



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

*José Adenilson de Menezes, brasileiro, portador do RG nº
10.079.214, S/ S/ PE, inscrito no CPF nº 123.210.214-89,
residente e domiciliado Rua Eustálio Ferreira, nº 300
Caetano, Flores - 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 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.

Eloresta, 27 de Agosto de 2019

José Adenilson de Menezes

OUTORGANTE

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



DECLARAÇÃO

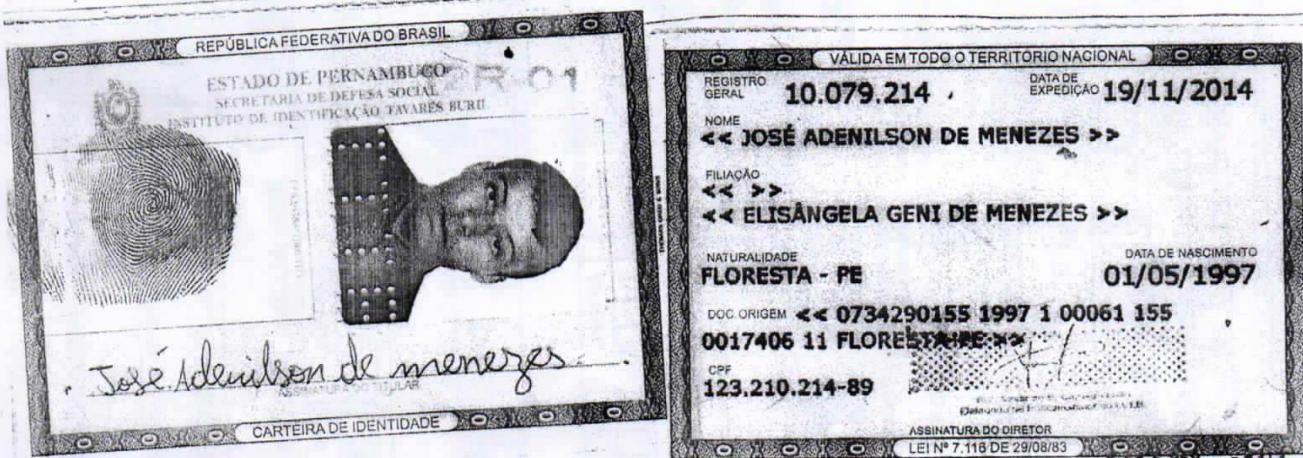
José Adenilson de Menezes, brasileiro, portador do RG N° 10.079.214. SDS/PE, inscrito no CPF N° 123.210.214-89
residente e domiciliado Rua Eulálio Ferreira n° 300, Coletano, Floresta - PE CEP 56400-000 DECLARO

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. 9º e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

Floresta 27 de Agosto de 2019.

José Adenilson de Menezes
Declarante





CPF - Comprovante de Inscrição

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
123.210.214-89
Nome
JOSE ADENILSON DE MENEZES
Nascimento
01/05/1997
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
850C.E9CE.8501.589C

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



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO - 12/09/2019 09:22:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091209223270500000049901419>
Número do documento: 19091209223270500000049901419

Num. 50694135 - Pág. 1

obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediatamente, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

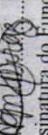
Habite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome: José Adenilson de Menezes
Loc. Nasc. Flórida, Data 01/05/1994
Filiação: Oliveira Genni de Menezes
Doc. Nasc. 01/06/1994, P. 64

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº /
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 07/10/2013 SRTF PB

Assinatura do Funcionário

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 49183 Série 000008 - RC

X José Adenilson de Menezes
ASSINATURA DO PORTADOR

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação a nome, est. civil e data de nasc.)

