



## QUESITOS – PERÍCIA

### **PARTE AUTORA: GENICLEBSON MATEUS BESERRA 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 Inferior 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



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 07/07/2020 11:39:51  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070711395185200000063082521>  
Número do documento: 20070711395185200000063082521

Num. 64271464 - Pág. 1



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**

*Guilherme Matheus Bezerra Santos, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da RG nº 9.212.560 SDS/PE, inscrito no CPF nº 116.016.044-35, residente endereçado Praça Vinte e um, nº 05, cômodo, Serra Talhada/PE, CEP: 56.909-100.*

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.

*Serra Talhada/PE, 25 de março de 2020*

*X Guilherme Matheus Bezerra Santos*

**OUTORGANTE**

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



## DECLARAÇÃO

Juilesson Matheus Bessa Santos, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG N° 3212 560.505/PE, inscrito no CEPF N° 116.016. 064-35, residente e domiciliado Rua Vinte e um, n.º 05, ~~colonia~~,  
Serra Talhada/PE, CEP: 56909-100.

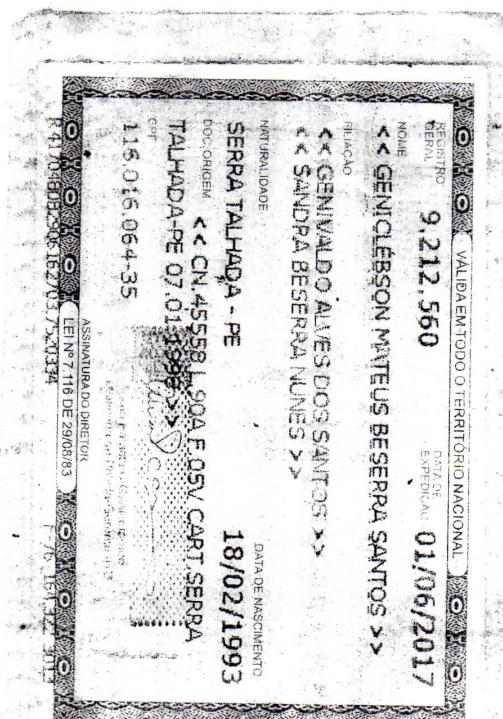
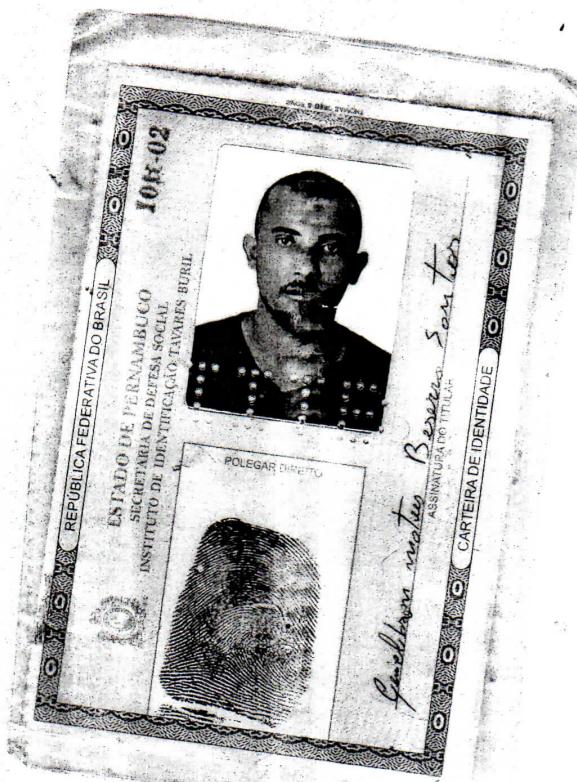
DECLARO

