



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Adailton Lopes da Silva, brasileiro, casado, agricultor, portador do RG N° 460.2777 SSP/PE, inscrito no CPF N° 900.843.654-09, residente e domiciliado Rua Quirino Luciano, Foz de Maria N° 161, Caetani, 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 n° 25.252, inscrito no CPF/MF sob o n° 041.542.024-56, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, n° 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, 29 de Agosto de 2019.

X ADAILTON LOPES DA SILVA

OUTORGANTE

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



DECLARAÇÃO

Adailton Lopes da Silva, Brasileiro, casado, agricultor,
portador do RG N° 41602777, SSP/PE, inscrito no CPF N° 900.843.
654-04, residente e domiciliado Rua Quirino Luciano fo-
se de Maria N° 161, Poetano II, Floresta PE CEP: 56100-000. **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. 98º seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da
Constituição Federal.

Floresta PE, 29 de Agosto de 2019.

X ADAILTON LOPES DA SILVA

Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL

1362

ADAILTON LOPES DA SILVA

ASSINATURA CONTÍNUA

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 4602777

DATA DE EMISSÃO 27.03.1991

ADAILTON LOPES DA SILVA

Genésio Lopes da Silva e Terezinha Maria da Silva

DATA DE NASCIMENTO 02.02.1973

FLORESTA-PE

NASC. Nº 5104 liv. 10 Fls. 80

Cart. Floresta-PE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 20/06/93

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE

ADAILTON LOPES DA SILVA

NASCIMENTO 02.02.73

ADAILTON LOPES DA SILVA

ASSINATURA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 4602777

DATA DE EMISSÃO 27.03.1991

ADAILTON LOPES DA SILVA

Genésio Lopes da Silva e Terezinha Maria da Silva

DATA DE NASCIMENTO 02.02.1973

FLORESTA-PE

NASC. Nº 5104 liv. 10 Fls. 80

Cart. Floresta-PE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 20/06/93

Cartão do Usuário

SUS Sistema Único de Saúde

Cartão Nacional de Saúde

Nº: 707.007.857.344.436

Nome: Adailton Lopes da Silva

Data do Nascimento: 02.02.73

Sexo: M Data de Emissão: 06.11.14

Município de Residência: Floresta UF: PE

Sistema Único de Saúde

DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível. Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque Saúde. VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL.

SUS



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **900.843.654-04**

Nome: **ADAILTON LOPES DA SILVA**

Data de Nascimento: **02/02/1973**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **27/11/1992**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:10:34** do dia **29/08/2019** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **CBE3.DA4B.23D4.4CA9**





MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

30089 Série 00008



Polegar Direito.



Adailton Lopes da Silva

8

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Adailton Lopes da Silva
Loc. Nasc. Rua Quilombo de Yna - Floresta
Est. PE Data 03/12/1973
Filiação Genésio Lopes da Silva e de Terezinha Maria da Silva
Est. Civil solteiro Doc. N° 5104
Fls. 80 Liv. 10 Reg. Civil Nas.
Outro doc.
Situação Militar: Doc.
N° Órgão Est.
Naturalizado Dec. N° Em/...../.....

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
Doc. Ident. N° Exp. em/...../.....
Estado
Obs
Data Emissão 27.03.91 DRT 92
trabalho

9

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

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

10

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

Registrado em/...../..... como sob
N° Liv. Fls. Data
DRT Ass. do Funcionário
Registrado em/...../..... como sob
N° Liv. Fls. Data
DRT Ass. do Funcionário
Registrado em/...../..... como sob
N° Liv. Fls. Data
DRT Ass. do Funcionário



