



QUESITOS – PERÍCIA

PARTE AUTORA: EDILBERTO JOSE DOS SANTOS

Queira o Sr. Perito esclarecer, de acordo com a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, introduzida pela Lei 11.945/2009, os seguintes QUESITOS:

1 – Em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve Lesões no Membro Superior Direito?

2 – Em caso positivo, a Lesão ou as Lesões são Temporárias ou Permanentes?

3 – No caso de ser permanente, a Lesão é Total ou Parcial?

4 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é Completa ou Incompleta?

5 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é Intensa, Média, Leve ou Residual?

6 – Independente do quesito exposto no item “1”, em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve algum outro tipo Lesão?

7 – Em caso positivo, qual tipo de Lesão ocorreu?

8 – Em caso de ter havido Lesão, ela é temporária ou permanente?

9 – No caso de ser permanente, a Lesão é Total ou Parcial?

10 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é Completa ou Incompleta?

11 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é Intensa, Média, Leve ou Residual?

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





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Edilberto José dos Santos, brasileiro solteiro, agricultor, portador do RG nº 7156413, SD/PE, inscrito no CPF nº 044.163.214-03, residente e domiciliado Rua Alexandre Ferno Ferraz, 404, Santa Rosa, Floresta/PE, CEP: 56.400-000, 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 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.

Floresta/PE, 02 de Setembro de 2019.

Edilberto José dos Santos

OUTORGANTE

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



DECLARAÇÃO

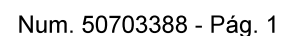
Edilberto José da Santos, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº 356413, SSP/PE, inscrito no CPF nº 044.163.714-03, residente e domiciliado Rua Alexandre Furmo Ferraz, 49, Santa Rosa, Floresta/PE cep: 56400-000. , **DECLARO**

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.

Flourta/PE, 02 de Setembro de 2019.

Edilberto Lopez del Santos
Declarante

Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PENITENCIÁRIO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
EDILBERTO JOSE DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
7156713 SDS PE

CPF
044.163.714-03

DATA NASCIMENTO
25/01/1982

FILIAÇÃO
JOSE PEDRO DOS SANTOS
EROTIDES LEAL DOS SANTOS

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB
A

Nº REGISTRO
06749077915

VALIDADE
03/10/2019

1ª HABILITAÇÃO
28/11/2016

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR
Edilberto Jose dos Santos

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
30/01/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
Charles Andrew Souta Ribeiro
Diretor Presidente

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1561101163

PROIBIDO PLASTIFICAR
1561101163



TRABALHO E EMPREGO
PREVIDENCIA SOCIAL

A black and white mugshot of a man with short, dark hair, looking directly at the camera. He is wearing a white shirt. The image is framed by a thick black border.

ASSINATURA DO PORTADOR

Nome Coliberto José dos Santos
 Loc. Nasc. F. Coelha Est. PE Data 23/07/1982
 Filiação José Luiz de Aguiar dos Santos
 Doc. Nº DM 258 F 191 2.02 7.06.82

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 19/04/2008 DRT 25106-PO

Assinatura do Funcionário Solange C. de Oliveira Correia
Mat. 133 807-2

ALTERAÇÕES
(Com relação nome)

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Est. Civil

Doc.

Est. Civil

Doc.

Est. Civil

Doc.

Nascimento

Doc.

Doc.

Doc.





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
TARIFA PRECATORIA - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932-01-08 fone: 2121.0005/43-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE PEDRO DOS SANTOS

CPF 238 716 284-68

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ALEXANDRE FERNANDES 497

STA ROSA/FLORESTA
FLORESTA PE
56400-000

CÓDIGO DE CONTADOR MÊS/ANO
4006631067 05/2018
DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISÃO PROXIMA LEITURA
30/05/2018 15/06/2018
TOTAL A PAGAR (R\$) 112,65

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
018805776 ÚNICA 18/05/2018
23/05/2018 2001862752 1126871