Nome
Doc.
Nome
Doc.
Nome
Doc.
Est. Civil.
Nome
Doc.
Est. Civil.
Nome
Doc.
Nascimento
Nome
Doc.
Nome
Doc.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 187ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORESTA
DP187º CIRC DINTER2/22º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 16E0277001212

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/11/2016** às
12:17

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuiadão (Cidade)
que aconteceu no dia **26/9/2016** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1 - Bairro:
ZONA RURAL DE FLORESTA - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTRO (AUTOR \ AGENTE)
JUNIELSON CICERO DO NASCIMENTO (OUTRO)
MARIA DE FATIMA SILVA (TESTEMUNHA)
EUSANGELA GENI DE MENEZES (TESTEMUNHA)
JOSE ADENILSON DE MENEZES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE ADENILSON DE MENEZES

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

JUNIELSON CICERO DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mae: MARIA ELIENE DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 28/11/1983
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSE ADENILSON DE MENEZES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mae: ELISANGELA GENI DE MENEZES Data de Nascimento: 1/6/1997 Naturalidade: FLORESTA /
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA EVILASIO FERRAZ, 300, CAITANO 2 - CEP: 6 - Bairro: CENTRO -
FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL

ELISANGELA GENI DE MENEZES (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Mae:



24/04/1988 Naturalidade: FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA EVILASIO FERRAZ, 300, CAITANO 2 - CEP: 5 - Bairro: CENTRO -
FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA DE FATIMA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
MARGARIDA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: MARIA DE FATIMA SILVA Data de Nascimento:
24/8/1988 Naturalidade: FORTALEZA / CEARA / BRASIL

1 de 2

10/11/20

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/BOEPrev

Endereço Residencial: RUA EVILASIO FERRAZ, 403, CAITANO 2 - CEP: - Bairro:-
FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL

OUTRO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JUNIELSON CICERO DO
NASCIMENTO, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ADENILSON DE MENEZES
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CB 150 Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: OTT4338 (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: 100555389 Chassi:
SC2KC1058ER507364
Ano Fabricação/Modelo: 2014/2014 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE VINHA CONDUZINDO A MOTO QUANDO NUM TRECHO DE
TERRA VEIO PERDER O CONTROLE DA MESMA, VINDO A CAIR. NA QUEDA, ELE VEIO
QUEBRAR O PE DIREITO. TENDO SIDO ATENDIDO NO HOSPITAL LOCAL, O MESMO FOI
ENCAMINHADO LOGO EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL NA CIDADE DE SERRA
TALHADA, VINDO A FAZER UMA CIRURGIA.

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

José Adenilson de Menezes.

JOSE ADENILSON DE MENEZES
(VITIMA)

B.O. registrado por: ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA - Matrícula: 272848-8



SINISTRO 3170197375 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA JOSE ADENILSON DE MENEZES****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO UNIÃO (CTG)****SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA-Filial Recife-PE****BENEFICIÁRIO JOSE ADENILSON DE MENEZES****CPF/CNPJ:** 12321021489**Posição em 28-05-2019 10:53:55**

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.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/05/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL DE URGÊNCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE
FLORESTA

HOSPITAL CEL. ALVARO FERRAZ		ENDERECO	
CÓDIGO <input type="text"/> 0 0 1 2 3 7 8	RUA ALCINA TORRES DE ARAÚJO	ESTADO <input checked="" type="checkbox"/> P E	CEP <input type="text"/> 5 6 4 0 0 - 0 0 0
LOCALIDADE FLORESTA	SEGURADO		
NOME <i>Florete Alcina Torres de Araújo</i> PROFISSÃO <i>funcionária</i> IDADE <input type="text"/> 019 DATA DE NASCIMENTO <input type="text"/> 010591		CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-61) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
ENDERECO DO LOCAL DE TRABALHO			
LOCALIDADE	ESTADO <input type="text"/>	CEP <input type="text"/> - <input type="text"/>	
SEGURADO 1 <input type="checkbox"/> NESTE CASO NÃO PREENCHER NOME E IDADE DEPENDENTE 2 <input type="checkbox"/> NOME	PACIENTE —		
IDADE <input type="text"/> ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA LOCALIDADE <i>R. Vilma Ferreira Floresta</i>	ESTADO <input checked="" type="checkbox"/> S	CEP <input type="text"/> 5 6 4 0 0 - 0 0 0	OUTRO DOCUMENTO DE IDENTIDADE (admissível em casos excepcionais durante dois dias úteis)
CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-61) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		NUMERO <input type="text"/>	ÓRGÃO EMITENTE <input type="text"/>
DATA DO ATENDIMENTO <input type="text"/> 060916		REPETIÇÃO DO ATENDIMENTO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Nº VEZES <input type="text"/>	
		MOTIVO DO ATENDIMENTO HORA DO ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> 0930	
<i>Florete é filha da paciente que não tem nome e nem número de identidade. No atendimento anterior, o nome era escrito com erros. O endereço é R. Vilma Ferreira, Floresta.</i>			

- DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO -

DIAGNÓSTICO		PROCEDIMENTO		NATUREZA DO ATENDIMENTO		ENCAMINHAMENTO		ASSINATURA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE	
Tumor p/c									
CID 10		CÓDIGO		9 ACIDENTE EM GERAL 10 ACIDENTE DO TRABALHO		3 INTERNAÇÃO 4 OBITO		CARIMBO ANEXO CRM/FONE	
PROBLEMA		MEDICAÇÃO		<input type="checkbox"/> 1 CLÍNICO <input type="checkbox"/> 2 CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> 3 OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> 4 PEDIÁTRICO		<input type="checkbox"/> 5 PSQUIATRICO <input type="checkbox"/> 6 TISOPNEUMOLÓGICO <input type="checkbox"/> 7 ODONTOLOGICO <input type="checkbox"/> 8 OUTRO		ASSINATURA <small>caso não assine, adicione polegar direito ao lado</small>	
OBS.: Anexar os resultados dos exames complementares realizados.								INSTRUÇÕES	
								Preencher legivelmente todos os campos sob pena de não ser considerado o atendimento. Assinale com "X" as queletas precedidas da número, marcando a alternativa. São responsáveis pela informar o imóvel ou odontólogo assistente e os diretores da entidade conveniente ou contratado. A declaração falsa é crime sujeita as sanções do art 171 e/ou 299 do código penal.	

Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 12/09/2019 09:22:33
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909120922331330000004990145>
Número do documento: 1909120922331330000004990145

Num. 50694170 - Pág. 1

HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - AABB - Serra Talhada - PE
Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 CEP: 56.912-110
CNPJ: 41.095.563/0001-98 email: cst184@hotmail.com

CLÍNICA

do Registro:

30763

Data: 27/09-

IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Ademir Ben de Menezes
Idade: 19 Sexo: Mas. Cor: Pêro
Profissão: Agricultor Naturalidade: Fluminense Estado Civil: Solteiro
Nacionalidade: Brasil

Endereço:

Rua: Ezequiel Ferraz N°: 8 Bairro: Centro
Idade: Fluminense Estado: PE Fone: 107

Filiação:

Pai:

Mae: Eliane Angela Gere de Menezes

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Frau com fit em ocos corneos

Hipótese Diagnóstica:

fit de lepros do Pé.

Exames Solicitados

My

Condições de Alta

Motivo de Alta

Dr. Edson

07 032773-421



Sistema
SUS 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 Francisco Anselmo Ltda.

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

Identificação do Paciente

3 - NOME DO DOCUMENTO

RG 10079214
CARTEÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

4 - NOME DO PACIENTE

JOSÉ Ademilson da Menezes

5 - NOME ATEND.

