



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Paula Camila da Silva Nascimento, brasileira, solteira, agricultor,
portadora do RG nº 4915632 SDS/PE, inscrita no CPF nº 900.150.294-68,
residente e domiciliada na Rua Dona Lourdes Mariano, nº 124 QD-E,
São Braz, Afogados da Ingazeira/PE, CEP: 56.800-000, 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.

Afogados da Ingazeira/PE, 26 de Dezembro de 2018.

X Paula Camila da Silva Nascimento

OUTORGANTE

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



DECLARAÇÃO

Luiz Camilo da Silva Nascimento, brasileiro, solteiro, agricultor,
portador da RG nº 4915632-5/PE, inscrita no CPF nº 900.150.294-08,
residente e domiciliado na Rua Dona Gauria Maxiano, nº 124 QD-E,
São Braz, Afogados da Ingazeira/PE, CEP: 56.800-000, **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.

Afogados da Ingazeira/PE, 26 de Dezembro de 2018.

X Luiz Camilo da Silva Nascimento
Declarante



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

NOME
LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
4915632 SDS PE

CPF
900.150.294-68

DATA NASCIMENTO
04/02/1972

FILIAÇÃO
COSMO FRANCISCO DO NASCIMENTO
VICENCIA FRANCISCA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB
A2

N° REGISTRO
05828334560

VALIDADE
27/07/2020

1ª HABILITAÇÃO
24/02/2016

OBSERVAÇÕES
 EAR

ASSINATURA DO PORTADOR
Luiz Camilo da Silva Nascimento

LOCAL
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

DATA EMISSÃO
02/03/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
Chistley Anderson Sousa Ribeiro
 Diretor Presidente

32605604406
 PE078098408

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1421431312

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1421431312



MENSAGEM DO SENHOR MINISTRO

Criada em 1932, a Carteira de Trabalho e Previdência Social resistiu ao passar dos anos, assimilando com muita presteza as profundas modificações que se registraram, nestas décadas, na composição, distribuição e qualificação da nossa força de trabalho.

Sem nenhum exagero, pode-se afirmar que este documento, por muitos ainda hoje conhecido como "carteira profissional", converteu-se num dos mais importantes instrumentos à disposição do trabalhador, fazendo às vezes de cédula de identidade, título de crédito, atestado de antecedentes, de boa conduta e de residência, para citar apenas algumas das suas múltiplas utilidades.

Em sua simplicidade, a CTPS reflete a carreira do trabalhador e sua evolução profissional. Cabe-lhe pois, protegê-la atenta e cuidadosamente, porque enquanto pelos seus aspectos externos essa Carteira revela traços importantes da personalidade e da formação do seu possuidor, os registros internos, habitualmente insubstituíveis, se constituem nas melhores garantias da preservação e da efetivação dos seus direitos trabalhistas e previdenciários.

Almir Pazzianotto Pinto



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO



CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Polegar Direito



Série 100004

Número 09221

ASSINATURA DO PORTADOR
Haroldo Magalhães de Carvalho

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Haroldo Magalhães de Carvalho
 Loc. Nasc. Serra Talhada
 Est. PE Data 04.09.89
 Filiação como Francisco de nascimento de Almeida
Francisco da Silva
 Est. Civil solteiro Doc. N°
 Fls. Liv. Reg. Civil
 Outro doc.
 Situação Militar: Doc. ext. Al. militar
 N° 300363 Órgão PRM Est. PE
 Naturalizado Dec. N° Em

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
 Doc. Ident. N° Exp. em
 Estado
 Obs

Data Emissão 04.05.90 DRT PE

Haroldo Magalhães de Carvalho
 Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

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

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

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

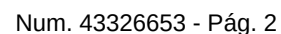
Nome	Est. Civil	Idade	Grau Parentesco
			Pai
			Mãe
			Filho(a)
			Sobrino(a)
			Neto(a)
			Avô(a)
			Primo(a)
			Cunhado(a)
			Outro

CARTEIRAS ANTERIORES

Número	Série	Data da Entrega
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

1.º 2.º
Com. Dispensa CD N.º

1.º 2.º
Com. Dispensa CD N.º



Empregador

CGC/MF

Rua N°

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

..... C.B.O. n°

Data admissão de de 19.....