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	120,000000	0,73889778	88,40
Acréscimo B Índice AMARELA			0,93
Contribuição Iluminação Pública			8,91
ICMS Subversão-CDE-NF 009308822-15/03/18			0,85
Relação de Unidade Consumidora			7,83
Multa por atraso-NF 009308822-15/03/18			2,05
Multa por atraso-NF 012885454-18/04/18			1,90
Juros por atraso-NF 012885454-18/04/18			0,88
Juros por atraso-NF 009308822-15/03/18			1,81
Atualização ICPM-NF 012885454-18/04/18			0,38
Atualização ICPM-NF 009308822-15/03/18			1,00

TOTAL DA FATURA 112,65

IP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	IP DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
62233302	CAT	15-06-2018	18-05-2018	18 529,00	18-05-2018	18 533,00	1	1,00000			4,00
62233302	CAT	10-06-2018	18 529,00	18 529,00	18-05-2018	18 529,00	5	1,00000			0,00
62233302	CAT	15-06-2018	18 413,00	18 413,00	18-05-2018	18 509,00	24	1,00000			116,00

Índice kWh	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Descrição de Energia	R\$	26,02	31,37%
MAR 18 130	ICMS	69,33	25,00	Transmissão	R\$	3,90	4,48%
ABR 18 143	PIS	89,33	1,12	Distribuição (Celpe)	R\$	18,81	20,91%
MAR 18 150	COFINS	49,25	5,22	Perdas de Energia	R\$	5,26	5,96%
FEV 18 138				Energia Solarizada	R\$	4,78	5,36%
JAN 18 128				Tributação	R\$	28,27	31,42%
DEZ 17 147				Total	R\$	88,23	100%
NOV 17 142							
OUT 17 149							
SET 17 137							
AGO 17 117							
JUL 17 107							
JUN 17 126							
MAI 17 163							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
A partir de 28/04, tarifa com reajuste médio de 8,47% para B1 e B2 e 9,07% para A1 e A2 (tarifa de 2017). No caso de
seja a tarifa em vigor e a tarifa de 2017. O cliente é informado em nome anual por 30. O cliente é informado quando há variação de
condição de tarifa ou quando há variação de tarifa de transmissão. Pagar em atraso gera multa 2% (Lei 4140/2003), Juros 1% (Lei 4140/2003)
10.438/02 e atualização mensal de tarifa. O Cliente é informado quando há alteração de tarifa de transmissão ou de tarifa de distribuição.

NOTA FISCAL Nº 00177-1
A partir de 28/04, tarifa com reajuste médio de 8,47% para B1 e B2 e 9,07% para A1 e A2 (tarifa de 2017). No caso de
seja a tarifa em vigor e a tarifa de 2017. O cliente é informado em nome anual por 30. O cliente é informado quando há variação de
condição de tarifa ou quando há variação de tarifa de transmissão. Pagar em atraso gera multa 2% (Lei 4140/2003), Juros 1% (Lei 4140/2003)
10.438/02 e atualização mensal de tarifa. O Cliente é informado quando há alteração de tarifa de transmissão ou de tarifa de distribuição.

CONDIÇÃO	VALOR ANUALIZADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
DIG	0,54	5,91	17,82	23,84	220	202 231
TC	1,05	3,36	9,72	13,45		
WIG	0,54	3,45	10,00	0,00		





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0277001036**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/07/2018** às **18:26**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **1/7/2018** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 01, BR-316, SENTIDO RECIFE/FLORESTA**. - Bairro: **ZONA RURAL DE FLORESTA - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **TREVO**.
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LUIZ AUGUSTO DE MENEZES ALVES (OUTRO)
EDILBERTO JOSE DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDILBERTO JOSE DOS SANTOS**

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

EDILBERTO JOSE DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EROTIDES LEAL DOS SANTOS** Pai: **JOSE PEDRO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **25/1/1982** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7156713/SDS/PE (RG)**, **04416371403 (CPF)**, **06749077915 (CNH)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **87996152076**, **87991624069**

Endereço Residencial: **RUA ALEXANDRE FIRMO FERAZ, 497, BAIRRO SANTA ROSA**. - CEP: **0** - Bairro: **CENTRO - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL, COMPARE 2**.