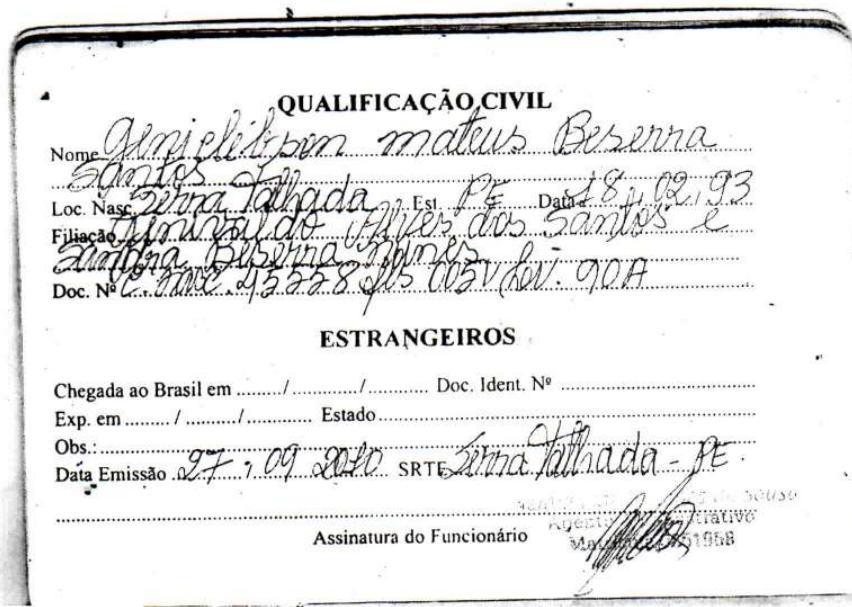
que nesse momento não posso arcar com as custas e despesas desse processo, bem como honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

Serra Talhada/PE, 25 de março de 2020

X Juilesson Matheus Bessa Santos  
Declarante







**REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS**

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

Registrado em ..... / ..... / ..... como  
..... N° ..... 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

## DEPENDENTES

## CARTEIRAS ANTERIORES

| Número | Série | Data da Entrega |
|--------|-------|-----------------|
| .....  | ..... | .....           |

01.444.304/0001-00  
CONTRATO DE TRABALHO

C. BANDEIRANTES LTDA  
Empregador Rua Jesuquinto da Rocha, 79  
Paiçandu - 80000-010  
CNPJ/MF 30.222.777/0001-06  
Rua \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ J  
Município \_\_\_\_\_ Est. \_\_\_\_\_  
Esp. do estabelecimento \_\_\_\_\_  
Cidade \_\_\_\_\_

..... CBO nº .....  
Data admissão 01 de maio de 2012  
Registro nº ..... Fls./Ficha ..... f. tr. ....

Remuneração especificada

~~Assunto do empregador ou alegações~~

As do empregador ou a respeito deles  
**Bandellantes Ltda**

1º ..... 2º .....  
Com. Dispensa CD nº .....

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: LACIR MARTINS E OUTROS  
Cei.....: 500.182.101.382  
Cidade...: TABATINGA -SP  
Especie...: AGRICOLA  
Cargo....: TRABALHADOR RURAL-COLHEDOR  
C.B.D....: 622020  
Admissao.: 05/06/2017  
Registro...: 361 -132766 Fls/Ficha: \_\_\_\_\_

Salario Variavel de acordo com a quantidade  
de caixas de frutas colhidas pelo empregado  
durante a semana.  
Pagamento Quinzenal. 

LACTE MARTINS E OUTROS

1º ..... 2º .....  
Data saída 19 de Junho de 2018

Ass. do comprador ou a rogo é test. *[Assinatura]*

# LACIR MARTINS E OUTROS

Com. Dispensa CD n° .....



## CONTRATO DE TRABALHO

Empresador: LACIR MARTINS E OUTROS  
C.E.I.: 50.018.21013/82  
Endereço: RUA PRUDENTE DE MORAES, 440  
Cidade: TABATINGA - SP  
Esp. Estab.: 01.31-8/00 - Cultivo de laranja

Cargo:...: COLHEDOR  
CBO Nr.: 622020  
Admissão.: 01 de junho de 2017  
Registro.: 003249 Ficha: 3249  
Salário.: De acordo com a quant. de caixas de frutas colhidas

LACIR MARTINS E OUTROS

1º .....  
Data saída 16 de JULHO de 2019

Ass. do empregador ou a rogo *Enc. G. G. F. test.*  
LACIR MARTINS E OUTROS

Com. Dispensa CD nº .....