Registro n° Fls./Ficha

Remuneração especificada

.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Data saída.....de..... de 19.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Com. Dispensa CD N°

Empregador

CGC/MF

Rua N°

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

..... C.B.O. n°

Data admissão de de 19.....

Registro n° Fls./Ficha

Remuneração especificada

.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Data saída.....de..... de 19.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Com. Dispensa CD N°



DADOS DO CLIENTE
MARILENE COSTA DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA D.ª LAURA MARIANO 124 QD- E

CPF: 079.054.958-55 NIS: 16479558988

SAO BRAZ/AFOGADOS DA INGAZEIRA
AFOGADOS DA INGAZEIRA PE
56800-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
030485251	ÚNICA	05/09/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/09/2018	2002782794	5848711

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7015358240	09/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
13/09/2018	08/10/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	37,54

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,10699459	5,60
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	81,00000000	0,32056215	19,55
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,48
Contribuição Iluminação Pública			6,90
PRO-CRIANÇA-(061)3412-8960 0800 031 9999			3,00

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR		TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
			DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
31.35944883		CAT 1	07-06-2018	5.234,00	05-09-2018	5.325,00	29	1,00000		91,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÉDIA 24Hr

Período	Consumo (kWh)
SET 18	91
AGO 18	103
JUL 18	86
JUN 18	85
MAI 18	96
ABR 18	96
MAR 18	79
FEV 18	87
JAN 18	72
DEZ 17	83
NOV 17	83
OUT 17	73
SET 17	86

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	27,84	1,03	0,28
	27,84	4,58	1,29
PIS			
COFINS			

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Geração de Energia	13,35	49,24
Transmissão	1,63	5,90
Distribuição (Celpo)	7,50	27,50
Perdas de Energia	2,39	8,65
Energia Sotérmica	1,10	3,96
Tributos	1,57	5,68
Total	27,84	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Abaixo de 30 kWh	0,176298
Consumo Abaixo superior a 30 até 100 kWh	0,307260

RESERVAÇÃO DE FISSO

BIC 2EAF 658B JF65 8ATC 4A43 F568 EBCE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.celpa.com.br



2 de 2

29/08/2017 10:51



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 167ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS DA
INGAZEIRA - DP167°CIRC DINTER2/19ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0257001417

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/08/2017 às
11:25

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 22/7/2017 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **AV JOSÉ PEREIRA DE SOUZA, BAIRRO MANOELA**
VALADARES - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a
MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1 - Bairro: MANOELA
VALADARES - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
EVONEIDE MARIA DA COSTA (OUTRO)
ANTONIO JOSSON DA COSTA SILVA (TESTEMUNHA)
LUCAS MARLON GOMES DE SOUZA (TESTEMUNHA)
LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO

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

LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe
VICENCIA FRANCISCA DA SILVA Pai: COSMO FRANCISCO DO NASCIMENTO Data de
Nascimento: 4/2/1972 Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos
4915932/SDS/PE (RG), 00015929468 (CPF), 00028334686 (DNH) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- 87909831920

Residência: **QUADRA E, Nº 124, BAIRRO SÃO BRAZ - AFOGADOS DA**
INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA,**
1 - CEP: 0 - Bairro: SÃO BRAZ - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

EVONEIDE MARIA DA COSTA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
NEUSA MARIA DA COSTA Pai: ANTONIO XAVIER DA COSTA Data de Nascimento: 22/04/1964
Naturalidade: **FLORES / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **TRAVESSA JOSÉ QUEIROZ, S/Nº, CENTRO - AFOGADOS DA**
INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA,**
1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO
/BRASIL



ANTONIO JOBSON DA COSTA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: MARILENE COSTA DOS SANTOS Pai: JOCENILDO DA SILVA Data de
Nascimento: 31/1/1996 Naturalidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: TRAVESSA JOSÉ QUEIROZ, N° 42, BAIRRO CENTRO, PRÓXIMO CEMITÉRIO
VELHO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo ao MUNICÍPIO DE
AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA
INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO CEMITÉRIO VELHO

LUCAS MARLON GOMES DE SOUZA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: EDNETE GOMES DE SOUZA Pai: PAI NÃO DECLARADO Data de Nascimento:
14/2/1996 Naturalidade: CARNAÍBA / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: RUA G, S/N° SÃO BRAZ, , PRÓXIMO POLO MOVELEIRO - AFOGADOS DA
INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA
- CEP: 0 - Bairro: SÃO BRAZ - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL,
PRÓXIMO POLO MOVELEIRO