70.223.749/0001-39

Empregador **Comercio Paraty Ltda.**

Rua **Major José R. de Moraes, 352 - Centro**

CEP **56400-000** Nº _____

Município **Floresta - PE**

Esp. do estabelecimento _____

Cargo **Contratador de Mercadorias**

C.B.O. nº _____

Data admissão **02** de **fevereiro** de **19 2009**

Registro nº _____ Fls./Ficha **46**

Remuneração especificada **R\$ 240,00**
(duzentos e quarenta reais) por mês

Assinatura do empregador ou seu representante legal

1º _____ 2º _____

Data saída **08** de **março** de **19 2009**

Assinatura do empregado

1º _____ 2º _____

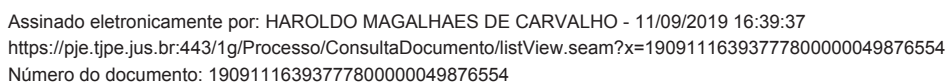
Com. Dispensa CD Nº _____

1º 2º
Data saída: 08 de Junho de 192008
~~Com. Dispensa CD N°~~
1º 2º
Com. Dispensa CD N°

1.º 2.º
Com. Dispensa CD N.º

13

1º 2º
Com. Dispensa CD Nº





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA DARIO FERREAZ - NUM. - 00319 - CENTRO FLORES
TA PE 56400-000

DADOS DO CLIENTE
ADAILTON LOPES DA SILVA MATRICULA: 9234608 Jun/2018
R QUIRINO LUCIANO JOSE DE MARIA, N. 00161 - - CAETANO II FLOR
ESTA PE 56400-000
INSCRIÇÃO: 057.214.019.000.000 GRUPO: 3 DEB. AUTOMÁTICO: 009234608

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO Y10N197518	DATA LEIT. ANTERIOR 26/05/2018	1	DATA LEIT. ATUAL 27/06/2018	TIPO DE CONSUMO (AVE) REAL

ÁGUA:
LEIT ANT: 991 CONSUMO: 14
LEIT ATU: 1005
LEIT FAT: 1005

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

05/2018 09
04/2018 10
03/2018 12
02/2018 10
01/2018 12
12/2017 13
MÉDIA: 11

PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDI- M. LEGIS.
TURBIDEZ	34	34	34
COR APARENTE	34	34	34
CLORO RESIDUAL	34	34	34
CO. IF. TOTAIS	34	34	34
COL. COLI	34	34	34

Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE (1)		
ATE 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	4 M3	18,96
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2018		0,84
DEV. OUTROS VALORES 05/2018		1,12

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	60,26	1,65	0,99
COPIS	60,26	7,60	4,58

VENCIMENTO: 05/07/2018

TOTAL A PAGAR: 59,98

MENSAGEM:

EM 31/05/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA.
ESTAVA EM DÉBITO COM A COMPESA CASO
JÁ O TENHA PAGO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.



05/06/2018

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 187ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORESTA - DP187ªCIRC DINTER2/22ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0277000794**



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/06/2018** às **16:58**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **20/5/2018** às **16:35**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1, PE-360, PRÓXIMO AO POSTO DO AIRI** - Bairro: **ZONA RURAL DE FLORESTA** - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
FRANCELIA LOPES DA SILVA (OUTRO)
ADAILTON LOPES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ADAILTON LOPES DA SILVA**

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

ADAILTON LOPES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **TEREZINHA MARIA DA SILVA** Pai: **GENESIO LOPES DA SILVA** Data de Nascimento: **2/2/1973** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4602777/SSP/PE (RG)**, **90084365404 (CPF)**, **01322633139 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **87999019895**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 161, RUA QUIRINO LUCIANO JOSÉ DE MARIA - CEP: 0 - Bairro: CAITANO II - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

FRANCELIA LOPES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **TEREZINHA MARIA DE JESUS** Pai: **GENESIO LOPES DA SILVA** Data de Nascimento: **23/8/1980** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **03350220495 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PROFESSOR(A)** Telefones Celulares: **87999430091**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 91, RUA TEN. CEL. MANOEL DE SOUZA FERRAZ - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **DESCONHECIDO** Data de Nascimento: **1/1/1999** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