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

CNPJ/MF .....

Rua..... N° .....

Município..... Est. ....

Esp. do estabelecimento.....

Cargo.....

..... CBO n° .....

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.

1<sup>o</sup> ..... 2<sup>o</sup> .....

Com. Dispensa CD n° .....



05/03/2020

Celpe - Companhia Energética de Pernambuco

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1424948418

## Via para Pagamento Nota Fiscal - Fatura/Conta de Energia Elétrica

Dados do cliente

**SANDRA BESERRA NUNES**  
RUA VINTE E UM 5 -  
COHAB/SERRA TALHADA  
56909-100 SERRA TALHADA PE



CELPE - 116

Atendimento 24 horas.

ANEEL - 167

Ligação gratuita de telefones fixos e móveis

| BANCO DO BRASIL S/A               | 001-9 | Vencimento<br>04/03/2020        | Agência/Cd. Cedente<br>3064-3/54427-2 | Espécie<br>R\$              | Quantidade | Valor do Documento<br>R\$ 128,11 | (-) Desconto/abatimento |
|-----------------------------------|-------|---------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|------------|----------------------------------|-------------------------|
| (-) Outras deduções               |       | (+) Mora/multa p/ dia de atraso |                                       | (+) Outros acréscimos       |            | Ficha de Caixa                   | Autenticação Mecânica   |
| Nosso Número<br>32174750104149096 |       | Nº do Documento<br>0503347702   |                                       | Valor Cobrado<br>R\$ 128,11 |            |                                  |                         |

ICMS - Base de cálculo: R\$ 0,00 Aliquota: 25,00 Valor do Imposto: R\$ 28,25

Destaque aqui

|   |                            |   |             |               |                                   |  |
|---|----------------------------|---|-------------|---------------|-----------------------------------|--|
| BANCO DO BRASIL S/A                                   | 001-9                      | 00190.00009 03217.475015 04149.096176 9 81840000012811        |             |               |                                   |  |
| Loçal de Pagamento<br>Págavel na rede bancária.       |                            | Vencimento  |             |               |                                   |  |
| Cedente<br>Companhia Energética de Pernambuco - Celpe |                            | CONTRA APRESENTAÇÃO<br>Agência/Cód. Cedente<br>3064-3/54427-2 |             |               |                                   |  |
| Data Documento<br>26/02/2020                          | Nº Documento<br>0503347702 | Espécie Doc.  | Aceite<br>N | Data process. | Nosso Número<br>32174750104149096 |  |
| Uso Banco   | Carteira<br>17             | Moeda<br>R\$  | Quantidade  | Valor         | Valor do Documento<br>R\$ 128,11  |  |

### Instruções

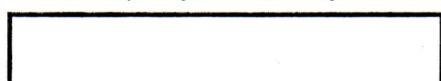
- 1-Multa por atraso de pagamento: 2% a ser cobrada na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL.
- 2-Juros no pagamento: 1% a.m. a ser cobrado na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL.
- 3-Atualização Monetária - sobre o IGP-M - Res. 414/ANEEL de 09/09/10 a ser cobrado na próx. fatura.
- 4-Pagável nos canais de recebimento da rede bancária.
- 5-Usar a opção "TÍTULOS" para pagamento em caixas eletrônicos ou internet.

|                                 |
|---------------------------------|
| (-) Desconto/abatimento         |
| (-) Outras deduções             |
| (+) Mora/multa p/ dia de Atraso |
| (+) Outros Acréscimos           |
| (=) Valor Cobrado               |
| R\$ 128,11                      |

001437506015

PAGAMENTOS COM CHEQUE SOMENTE SERÃO CONSIDERADOS  
QUITADOS APÓS COMPENSAÇÃO

Ficha de Compensação Autenticação Mecânica





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC  
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0267004299**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/11/2018** às **15:31**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **17/9/2018** às **14:33**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 1, FAZENDA CIPO** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ZONA RURAL**  
Local do Fato: **FAZENDA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

NAO SE APLICA ( AUTOR \ AGENTE )  
GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS

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

**GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **SANDRA BESERRA NUNES** Pai: **GENIVAL ALVES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **18/2/1993** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9212560/SDS/PE (RG), 11601606435 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **87988027254**

Endereço Residencial: **RUA VINTE E UM, 05 - CEP: 0 - Bairro: COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NAO SE APLICA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGF7990** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **488284732** Chassi: **9C2KDO550CR308750**  
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

**Complemento / Observação**

**COMPARECEU A ESTA DEPOL, OA VITIMA EM TELA, COMUNICANDO QUE NO DIA, HORA E LOCAL**



**DESCRITO TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA MENCIONADA, QUANDO EM DADO MOMENTO, PERDEU O CONROLE DA MESMA, VINDO A DERRAPAR E CAIR EM SEGUITA. APOS O OCORRIDO, A VITIMA BUSCOU ATENDIMENTO MEDICO NO HOSPAM, ONDE FOI ATENDIDO PELO DR. EBENONE, O QUAL CONSTATOU UM FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO, E DEPOIS A VITIMA, FOI OPERADA NA CLINICA SAO FRANCISCO.**

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

*Genicleison mateus Beserra Santos*

**GENICLEISON MATEUS BESERRA DOS SANTOS**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDMILSON PEREIRA LIMA - MAT. 151.743-0** - Matrícula: **151743-0**



**SINISTRO 3180565776 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA****EXCELSIOR DE SEGUROS****BENEFICIÁRIO** GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS**CPF/CNPJ:** 11601606435**Posição em 15-01-2019 09:47:32**

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**

|            |              |          |              |
|------------|--------------|----------|--------------|
| 16/01/2019 | R\$ 1.687,50 | R\$ 0,00 | R\$ 1.687,50 |
|------------|--------------|----------|--------------|





BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

|               |                                   |            |           |               |                |
|---------------|-----------------------------------|------------|-----------|---------------|----------------|
| Data:         | 14/09/18                          | Hora:      | 14:33     | Nº:           | 122            |
| Nome:         | Guilherme Matheus Berebura Santos |            |           | Profissão:    | Jogador        |
| Nome Social:  |                                   |            |           | Estado Civil: | Solteiro       |
| Nascimento:   | 18-02-93                          | Sexo:      | masculino | Responsável:  |                |
| Escolaridade: | 8º ano                            |            |           |               |                |
| Mãe:          | Daniela Berebura Nunes            |            |           |               |                |
| Endereço:     | rua 16 05                         |            |           |               |                |
| Bairro:       | Colinas                           | Município: | ST/PE     | Fone:         | 0802-4254 (27) |
| Cartão SUS:   | 402 108 6825 8593                 |            |           | RG/CPF:       |                |
| Raça/Cor:     | Branca                            | Preta      | Parda     | Amarela       | Indígena       |

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMEI HO

AMARELO

VERDE

37011

**Situação/Queixa:**

Two no the

PA: \_\_\_\_\_ | Pulso: \_\_\_\_\_ | HGT: \_\_\_\_\_ | T: \_\_\_\_\_ | SpO2: \_\_\_\_\_ | Peso: \_\_\_\_\_ | Glasgow: \_\_\_\_\_  
Medicacões em uso: \_\_\_\_\_

### Medicações em uso: Intolerâncias/Alergias

**Intolerancias/Alergias:**

### Fluxograma:

### Fluogramma.

Carimbo e Assinatura:

#### ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

→ Fluorescence

### Tratamento:

|          |              |       |
|----------|--------------|-------|
| Tensão   | <u>Baixa</u> |       |
| Voltar   | <u>60</u>    | 17.30 |
| Diminuir | <u>5</u>     |       |

