



## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

*Fox Edmílson Cândido da Silva, brasileiro, casado, agricultor, portador do RBNº 5540981155PISB inscrito na OAB/PE sob o nº 035.491.874, 59, residente e domiciliado Rua Por do Sol, nº 70, Barro da Caxia daqua, Carnaubais, CEP: 56820-000*, 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 juiz, 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.

*Carnaubais, 25 de Setembro de 2019*

*x/for Edmílson 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



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 26/09/2019 08:31:18  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092608311872700000050622573>  
Número do documento: 19092608311872700000050622573

Num. 51430791 - Pág. 1

## DECLARAÇÃO

José Elderson Cardoso da Silva, brasileiro, casado, agricultor,  
portador do RG N° 5540.281.559/150, inscrito no CPF N° 035.491.874-59,  
residente e domiciliado Rua Por do Sol, n° 70, Bairro da  
Costa D'agua, Ceará-Mirim, 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.

Ceará-Mirim, 25 de Setembro de 2019.

X José Elderson Cardoso Silva  
Declarante



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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
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 Cândido  
PERMISSÃO: ACC CAT.HAB: AD  
Nº REGISTRO: 03230707326 VALIDEZ: 25/10/2021 1ª HABILITAÇÃO: 22/03/2004

OBSERVAÇÕES:  
Exerce Ativ Remunerada

Assinatura do Portador: *João Cledmilson R. da Silva*

ASSINATURA DO EMISSOR: *Charles Andrews Souza Almeida*  
Charles Andrews Souza Almeida  
Diretor Presidente  
DATA EMISSÃO: 23/11/2016  
LOCAL: AFOGADOS DA INGAZERA - PE  
Assinatura do Emissor: *Charles Andrews Souza Almeida*  
15109140308  
PE075549239  
PROIBIDO PLASTIFICAR  
1304906186

DETRAN-PE (PERNAMBUCO)



02

**QUALIFICAÇÃO CIVIL**

**BRASILEIRO**

NAME: JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA  
LOC. DE NASC.: JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE  
NASCIMENTO: 21/04/1992  
FILIAÇÃO: ROQUE CANDIDO DA SILVA  
LUZINETE PEREIRA DA SILVA CANDIDO  
DOC. APRESENTADO:  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
CDL 170014169768 MEX BA  
LEI N° 949, DE 19 DE MAIO DE 1995  
CPF: 035.491.874-59

LOCAL DA EMISSÃO: SETRASISAC/TRANSBORDO  
EMISSÃO: 26/09/2003  
Assinatura: Carlos Mariano Marques da Silveira  
Assinatura do Titular: 

03

**ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE**

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME: .....  
DOCUMENTO: .....  
MOTIVO: .....  
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME: .....  
DOCUMENTO: .....  
MOTIVO: .....  
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME: .....  
DOCUMENTO: .....  
MOTIVO: .....  
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

**LEGENDA**

A - CASAMENTO	C - DIVÓRCIO	E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE	G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL	D - ADOÇÃO	F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA	



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 26/09/2019 08:31:19  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092608311898500000050622576>  
 Número do documento: 19092608311898500000050622576

Num. 51430794 - Pág. 1

DATA DE ADMISSÃO	01/07/2009	CARGO	AVENIDA IPICINGA, 896 - REPÚBLICA - CEP 01040-001 - SÃO PAULO - SP
ENDERECO	ESTADO DO SITIO	MUNICÍPIO	SP
EMPREGADOR	STIGMA PARK ESTACIONAMENTO LTDA - ME	ENDEREÇO	RUA AURELIO SOARES, 351 - VILA PARQUE - SÃO PAULO - SP
DATA DE SAÍDA	30/11/2009	CARGO	AVENIDA IPICINGA, 896 - REPÚBLICA - CEP 01040-001 - SÃO PAULO - SP
PERÍODO	01/07/2009 - 30/11/2009	ENDERECO	RUA AURELIO SOARES, 351 - VILA PARQUE - SÃO PAULO - SP
COM. DISPENSA CD N°		PERÍODO	01/07/2009 - 30/11/2009
FATIS N° DA CONTA		COM. DISPENSA CD N°	
REP PARK ESTACIONAMENTO LTDA - ME			
Data de saída de acordo com o vínculo			
01/12/2009			