MOTOCICLETA HONDA CG FAN ES (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANCELIA LOPES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ADAILTON LOPES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não** Número de Série: **9c2jc4120ar004698**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLS3550 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **169201015** Chassi: **9C2JC4120AR004698**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN ES, COR PRETA, PLACA KLS3550, 2009/2010**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE, NA TARDE DO DIA 20 DE MAIO DE 2018, TRAFEGAVA PELA PE-360 SENTIDO IBIMIRIM-FLORESTA, QUANDO UM JUMENTO ATRAVESSOU A VIA; QUE, TENTOU DESVIAR-SE, MAS NÃO CONSEGUIU E COLIDIU COM O ANIMAL; QUE, NESSE MOMENTO, OUTRA PESSOA QUE PASSAVA PELO LOCAL PRESTOU SOCORRO, E TROUXE-O PARA O HOSPITAL CORONEL ALVARO FERRAZ, NA CIDADE DE FLORESTA. SEGUNDO CONSTA O BOLETIM DE EMERGENCIA, O ACIDENTE CAUSOU A VÍTIMA

<https://pje.tje.pe.br/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091116393801100000049876556>



05/06/2018

Boletim de Ocorrência

FRATURA DE FIBULA E TIBIA. ANTE O CORRIDO COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA REGISTRAR O BOLETIM DE OCORRENCIA.

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

ADAILTON LOPES DA SILVA
ADAILTON LOPES DA SILVA
(VITIMA)

Fabio José Santana de Melo Júnior
B.O. registrado por: **FABIO JOSÉ SANTANA DE MELO JÚNIOR** - Matrícula: **387503-2**



Prefeitura Municipal de
Floresta

Com a povo, construído um novo tempo.



CONFERE COM O ORIGINAL

HOSPITAL CORONEL ÁLVARO FER
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº

DATA: 20/05/2018 HORA: 16:35 CARTÃO SUS: 107.007.857.544-436

NOME: Adailton Lopes da Silva
DATA NASCIMENTO: 02/02/73 IDADE: 45 SEXO: M ESTADO CIVIL: - PROFISSÃO: -

MÃE: Terezinha Ma da Silva
PAI: Genésio Lopes da Silva

ENDEREÇO: R. Pe. Claudis Novas
MUNICÍPIO: Floresta - PE FONE: - CPF: - BAIRRO: -

RAÇA/COR: BRANCA PRETA PARDA AMARELA INDÍGENA

P.A.: 140x90 mm/Hg PULSO: - HGT: 87 mm/dl TEMP: - PESO: -
CURATIVO: - APLICAÇÃO MEDICAMENTO: - RX: - IMOBILIZAÇÃO: - ECG: - SUTURA: -

VÍTIMA DE ACIDENTE: SIM NÃO ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL: Jaimabergue Thas Lopes Feres
MORDIDA DE ANIMAIS: SIM NÃO

HISTÓRIA E EXAME FÍSICO: Acid. Mito
Regem queda de moto, da esquerda para a direita, desvio do eixo, presença de escoriações e
para (E), mãos.

TRATAMENTO: Regem punho baseado durante redução e
curva na estrada, e não que vista átria
calcular com sua mão (sic).

Glasgow: 15, PA: 140x90 mm/Hg, HGT: 87 mm/dl

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura de Fíbula
Aberta (E)

DESTINO DO PACIENTE: INTERNADO RESIDÊNCIA TRANSFERIDO EVASÃO

REMOVIDO PARA HOSPITAL: -

BITO: - HORA: - SENHA: -

OBSERVAÇÃO MÉDICA

DATA:

HORA:

PACIENTE:

OUTRAS QUEIXAS:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Rega de glicose

MEDICAÇÃO:	HORÁRIO:	OBS.:
1/1000 hidralazina		
1/1000 Glicose - 100 ml	→ 17:30	
+ AD (E) de 100 ml		
3/1000 Amp 500 mg	→ 17:30	
100 ml (E) de 100 ml		
4/1000 de 100 ml (E) em AD		
peril		
1/1000 de 100 ml de 100 ml		
Antipirina		
Sin 3430 746 (C) 17:20		