Bruna Souza

6 - CÓDIGO PROFISSIONAL

25171

7 - SENHA DE REGISTRAÇÃO

25171

8 - NOME DO PROFISSIONAL

BSF

9 - DATA DE NASCIMENTO

01/05/1997

10 - SEXO

MASC

FEM

11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Elisangela Gemi de Menezes

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

81990423

13 - ENDEREÇO (RUA E BAIRRO)

Lula Enilson Ferreyra 3

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Pereira

15 - COD. INDI. MUNICÍPIO

260570

16 - UF

PE

17 - CEP

857

18 - HISTÓRIA CLÍNICA - EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Transe com fratura do pé

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

Rx + Exame físico

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de osso do pé

22 - CID. 10 PRINCIPAL

Q66.7

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

Fract. direita do pé

24 - CID. 10 SECUNDARIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOC.

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO

04.08.05.07.3

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNACAO

30 - DOCUMENTO

31 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - AUS E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Ebenone A. Silva
CRM: 15.122
Ortopedia-Traumatologia
Hospital São Francisco

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

10/10/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

35 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CÓDIGO SELETORIAÇÃO

37 - INDIVÍDUO

38 - FATO DE TRABALHO RÍGIDO

39 - INDIVÍDUO

40 - INDIVÍDUO

41 - ACIDENTE DE MARINHO/PIRETAO

42 - INDIVÍDUO

43 - INDIVÍDUO

44 - VINCULAÇÃO PREVIDENCIÁRIA

45 - EMPREGADOR

46 - INDIVÍDUO

47 - EMPREGADO

48 - AUTÔNOMO

49 - DESPROVADO

50 - EMPREGADOR

51 - DESEMPREGADO

52 - APOSENTADO

53 - INDIVÍDUO

54 - INDIVÍDUO

55 - INDIVÍDUO

AUTORIZAÇÃO

56 - CÓD. DE IDENTIFICAÇÃO

57 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR (AIH)

58 - DOCUMENTO

59 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

60 - CÓD. DE IDENTIFICAÇÃO

61 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR (AIH)

62 - AUS E CARIMBO DA SOLICITANTE/ASSISTENTE

63 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

64 - CÓD. DE IDENTIFICAÇÃO

65 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR (AIH)

66 - AUS E CARIMBO DA SOLICITANTE/ASSISTENTE

67 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

68 - CÓD. DE IDENTIFICAÇÃO

69 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR (AIH)

70 - AUS E CARIMBO DA SOLICITANTE/ASSISTENTE

71 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

72 - CÓD. DE IDENTIFICAÇÃO

73 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR (AIH)

74 - AUS E CARIMBO DA SOLICITANTE/ASSISTENTE

75 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

76 - CÓD. DE IDENTIFICAÇÃO

77 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR (AIH)

78 - AUS E CARIMBO DA SOLICITANTE/ASSISTENTE

79 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

80 - CÓD. DE IDENTIFICAÇÃO

81 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR (AIH)

82 - AUS E CARIMBO DA SOLICITANTE/ASSISTENTE

83 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

84 - CÓD. DE IDENTIFICAÇÃO

85 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR (AIH)

86 - AUS E CARIMBO DA SOLICITANTE/ASSISTENTE

87 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

88 - CÓD. DE IDENTIFICAÇÃO

89 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR (AIH)

90 - AUS E CARIMBO DA SOLICITANTE/ASSISTENTE

91 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

92 - CÓD. DE IDENTIFICAÇÃO

93 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR (AIH)

94 - AUS E CARIMBO DA SOLICITANTE/ASSISTENTE

95 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

96 - CÓD. DE IDENTIFICAÇÃO

97 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR (AIH)

98 - AUS E CARIMBO DA SOLICITANTE/ASSISTENTE

99 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

100 - CÓD. DE IDENTIFICAÇÃO

101 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR (AIH)



Cirurgia Realizada:		N.º do Procedimento	
Data: 25/09/16	Início:	Término:	
Cirurgião: Ghuan	1.º Auxiliar: Drs	2.º Auxiliar: Assist	Anestesista: H
O paciente é fumante de 14 anos. de fumar			