06	CONTRATO DE TRABALHO	07
EMPREGADOR: F. DE CAMPOS MAGALHÃES WORLD CENTER ESTACIONAMENTO LTDA - ME CNPJ: 07.306.213/0001-68		
ENDERECO: Rua Augusto de Souza, 351 - Vila Parque - São Paulo - SP - 01040-001		
MUNICÍPIO: SÃO PAULO - SP		
ENDERECO DO ESTABELECIMENTO: Centro de Estacionamento		
CARGO: Babá/musa		
DATA DE ADMISSÃO: 01/07/2009		
PERÍODO: 01/07/2009 - 30/11/2009		
RELAÇÃO ESTÍFICA/AD: 55% (cinquenta e cinco por cento) de auxílio alimentação e auxílio residência.		
A. DE CAMPOS MAGALHÃES - S. M. M. - ME		
DATA DE SAÍDA: 21/11/2009		
F. DE CAMPOS MAGALHÃES - S. M. M.		
COM. DISPENSA CD N°:		
FATIS N° DA CONTA:		
Empregador: WORLD CENTER ESTACIONAMENTO LTDA EPP		
CNPJ: 04.859.841/0004-52		
End: NOVA LOUSA		
Município: SÃO PAULO		
Esp. do Estab.:		
Cargo: ORIENTADOR DE PATIO		
Data de Admissão: 01 de Julho de 2009		
Registro N°: 0		
Fls./Ficha: 0		
Remuneração especif.: 678,01 ( SEISCENTOS E SETENTA E OITO REAIS E UM CENTAVO ) POR MÊS		
CBO N°: 519925		
Nº: 125		
Est: SP		
WORLD CENTER ESTACIONAMENTO LTDA EPP		
DATA DE SAÍDA: 30/11/2009		
WORLD CENTER ESTACIONAMENTO LTDA - EPP		
COM. DISPENSA CD N°:		
FATIS N° DA CONTA:		



10

## CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....

CGC/CPF/CEI.....

ENDEREÇO.....

MUNICÍPIO.....UF.....

ESP. DO ESTABELECIMENTO.....

CARGO.....

CBO N°.....

DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE 19.....

REGISTRO N°.....F.S. / Ficha.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

ASS. DO EMPREGADOR DA A FICHA DE TESTIMONIADA

1º.....2º.....

DATA DE SAÍDA.....DE.....DE 19.....

ASS. DO EMPREGADOR DA FICHA DE TESTIMONIADA

1º.....2º.....

COM. DISPENSA CD N°.....

FGTS N° DA CONTA.....

11

## CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....

CGC/CPF/CEI.....

ENDEREÇO.....

MUNICÍPIO.....UF.....

ESP. DO ESTABELECIMENTO.....

CARGO.....

CBO N°.....

DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE 19.....

REGISTRO N°.....F.S. / Ficha.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

ASS. DO EMPREGADOR DA FICHA DE TESTIMONIADA

1º.....2º.....

DATA DE SAÍDA.....DE.....DE 19.....

ASS. DO EMPREGADOR DA FICHA DE TESTIMONIADA

1º.....2º.....

COM. DISPENSA CD N°.....

FGTS N° DA CONTA.....





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 180ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARNAIBA -  
DP101ºCIRC DINTER2/20ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 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: **MUNICÍPIO 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:**

VEÍCULO: (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 CANDIDO** Data de Nascimento: **21/4/1982** Naturalidade: **JABOTACAO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **65409841/SSP/SP (RG), 03540187458 (CPF), 03230707328 (CNH)**  
Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Telefones Celulares:  
- **87886642864**

Endereço Residencial: **RUA POR DO SOL, 78 - CEP: 0 - Bairro: CAIXA D'AGUA -**



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/CB 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **PEN1238** (PERNAMBUCO/CARNAIBA) Renavam: **348282881** Chassi: **78186331465**  
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

O SRº JOSÉ CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA COMPARCEU 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 DITRITITO DO ITÁ PERCEBEU QUE O PNEU DA MOTOCICLETA MURCHOU E ISSO OCASIONOU O DESCONTROLE DO VEÍCULO E FEZ COM QUE ELE DESIGUALIBRASSE 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 PRIMEIRO SOCORROS. O BOLETEIM DE EMERGÊNCIA FOI ASSINADO PELO MÉDIDO 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:	JOSE CREDIM LSON		(NOME SOCIAL)	IDADE: 36
SITUAÇÃO /QUEIXA:	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM ESCORIACOES NA REGIAO DO COTOVELO (1) + PALMA DA MÃO (1), REFERE DOR NO TORNOCO (6)			
PROCEDÊNCIA				
RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE	
DOENÇAS PREEXISTENTES:				
INTOLERÂNCIA/ALERGIA:				
PARÂMETROS				
PA	P	R	T	sPo2 HGT GLASGOW PESO
RÉGUA DE DOR	LEVE		MODERADA GRAVE	
ACIDENTE DE TRABALHO( )SIM ( ) NÃO				