Comitê 211, bloco 2, 003  
Setor da Saúde, 003  
CORE/PE 003.540.829



(87) 9 8802 7254

|  |                        |                                      |                                |  |  |
|--|------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--|--|
|   | Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde                  | Secretaria de Saúde Pernambuco |   | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde  |                        |                                      |                                | 2 - CNES   |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br><b>Hospital Francisco Anselmo Ltda.</b>   |                        |                                      |                                | 2 5 1 7 1 2 4  |  |
| 2 - CNES<br> São Francisco                                    |                        |                                      |                                | 4 - CNES   |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br><b>Hospital Francisco Anselmo Ltda.</b>   |                        |                                      |                                | 2 5 1 7 1 2 4  |  |
| Identificação do Paciente  |                        |                                      |                                | NOME ATEND.  |  |
| NÚMERO DO DOCUMENTO<br>86821560  |                        |                                      |                                | NOME ATEND.  |  |
| 5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)<br>802108768258583  |                        |                                      |                                | 6 - SIS PRENATAL   | 7 - SENHA/REGULAÇÃO  |
| 9 - NOME DO PACIENTE<br>Genivaldoson Santos B. Santos  |                        |                                      |                                | 8 - N.º DO PRONTUÁRIO<br>41861   | 10 - DATA DE NASCIMENTO<br>18/02/93                            |
| 12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL<br>Santana Bezerra Nunes   |                        |                                      |                                | 11 - SEXO<br><input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.   | 13 - TELEFONE DE CONTATO<br>8798802725                         |
| 14 - ENDEREÇO (RUA N.º BAIRRO)<br>Rua Vinte e um, 5.   |                        |                                      |                                | 16 - COD. IBGE MUNICÍPIO<br>0263220  | 17-UF<br>PE  |
| 15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA<br>Serra Talhada  |                        |                                      |                                | 18 - CEP<br>56904100   |  |
| 19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO   |                        |                                      |                                |  |  |
| <p>— Da + mma — me<br/>no —</p>  |                        |                                      |                                |  |  |
| 20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  |                        |                                      |                                |  |  |
| 21 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br>○ F21E N0 Tn   |                        |                                      |                                |  |  |
| 22 - CID. 10 PRINCIPAL<br>582.6  |                        |                                      |                                |  |  |
| 23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO  |                        |                                      |                                |  |  |
| 24 - CID. 10 SECUNDÁRIO  |                        |                                      |                                |  |  |
| 25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS   |                        |                                      |                                |  |  |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br>Tl - crurice 10 + m   |                        |                                      |                                |  |  |
| 27 - COD. DO PROCEDIMENTO<br>04/08.05.049-7  |                        |                                      |                                |  |  |
| 28 - CLÍNICA   |                        | 29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO           |                                | 30 - DOCUMENTO<br>( ) CNS ( ) CPF  |  |
| 32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE<br><br>Dr. Ebenor Silva<br>Ortopedia / Traumatologia<br>CRM: 15.122<br>CEM - Fone: 9.9916-0112 |                        | 33 - DATA DA SOLICITAÇÃO<br>18/09/18 |                                | 31 - N.º DO CUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE<br>34 - ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR MÉDICO<br>Dr. Francisco Anselmo Magalhães<br>CPF: 123.456.054-49<br>CRM: 5382 |  |
| 35 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  |                        |                                      |                                |  |  |
| 36 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO   |                        |                                      |                                |  |  |
| 37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO  |                        |                                      |                                |  |  |
| 38 - CNPJ DA SEGURADORA  |                        |                                      |                                |  |  |
| 39 - N.º DO BILHETE  |                        |                                      |                                |  |  |
| 40 - SÉRIE   |                        |                                      |                                |  |  |
| 41 - CNAE DA EMPRESA   |                        |                                      |                                |  |  |
| 42 - CBO   |                        |                                      |                                |  |  |
| 43 - SÉRIE   |                        |                                      |                                |  |  |
| 44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:<br>( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO                  |                        |                                      |                                |  |  |
| 45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO   |                        |                                      |                                |  |  |
| 46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR  |                        |                                      |                                |  |  |
| 51 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)   |                        |                                      |                                |  |  |
| 47 - DOCUMENTO<br>( ) CNS ( ) CPF  |                        |                                      |                                |  |  |
| 48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR/H  |                        |                                      |                                |  |  |
| 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO   |                        |                                      |                                |  |  |
| 50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)  |                        |                                      |                                |  |  |
| MOTIVO DA ALTA: <i>recomendação</i>  |                        |                                      |                                |  |  |
| CARÁTER DA INTERNAÇÃO: <i>eletrônico</i>   |                        |                                      |                                |  |  |
| DATA DA INTERNAÇÃO: <i>25/09/18</i>  |                        |                                      |                                |  |  |