CONFERE COM O ORIGINAL

Mano do Socorro R - de São Novaes Leão
Administradora
CPF: 402.383.854-34
Mét: 233.242-6

EXAMES SOLICITADOS:

HEMOGRAMA	LCR
GLICOSE	HIV
URÉIA	VDRL
CREATINA	CKMB
IONOGRAMA	TROPONINA
LEUCOGRAMA	
ERITOGRAMA	

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

ESPAÇO RESERVADO A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora **Profissional Evolução**
14/06/18 10:28 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES
Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabeleciment	Observação
14/06/18 10:28	Em digitação	0h:2m:9s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
14/06/18 10:30	Aguardando Regulacao		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário
-------------	--------------------	---------

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA		DATA DA SOLICITAÇÃO: 14/06/2018 10:28
MÉDICO SOLICITANTE: JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 9608	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: ADAILTON LOPES DA SILVA		Nº DO PRONTUÁRIO: 456904
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 02/02/1973	SEXO: Masculino
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: TEREZINHA MARIA DA SILVA		TELEFONE DE CONTATO:
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): FAZ. QUEBRA UNHA,		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FLORESTA	CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 2605707	UF: PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): RAIO X		
DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DE TIBIA ESQUERDA		
CID 10 PRINCIPAL:	CID 10 SECUNDÁRIO:	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
CLÍNICA:	CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA
DOCUMENTO: (X) CNS () CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:	DATA DE AUTORIZAÇÃO:
TIPO DE LEITO:	ESPECIALIDADE:
MÉDICO AUTORIZADOR:	

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	DATA DA SOLICITAÇÃO:
DOCUMENTO: (X) CNS () CPF	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	

ESCLARECIMENTOS





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.	
900.843.654-04			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	6 - SIS PRE NATAL	7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - Nº DO PRONTUÁRIO
707007857544436			000156148
9 - NOME DO PACIENTE		10 - DATA DE NASCIMENTO	11 - SEXO
ADAILTON LOPES DA SILVA		02/02/1973	Masculino
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO	
TEREZINHA MARIA DA SILVA		(87) 99901-9895	
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)		16 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
RUA QUIRINO LUCIANO DE MARIA		PE 56400-000	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - UF	
FLORESTA		PE	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO	
<i>Resposta física MIE, abd. midoal hipoacúsico, perdo e - Equis. dos p. Sino. Tensional normal MIE</i>	
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
<i>Rx. Tórax e AP + Reflex</i>	
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID. 10 PRINCIPAL
<i>Fraqueza filiar</i>	<i>G07.0</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>Admissão em UTI</i>		<i>10.8060360</i>
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	30 - DOCUMENTO
203 - TRAUMA. MASC. 01	☒ X ☐ CNS ☐ CPF	
31 - ASS. E CARIMBO DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE	32 - DATA DA SOLICITAÇÃO	33 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)
<i>Antonio Rodrigues</i> CRM: 7351 CPF: 658.562.002-25	27/06/2018	<i>Antonio Rodrigues</i> CPF: 01.14.3.934-41 CRM: 16278

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 - CNAE DA EMPRESA	43 - CBOR
37 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
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>263830502816-5</i>
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	MOTIVO DA ALTA:
☐ CNS ☐ CPF		<i>12</i>
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR	CARATER DA INTERNAÇÃO:
<i>11</i>	<i>Dr. Pereira de Andrade Melo</i> CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603 Médico Autorizador <i>XI. OLIVEIRA</i>	<i>02</i>
		DATA DA INTERNAÇÃO:
		<i>27.06.18</i>
		DATA DA ALTA:
		<i>31.7.18</i>



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	DATA DA SOLICITAÇÃO: 05/07/2018 15:16
MÉDICO SOLICITANTE: JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 9608