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

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

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

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

**FLUXOGRAMA**

Data: 28/12/17

*José Credim L. S. Queiroz  
Enfermeiro  
COREN PE 452861  
Assinatura e Carimbo*



# BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS	Unidade: H.R.E.e/H.TRI/SUS 408 4037 7318 2461			Data: 28.12.17			
PACIENTE	Nome: José Edimilson Cândido da Silva			Nº da Ocorrência			
	Residência: R Ponto Sol nº 70 - B. Caixa D'água - Laranjeira Pe			Telefone 996642809			
RESPONSÁVEL	Nome: Luzinete Pereira da Silva Cândido (mãe)			Telefone:			
CONDICÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
<input type="checkbox"/> SEGURADO	<input checked="" type="checkbox"/> Agricultor	<input type="checkbox"/> MASC.	<input checked="" type="checkbox"/> FEM.	21 09 1982	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO	NÚMERO 55 409811	ÓRGÃO EMISSOR SSP/SP
<input type="checkbox"/> ESPOSA					<input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO		
<input type="checkbox"/> FILHO					<input type="checkbox"/> UF PE		
<input type="checkbox"/> OUTROS							
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA	PACIENTE / HORA	CHEGADA	ATENDIMENTO		
<input type="checkbox"/> ANDANDO	<input type="checkbox"/> DE AUTO	SAÍDA		14:37	H _____ MIN	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO	
<input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA	<input type="checkbox"/> OUTROS	CHEGADA	SAÍDA			<input type="checkbox"/> CASO POLICIAL	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA	Exames Complementares			
MAX:	MIN:		AXILAR: RENAL				
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas							
<b>NOTIFICADO</b>							
Atendente de Moto							
Travessino no Tongolo e Pecep							
Dirigido							
Sintoma: Rx travessino							
IN = Fratura de 1/3 vértebra cervical							
Pecap cinto							
Destino Dado ao Paciente							
<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Internado	Impressão Diagnóstica					
Encaminhado							
Removido							
Óbito às _____ H _____ Min. do _____							
Dia _____							
<b>NOTIFICADO</b>							



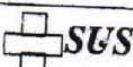


## GUIA DE TRANSFERÊNCIA

<b>Identificação do Estabelecimento</b>	
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL EMILIA CAMARA - AFOGADOS DA INGAZERA	
MÉDICO SOLICITANTE: GIVANEI JOSE VENANCIO DA SILVA	
DATA DA SOLICITAÇÃO 28/12/17 16:28	
Nº SOLICITAÇÃO 399452	
<b>Identificação do Paciente</b>	
NOME DO PACIENTE: JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (ONS): 708403773182461	
DATA DE NASCIMENTO: 21/04/1982	
SEXO: MASCULINO	
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: LUZINETE PEREIRA DA SILVA CANDIDO	
TELEFONE DE CONTATO: 8798205414	
ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO): RUA POR DO SOL, 70, CASA, CAIXA D'ÁGUA	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: CARNAÍBA	
COD. IBGE MUNICÍPIO: 2603900.00	
UF: PE	
CEP: 56820000	
<b>Dados sobre o Transporte</b>	
MEIO DE TRANSPORTE: AMBULÂNCIA	
DATA DE EMISSÃO: 01/01/18 20:57	
OBSERVAÇÃO:	
OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:	
<b>Regulador</b>	
MÉDICO REGULADOR: JOSEANE CLECIA PATRIOTA Nogueira de CARVALHO	
TIPO DE TOCO: CIRURGICO	
ESPECIALIDADE: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
<b>Executante</b>	
ESTABELECIMENTO: CASA DE SALUD SÃO VICENTE - SERRA TALHADA	
DATA DE AUTORIZAÇÃO: 02/01/18 07:14	
MÉDICO AUTORIZADOR:	

Luis Montanhas Santos  
ENFERMEIRA  
COREN - PE 383116





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

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2351633

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

4 - CNES

2351633

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA

6 - SIS PRE NATAL

708403773182461

7 - SENHA/REGULAÇÃO

10 - DATA DE NASCIMENTO

21/04/1982

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

000149796

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

LUZINETE PEREIRA DA SILVA CANDIDO

11 - SEXO

Masculino

12 - ENDERECO (RUA N° BAIRRO)

POR DO SOL

13 - TELEFONE DE CONTATO

(11) 98306-9527

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CARNAIBA

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

PE

17 - UF

56820-000

18 - CEP

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

Exame físico H18, alterações de humor, desidratação severa, desidratação grave, desidratação moderada, desidratação leve.