LUIZ AUGUSTO DE MENEZES ALVES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUZIA DE MENEZES ALVES** Pai: **AUGUSTO JUVINO ALVES** Data de Nascimento: **9/4/1975** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4967840/SDS/PE (RG)**, **00027011461 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **3ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **CONTADOR** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 440, RUA DA ESTRADA DE CARNAUBEIRA**. - CEP: **0** - Bairro: **MATADOURO - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL, CASA DE FARINHA**.

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **N/D** Pai: **N/D** Data de Nascimento: **1/1/1970** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUIZ AUGUSTO DE MENEZES ALVES**, que estava em posse do(a) Sr(a):

EDILBERTO JOSE DOS SANTOS

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHS8777** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **542620839** Chassi: **9C2JC4110CR543045**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL NA DATA DE 29/07/2018, POR VOLTA DAS 18HS:05MIN, PARA RELATAR QUE QUANDO ESTAVA RETORNANDO DA FAZENDA DOS TRINTA SENTIDO A CIDADE DE FLORESTA/PE, JÁ NA RODOVIA BR-316, UM ANIMAL (VACA) CRUZOU A BR DE FORMA REPENTINA A PONDO DE NÃO DAR PARA O NOTICIANTE CONSEGUIR SE DESVENCILHAR DELA, OCASIÃO EM QUE VEIO A ABALROAR A MOTOCICLETA RETROMENCIONADA NO REFERIDO ANIMAL E, POR

Edilberto Jose dos Santos 1/2

29/07/2018

Boletim de Ocorrência

CONSEQUÊNCIA, VEIO AO SOLO. EM DECORRÊNCIA DO REFERIDO ACIDENTE, O NOTICIANTE DISSE TER SOFRIDO FRATURAS NO OMBRO (CLAVÍCULA) DIREITO, BEM COMO TER PASSADO POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (EM FUNÇÃO DAS LESÕES) NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE SERRA TALHADA/PE.

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

Edilberto José dos Santos
EDILBERTO JOSE DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO DEMONTIEUX FERREIRA FREITAS** - Matrícula: **3876322**



SINISTRO 3180456008 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** EDILBERTO JOSE DOS SANTOS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA**
EXCELSIOR DE SEGUROS**BENEFICIÁRIO** EDILBERTO JOSE DOS SANTOS**CPF/CNPJ:** 04416371403**Posição em 05-11-2018 11:43:06**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, 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
05/11/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75



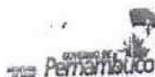
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº _____

DATA: 01.07.18		HORA: 04:35		CARTÃO SUS:	
NOME: Edilberto Jose dos Santos					
DATA NASCIMENTO: 25/01/82	IDADE: 36	SEXO: M	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO:	
MÃE: Erolides Real dos Santos					
PAI: Jose Pedro dos Santos					
ENDEREÇO: Alexandre Torro Ferraz				BAIRRO: Santa Rosa	
MUNICÍPIO: Floresta		FONE:	CPF:	RG: 7156713 SDS/PE	
CA/COR:	BRANCA	PRETA	PARDA	AMARELA	INDÍGENA
P.A:	PULSO:	HGT:	TEMP:	PESO:	
CURATIVO	APLICAÇÃO MEDICAMENTO	RX	IMOBILIZAÇÃO	ECG	SUTURA
VÍTIMA DE ACIDENTE:	SIM	NÃO	ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL		
MORDIDA DE ANIMAIS:	SIM	NÃO	X		
HISTÓRIA E EXAME FÍSICO: queixa de dor com dor no clavícula direita Alívio Ø.					
TRATAMENTO: 21 RTO X Anestésico no omero D 21 Voltaren - 100mg, 12h - 7 dias 09.794.975 / 0177-74 HOSPITAL CEL. ALVARO FERRAZ R. Alcina Torres de Araújo, 33 Centro - CEP 56.400-000 Floresta - PE					
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura do omero D			CARIMBO E ASSINATURA: CRM - PE 24643 Mário Nascimento		
DESTINO DO PACIENTE:	INTERNADO	RESIDÊNCIA	TRANSFERIDO	EVASÃO	
REMOVEDO PARA HOSPITAL:			HORA:	SENHA:	
ÓBITO:			HORA:		