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: ADAILTON LOPES DA SILVA	Nº DO PRONTUÁRIO: 464639
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 02/02/1973
	SEXO: Masculino
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: TEREZINHA M. DA SILVA	TELEFONE DE CONTATO:
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): PROJETADA II,	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FLORESTA	COD. IBGE MUNICÍPIO: 2605707
	UF: PE
	CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): RAIO X
DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA
CID 10 PRINCIPAL:
CID 10 SECUNDÁRIO:
CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
CLÍNICA:	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:
CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA	
DOCUMENTO: (X)CNS ()CPF	

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:	DATA DE AUTORIZAÇÃO:
TIPO DE LEITO:	ESPECIALIDADE:
MÉDICO AUTORIZADOR:	

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	DATA DA SOLICITAÇÃO:
DOCUMENTO: (X)CNS ()CPF	COD. ÓRGÃO EMISSOR: 8958
Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	

ESCLARECIMENTOS



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução
09/07/18 09:07 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

Descrição
PACT,INSTAVEL AGUARDANDO VAGA CIRURGICA

Data/Hora Profissional Evolução
08/07/18 12:00 ANA CAROLINA GUERRA CORREIA ALVES

Descrição
NO MOMENTO SEM VAGA PARA OFERTAR APOS BUACA ATIVA NA REDE CONVENIADA.

Data/Hora Profissional Evolução
07/07/18 10:52 MARILIA ALVES PEREIRA CARNEIRO

Descrição
ENFª MARCIANA CARVALHO INFORMA: PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, PERMANECE NO SERVIÇO AGUARDANDO VAGA DE CIR. ORTOPÉDICA, RESSALVO QUE FOI REALIZADO BUSCA ATIVA, NO MOMENTO SEM DISPONIBILIDADE.

Data/Hora Profissional Evolução
06/07/18 09:18 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

Descrição
PACT,INSTAVEL AGUARDANDO VAGA CIRURGICA

Data/Hora Profissional Evolução
05/07/18 17:55 MARIA LUIZA DE SOUZA MIRANDA BARBOSA

Descrição
NO MOMENTO SEM VAGA PARA OFERTAR APOS BUSCA NA REDE PUBLICA E CONVENIADA.

Data/Hora Profissional Evolução
05/07/18 15:16 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabeleciment	Observação
05/07/18 15:16	Em digitação	0h:1m:30s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
05/07/18 15:18	Aguardando Regulacao	2h:13m:28s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
05/07/18 17:31	Aguardando Regulacao	0h:0m:15s	CARLOS.LEAO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: CARLOS.LEAO solicitação: 464639
05/07/18 17:31	Regulado	0h:23m:23s	CARLOS.LEAO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO.
05/07/18 17:55	Aguardando Disponibilidade		LUIZA.MIRANDA/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE.

DADOS CANCELAMENTO





Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 19/07/2018		Nº Registro: 000156148	
Identificação do Paciente: ADAILTON LOPES DA SILVA		202 - TRAUMA. MASC. 03	
Data Nascimento: 02/02/1973	Idade: 45	Sexo: Masculino	Cor: Parda
Estado Civil: Casado(a)	Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade: FLORESTA	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: GENESIO LOPES DA SILVA		Mãe: TEREZINHA MARIA DA SILVA	
Endereço: RUA QUIRINO LUCIANO DE MARIA		161	
Bairro: CAETANO 02	Cidade: FLORESTA	Estado: PE	Telefone: (87) 99901-9895

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

Lesões purpúricas M.E., debr-
midade de pele, com
e edema, após
supotensão precocel MIE

Diagnóstico Inicial

trauma de M.E.