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

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Febre, tiques, tiques

22 - CID. 10 PRINCIPAL

S828

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

24 - CID. 10 SECUNDARIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - CODIGO DO PROCEDIMENTO

0401050500

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

203 - TRAUMA. MASC.01

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

32 - ASS. E/OU RMBDO SOLICITANTE/ASSISTENTE

Antônio Rodrigues de Freitas

CRM: 300.550-NOG-25

CPF: 300.550-NOG-25

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

02/01/2018

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Mauriciana Pereira

CPF: 030.4.345-6-1

CRM: 16279

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 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

I EMPREGADO I EMPREGADOR I AUTÔNOMO I DESEMPREGADO I APOSENTADO I NÃO SEGURADO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ORGÃO EMISOR

47 - DOCUMENTO

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

I CNS I CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASS. E/OU RMBDO (CARIMBO ANO DE REGISTRO DO CONSELHO)

CPF: 153.272.214-15 CRM: 6603

Médico Autorizado

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MOTIVO DA ALTA:

CARATER DA INTERNAÇÃO:

DATA DA INTERNACAO:

DATA DA ALTA:

ATENDE

Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHES DE CARVALHO - 26/09/2019 08:31:19

https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092608311934400000050622579

Número do documento: 19092608311934400000050622579



# Hospital São Vicente

Data do Atendimento:	02/01/2018		Nº Registro:	000149796
Identificação do Paciente:	JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA 203 - TRAUMA, MASC. 03			
Data Nascimento:	21/04/1982	Idade:	35	Sexo: Masculino Cor: Parda
Estado Civil:	Indefinido	Profissão:	MANOBRISTA	Naturalidade: CARNAIBA Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai:	RÓQUE CANDIDO DA SILVA			
Endereço:	POR DO SOL 6			
Bairro:	CAIXA D'AGUA	Cidade:	CARNAIBA	Estado: PE Telefone: (11) 98306-9527
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:				
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**

Doença Speckelgrise MID, coluna  
lombosacral, dor, espasmo  
lumbago e hipotensão arterial  
Maior MID suspeita queimadura

**Diagnóstico Inicial**

Fratura de Tibia b.

**S.A.D.T**
**Diagnóstico Final**

Frst. Tibia (D)

**CONDição DE ALTA MOTIVO DA ALTA**

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Melhorada | <input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica |
| <input 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              |

Óbito em: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Data do Internamento:

Data da Alta:

Local:

Antônio Rodrigues de Freitas

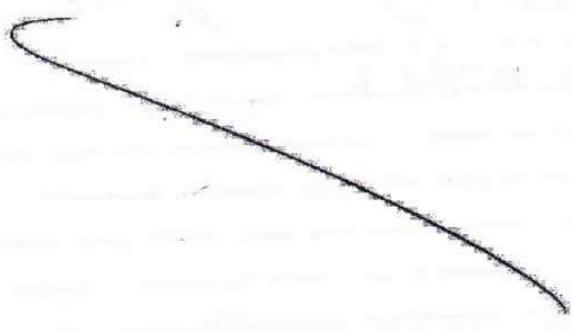
CRM 7351  
CPF 03046274-28

Assinado por: Antônio Rodrigues de Freitas

Cirurgia Realizada:	Nome Procedimento:	
Data:	Início:	Término:
Cirurgião:	<i>Haroldo A.</i>	
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesista:	<i>André B.</i>	

**DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA**

- ① Pote em oxy
- ② Asépsia / ANTISEPSIA
- ③ Afastar curtos esterilizados
- ④ Reduzir pressão
- ⑤ Fixação e fixador externo
- ⑥ Curativo



*Haroldo Magalhães de Carvalho*

Assinatura do Cirurgião



**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE**  
**Encaminhamento Para Especialista**

Unidade de Origem:

Paciente: *rose cedrinho com dor de olhos*

Registro:

Dados Clínicos: *Aumento de peso. Dor nos olhos*  
*No 1/3 inferior que dura 0*

Exames Complementares / Resultados:

Hipótese Diagnóstica:

*Fracrura de 1/3 inferior da face*  
*Dolor*

Conduta Adotada:

Justificativa do Encaminhamento:

*Caso de paciente ser visto  
Tecido no dia*

Encaminhamento Para:

*SPICD*

*ceep*

Data

*Geraldo José Vilela da Silva  
Grauia Geraldo CRM  
PENHARES*

Unidade de Especialista:

Exames Clínicos:

Exames Complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

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