CONFERE COM O ORIGINAL





ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		DATA DA SOLICITAÇÃO:
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA		03/07/2018 14:30
MÉDICO SOLICITANTE: PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO	ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO: CRM - 16558	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº DO PRONTUÁRIO:
NOME DO PACIENTE: EDILBERTO JOSÉ DOS SANTOS		463741
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 25/01/1982	SEXO: Masculino
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: EROTILDES LEAL DOS SANTOS		TELEFONE DE CONTATO:
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): ALEXANDRO FIRMO FERRAZ, 487.		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FLORESTA	COD. BOM MUNICÍPIO: 2805707	UF: PE
		CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: FRATURA E LUXAÇÃO CLAVICULA DIREITA		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): RAIO X		
DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DE CLAVICULA DIREITA		
CID 10 PRIMÁRIO:	CID 10 SECUNDÁRIO:	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:		
CLÍNICA:	CARACTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA	DOCUMENTO: (X)CNS ()CPF
Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:		
EXECUTANTE		DATA DE AUTORIZAÇÃO:
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:		
TIPO DE LEITO:	ESPECIALIDADE:	
MÉDICO AUTORIZADOR:		
AUTORIZAÇÃO		DATA DA SOLICITAÇÃO:
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		
DOCUMENTO: (X)CNS ()CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	COD. ÓRGÃO EMISSOR: 149940

ESCLARECIMENTOS



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.	
044.163.714-03			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	6 - SIS PRE NATAL	7 - SENHA/REULAÇÃO	8 - Nº DO PRONTUÁRIO
705205416967173			000157424
9 - NOME DO PACIENTE		10 - DATA DE NASCIMENTO	11 - SEXO
EDILBERTO JOSE DOS SANTOS		25/01/1982	Masculino
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO	
EROTILDES LEAL DOS SANTOS		(87) 99615-2076	
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)			
ALEXANDRE FIRME FERRAZ			
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		16 - COD. IBGE MUNICÍPIO	17 - UF 18 - CEP
FLORESTA		PE	58400-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO	
<i>Doença cardíaca MSD</i> <i>Edema de membros inferiores, dor e</i> <i>hinchamento dos membros inferiores</i>	
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
<i>AP</i>	
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID. 10 PRINCIPAL
<i>RAC de I</i>	<i>S420</i>
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24 - CID. 10 SECUNDÁRIO
	25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		27 - COD. DO PROCEDIMENTO	
<i>Realização de cirurgia</i>		<i>01080/0185</i>	
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	30 - DOCUMENTO	31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
<i>maria 20</i>	<i>01</i>	<i>IX 1CNS 1 CPF</i>	
32 - ASS. RESPONSÁVEL DO SOLICITANTE/ASSISTENTE	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO	34 - ASS. RESPONSÁVEL DO ESTABELECIMENTO (MÉDICO)	
<i>Rodrigues de Freitas</i>	<i>16/07/2018</i>	<i>Maurício Farias Ferraz</i> CPF: 030.473.994-41 CRM: 16278 Diretora Clínica	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - Nº DO BILHETE	40 - SÉRIE
36 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNAS DA EMPRESA	43 - CBOR
37 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO			
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO	46 - COD. ORGÃO EMISSOR	51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
		<i>261810502822-0</i>
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	MOTIVO DA ALTA:
<i>1 CNS 1 CPF</i>		<i>02</i>
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL (MÉDICO)	CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
<i>1 / 1</i>	<i>Dr. Pereira de Almeida Neto</i>	<i>02</i>
	CPF: 153.272.714-15 CRM: 8603	DATA DA INTERNAÇÃO:
	Médico Autorizador	<i>16-07-18</i>
		DATA DA ALTA:
		<i>20-07-18</i>



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora: 03/07/18 14:37
 Profissional Evolução: VERA LUCIA BEZERRA LEITE
 Descrição: NO MOMENTO SEM VAGA PARA OFERTAR APÓS BUSCA NA REDE PÚBLICA E CONVENIADA.