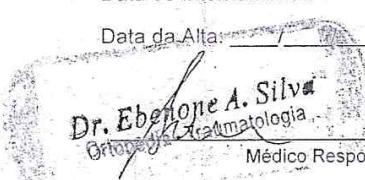


|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <br><b>HOSPITAL<br/>SÃO FRANCISCO</b> |  | <b>HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA</b><br>Rua Vereador Silviano Coelho, 193 - Andar 1 - Serra Talhada - PE<br>Fone/Fax: (87) 3839-3717 / 3831-2147 - CEP: 56.217-110<br>CNPJ: 41.049.560/0001-94 - <a href="http://www.hospitaisaofrancisco.com.br">www.hospitaisaofrancisco.com.br</a> |  |
| <b>CLÍNICA<br/>CIRURGICA</b>   |  |   |  |

|  |                            |                       |                          |                        |                          |                |                |                          |
|--|----------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|----------------|----------------|--------------------------|
| Data do Atendimento:   | 25/09/2018                 | Prontuario:           | 00041861                 | Registro:              | 00087417                 | Côvôrno:       | SUS INTERNACAO |                          |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS |                            |                       |                          |                        |                          |                |                |                          |
| Data Nascimento:   | 18/02/1993                 | Idade:                | 25 Anos, 7 Meses         | Sexo:                  | MASCULINO                | Cor:           | PARDA          |                          |
| Estado Civil:  | SOLTEIRO(A)                | Profissão:            | AJUDANTE                 | Naturalidade:          |                          | Nacionalidade: |                |                          |
| Filiação: Pai:   | GENIVALDO ALVES DOS SANTOS |                       | Mãe:                     | SANDRA BESERRA NUNES   |                          |                |                |                          |
| Endereço:  | RUA VINTE EUM              |                       |                          |                        |                          | Nº             | 5              |                          |
| Bairro:  | COAHB                      | Cidade:               | SERRA TALHADA            |                        | Estado:                  | PE             | Telefone:      | 988027254                |
| ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:                                     |                            |                       |                          |                        |                          |                |                |                          |
| Acidente de Trânsito:  | <input type="checkbox"/>   | Acidente de Trabalho: | <input type="checkbox"/> | Outros Acidentes:      | <input type="checkbox"/> | Agressão:      |                | <input type="checkbox"/> |
| Suicídio:  | <input type="checkbox"/>   | Casual:               | <input type="checkbox"/> | Outros:                | <input type="checkbox"/> |                |                |                          |
| Nome do Acompanhante:  |                            |                       |                          | Telefone para Contato: |                          |                |                |                          |
| Endereço:  |                            |                       |                          |                        |                          |                |                |                          |
| Local da Ocorrência:   |                            |                       |                          |                        |                          |                |                |                          |
| ANAMISES E EXAMES FÍSICOS                                    |                            |                       |                          |                        |                          |                |                |                          |
| <i>Tumores no tórax e abdômen</i>                            |                            |                       |                          |                        |                          |                |                |                          |

|                      |                                   |  |
|----------------------|-----------------------------------|--|
| Diagnóstico Inicial: | <i>Tumores no tórax e abdômen</i> |  |
| S.A.D.T              |                                   |  |
| Diagnóstico Final    | <i>Oncologia</i>                  |  |

|                      |                                     |                 |                                     |                       |            |
|----------------------|-------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|-----------------------|------------|
| Data do Atendimento: | Data do Atendimento:                |                 |                                     |                       |            |
| Melhorada:           | <input checked="" type="checkbox"/> | Decisão Médica: | <input checked="" type="checkbox"/> | Data do Internamento: | 25/09/2018 |
| Inalterado:          | <input type="checkbox"/>            | Alta a Pedido:  | <input type="checkbox"/>            | Data da Alta:         | <hr/>      |
| 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:            | /                                   | Horas:          |                                     |                       |            |


  
 Dr. Ebenilene A. Silva  
 Odontologia

Médico Responsável

