
Único de da de Saúde
Saúde 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.
035.491.874-59	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	6 - SIS PRE NATAL
708403773182461	
9 - NOME DO PACIENTE	7 - SENHA/REGULAÇÃO
JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA	
10 - DATA DE NASCIMENTO	8 - Nº DO PRONTUÁRIO
21/04/1982	000149796
11 - SEXO	12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Masculino	LUZINETE PEREIRA DA SILVA CANDIDO
13 - TELEFONE DE CONTATO	14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)
(11) 98306-9527	POR DO SOL
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	16 - COD. IBGE MUNICÍPIO
CARNAÍBA	17 - UF
	18 - CEP
	PE 56820-000

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Doença hipertensiva H18, debr-
unidade de recuperação de saúde
edua, no local de internação
de recuperação de saúde de H18

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

Exames de sangue e urina

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Hipertensão arterial sistólica

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

22 - CID. 10 PRINCIPAL: S828

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

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

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL (MÉDICO)

35 - I ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - I ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - I ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAB DA EMPRESA

43 - CBOR

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ORGÃO EMISSOR

47 - DOCUMENTO

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

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - Assinatura e Carimbo do Profissional (Médico Autorizador)

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MOTIVO DA ALTA:

CARATER DA INTERNAÇÃO:

DATA DA INTERNAÇÃO:

DATA DA ALTA:

CPF: 153.272.214-15 CRM: 6603

Médico Autorizador

XIGERES





Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 02/01/2018		Nº Registro: 000149796	
Identificação do Paciente: JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA			
Data Nascimento: 21/04/1982		Idade: 35	Sexo: Masculino
Estado Civil: Indefinido		Profissão: MANOBRISTA	Cor: Parda
Filiação: Pai: ROQUE CANDIDO DA SILVA		Naturalidade: CARNAIBA	Nacionalidade: Brasileiro
Endereço: POR DO SOL		Mãe: LUZINETE PEREIRA DA SILVA CANDIDO	
Bairro: CAIXA D'AGUA		Cidade: CARNAIBA	Estado: PE
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:		Telefone: (11) 98306-9527	

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

Suicídio ☐ Casual ☐ Outros ☐

Nome do Acompanhante: _____ Telefone para Contato: _____

Endereço: _____

Local da Ocorrência: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

*Lesão traumática no MTD, com
dor, inabilidade
para trabalhar
no MTD. Suspeita de fratura*

Diagnóstico Inicial: *Fratura da Tibia b.*

S.A.D.T. _____

Diagnóstico Final: *FRAT. TIBIA (D)*

CONDIÇÃO DE ALTA	MOTIVO DA ALTA
Melhorado <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"/>

Óbito em: _____

Hora: _____

Data do Internamento: *02/01/18*

Data da Alta: *05.1.18*

Local: _____

Antônio Rodrigues de Freitas
CRM 7351
CPF 030.462.123-28
Responsável



Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Data:

Início:

Término:

Cirurgião:


1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ① POTS EM DM
- ② ABERTURA ANTISTEPIDA
- ③ APOSELÇAO CAVOS ESTERILIZ
- ④ REDUÇAO INCLINADA
- ⑤ FIXAÇÃO E FIXADOR EXTERNO
- ⑥ CURTADO


Assinatura do Cirurgião



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
Encaminhamento Para Especialista

Unidade de Origem:

Paciente: ROSE CHEQUINHO CARDOSO DE ALMEIDA

Registro:

Dados Clínicos: Apendicite de 12/10. 12/10

Exames Complementares / Resultados: No 1/3 infecção por pericardio

Hipótese Diagnóstica: Fratura de 1/3 infecção de pericardio

Conduta Adotada: Divergente

Justificativa do Encaminhamento: caso de fratura sem infecção

Encaminhamento Para: SPICCO B

Data

Carimbo da Secretaria de Saúde
Assinatura do Especialista
Nome CRM

Unidade de Especialista:

Exames Clínicos:

Exames Complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

Local: Na Unidade de Origem
Na Unidade de Referência
Outro Serviço

☐
☐
☐