Data/Hora: 03/07/18 14:30
 Profissional Evolução: PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO
 Descrição: Solicitação Letto

TEMPO DE ATENDIMENTO		Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
Data / Hora	Status			
03/07/18 14:30	Em digitação	0h:1m:14s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
03/07/18 14:31	Aguardando Regulação	0h:0m:32s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
03/07/18 14:32	Aguardando Regulação	0h:0m:40s	ANA.ALVES/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: ANA.ALVES solicitação: 483741
03/07/18 14:32	Regulado	0h:4m:32s	ANA.ALVES/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO.
03/07/18 14:37	Aguardando Disponibilidade		VERALEITE/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora

Paciente Assistido

Usuário

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA





Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 16/07/2018		Nº Registro: 000157424	
Identificação do Paciente: EDILBERTO JOSE DOS SANTOS		Enfermaria 201 01	
Data Nascimento: 25/01/1982	Idade: 36	Sexo: Masculino	Cor: Parda
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade: FLORESTA	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: JOSE PEDRO DOS SANTOS		Mãe: EROTILDES LEAL DOS SANTOS	
Endereço: ALEXANDRE FIRME FERRAZ		497	
Bairro: SANTA ROSA	Cidade: FLORESTA	Estado: PE	Telefone: (87) 99615-2076

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

paciente portador de MSN, com
doença crônica, apresentando
problemas de hipertensão
familiar (pai MSN)

Diagnóstico Inicial

Lesão parieto-occipital dr.

S.A.D.T

Diagnóstico Final

CONDIÇÃO DE ALTA MOTIVO DA ALTA

Melhorada ☒	Decisão Médica ☒
Inalterado ☐	Alta a Pedido ☐
Piorado ☐	Transferência ☐
Óbito+48h ☐	Evasão ☐
Óbito-48h ☐	Indisciplina ☐

Óbito em: / /

Hora: / /

Data do Internamento: 16/7/18

Data da Alta: 20/07/18

Local:

Dr. André Barreto

CRM: 12074536

Médico Responsável



Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

V.2. Cefalotomia LAC a D.17

Data: 19/07/18

Início:

Término:

Cirurgião: *Freitas*

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesiista: *Chaves*

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Sol. pueris - Geodone
 Asséptica no ouvido D +
 Secção do pteríon por técnica
 de Z-plast, com o uso de
 retalhos de pele da face
 interna da coxa e do
 abdômen, com a fixação
 com fio KAPLAN. Sutura
 com fio 3/0.

Freitas
 Antônio Rodrigues de Freitas
 CRM 7391
 CPF: 058.552.003-25

Assinatura do Cirurgião





09615-2076-99282-4069

Hospital Cel. Álvaro Ferraz

Secretaria Municipal de Saúde
Sistema Único de Saúde

EMBARCO LOTE DO JARDIM

AO HOSPITAL (OBRIGADO)

Hx: LUXAGIO APOLONIO
CURADOR @

FAZER COLOCAR EM
LISTA!!

GRATO!!

31708

AA

Rua Alcina Torres de Araújo, s/n - Fone: (87) 3877-1192 - Centro - Floresta - PE





Laudo Fisioterapêutico
Edilberto Jose dos Santos

Paciente vítima de acidente
motorciclístico. Sofreu lesão na articulação
glúteo-piriforme e ilíaco-lumbar direita - membro
direito.

Na avaliação cinético-funcional,
apresenta comprometimento de
ADP para todos movimentos do
membro direito, seguida de fraqueza
dos músculos do membro superior.
Recebeu alta médica e hospitalar.

Sem mais, 18/10/2018

Dr. Allan Fernandes
Fisioterapeuta

CRÉDITO - 0128 104282-F

Tela Gráfica (013577 1137)

RECEITAS RASURADAS OU ILEGÍVEIS NÃO SERÃO ACEITAS