S.A.D.T

delegado TRAC, ver. Ofício e
reuniram-se no dia 20/7/18

Diagnóstico Final

TRAT. TRAUMA

CONDIÇÃO DE ALTA

MOTIVO DA ALTA

Melhorada ☒
Inalterado ☐
Piorado ☐
Óbito+48h ☐
Óbito-48h ☐

Decisão Médica ☒
Alta a Pedido ☐
Transferência ☐
Evasão ☐
Indisciplina ☐

Óbito em: / /

Hora: / /

Data do Internamento:

Data da Alta:

Local:

19/07/18
Antônio Rodrigues
CRM 1.548
CPF 056.554.003-25

Médico Responsável



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.		
900.843.654-04			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	6 - SIS PRE NATAL	7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - Nº DO PRONTUÁRIO
70700785754436			000156148
9 - NOME DO PACIENTE	10 - DATA DE NASCIMENTO	11 - SEXO	
ADAILTON LOPES DA SILVA	02/02/1973	Masculino	
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	13 - TELEFONE DE CONTATO		
TEREZINHA MARIA DA SILVA	(87) 99901-9895		
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)	16 - COD. IBGE MUNICÍPIO		
RUA QUIRINO LUCIANO DE MARIA	PE 56400-000		
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - UF	18 - CEP	
FLORESTA	PE	56400-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO	
<i>Doença pulmonar crônica</i> <i>degenerativa crônica</i> <i>com insuficiência respiratória</i> <i>crônica e supracardíaca</i> <i>com insuficiência cardíaca</i> <i>com insuficiência renal</i>	
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
<i>Exames e AP e Rb</i>	
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID-10 PRINCIPAL
<i>Insuficiência cardíaca</i>	<i>I50.2</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>202 - TRAUMA, MASC, D1</i>	<i>0408050500</i>
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
30 - DOCUMENTO	31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
<i>IX CNS CPF</i>	
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
<i>Antonio Rodrigues de Freitas</i>	<i>19/07/2018</i>
34 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL MÉDICO	
<i>Mauriciana Pereira Pereira</i> CPF: 033.473.994-41 CRM: 16278 Clínica	

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 - CNAE DA EMPRESA	43 - CBOR
37 - [] ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
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>26120502763-2</i>
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	MOTIVO DA ALTA:
<i> CNS CPF</i>		
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL MÉDICO)	CARATER DA INTERNAÇÃO
<i>/ /</i>	<i>Ilo Pereira de Andrade Melo</i> -CPF: 156.272.214-15 CRM: 8603 Médico Autorizador XI GERES	<i>Or</i>
		DATA DA INTERNAÇÃO: <i>19 07 18</i>
		DATA DA ALTA: <i>24 07 18</i>



Cirurgia Realizada:

N° do Procedimento:

Osteossintese Tibial E

Data:

23/07/18

Início:

Término:

Cirurgião:

Aurelio

1° Auxiliar:

Rafael

2° Auxiliar:

Anestesista:

Luciano

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Seção por Tom Assessor
 MIE - Lesão de face posterior fêmur
 E com plástica por plástica
 plástica de face plástica osso, fêmur
 fêmur e osso tibial medial,
 Osteossintese de Tibial medial
 Q1 Haste bloqueada
 03 P. Bloqueada
 01 P. Tampa
 Radioscopia
 Sutura por plástica +
 Acabado

Antônio Rodrigues de Freitas
 CRM 7351
 CPF: 036.552.083-25

Assinatura do Cirurgião



Cirurgia Realizada:

1o Procedimento:

osteossintese da e. do f. fixação

Data: 02/07/18

Início:

Término:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

UIE

Sub puer 18m Anos
Mecanismo Mecânico MIE -
Manipulação. f. do p. de fixação

~~Redução e fixação de~~
~~fratura usando:~~

~~1. Fixador externo~~
~~2. Placa e parafusos~~

~~3. Acetabular~~

Redução e fixação de fratura
+ Acetabular

Antônio Rodrigues de Freitas
CRM 7351
CPF: 056.552.003-25

Assinatura do Cirurgião



SINISTRO 3180295331 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ADAILTON LOPES DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** SEGURADORA

LÍDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO ADAILTON LOPES DA SILVA**CPF/CNPJ:** 90084365404**Posição em 03-12-2018 09:34:14**

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
04/12/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