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): EVONEIDE MARIA DA COSTA,
que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/POP 100 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 01 (UNIDADE)

Placa: PFU7916 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 633037310 Chassi:
9C2HB0210DR415500
Ano Fabricação/Modelo: 2012/2013 Combustível: GAS

Complemento / Observação

HOJE, POR VOLTA DAS 11H00, COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, A
PESSOA DE LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO, INFORMANDO DE QUE NA MANHÃ
DO DIA 22 DE JULHO DE 2017, TRAFEGAVA COM SUA MOTOCICLETA, NAS
IMEDIAÇÕES DO ESTÁDIO VIANÃO, MOMENTO EM QUE SURTIU UM CACHORRO A SUA
FRENTE, NÃO DANDO TEMPO FREIAR, VINDO A CAIR, FICANDO LESIONADO NO PE
DIREITO; QUE, EM SEQUIDA FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DESTA
CIDADE E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE CERRA TALHADA.
PE; QUE, A VÍTIMA POSSUI ONH.

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

LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: LUIZ SILVINO NETO - Matrícula: 3800738



SINISTRO 3170562680 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA

EXCELSIOR DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO**CPF/CNPJ:** 90015029468**Posição em 07-11-2017 12:52:02**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 1.687,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
08/11/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



SUS: 706 0008 7057 3342

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SAÚDE DO
TRABALHADOR
ACIDENTE GRAVE

NOTIFICADO

Data: 22.07.17.
Nº da Ocorrência

SUS	Unidade: H.R.E.C
PACIENTE	Nome: WIL CAMILO DA SILVA NASCIMENTO
RESPONSÁVEL	Residência: LAURA RAMOS B SAO BRAZ AF DA INGAZEIRA
	Nome: MÃE: VICENCIA FRANCISCA DA SILVA
	Residência: _____
	Telefone: _____

CONDIÇÃO	PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE
☐ SEGURADO ☐ ESPOSA ☐ FILHO ☐ OUTROS	Autônomo	☒ MASC. ☐ FEM.	04/08/92	☒ BRASILEIRO ☐ ESTRANGEIRO	NÚMERO: 995632 ÓRGÃO EMISSOR: SOS/PE

PACIENTE CHEGOU	AMBULÂNCIA / HORA	PACIENTE / HORA	ATENDIMENTO	
☐ ANDANDO ☐ DE AUTO ☐ AMBULÂNCIA ☐ OUTROS	SAÍDA CHEGADA	CHEGADA SAÍDA	_____ H _____ MIN	☐ ACIDENTE DE TRABALHO ☐ CASO POLICIAL

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	Exames Complementares
MÁX.: 120 MIN.: 80		AXILAR: _____ RENAL: _____	Rx dos ossos do tornozelo em PA e perfil.

Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas

Queda de auto

Edema do tornozelo

Pulso de diáfano palpável

Bom EG, eupneico

Imobilizar.

Alcance do antepé distal

Dipiroxona 1 mo

AD 1 curativo

BAIO - X
AUTORIZADO

PE

CARTÓRIO UMBERTO GOMES
Praça Monsenhor Alfredo de Arruda Câmara, 187 - Centro
CEP: 56800-900 - Afogados do Ingazeira (PE)
Tel: (ar) 3838-3303 | e-mail: cartorioumbertogomes@gmail.com

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé. Emol.R\$ 2,99, TSNR R\$ 0,66, FERC R\$ 0,33
Selo: 0150599.YPY08201701.00526 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital.
15/08/2017 12:15:50 - ANNA KARLA GOMES PATRIOTA - Escrevente

Sergio Teodoro da Silva
Téc. de Enfermagem
CRP 123456 15/12/2016

Destino Dado ao Paciente	Impressão Diagnóstica
☐ Residência ☐ Internado	Fratura dos ossos do tornozelo
Encaminhado	
Removido	
Óbito às _____ H _____ Min. de	Licença Concedida _____ Dias
Dia _____	

FICHA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data:

Hora:

Paciente:

Idade:

Resumo médico

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Exames Solicitados:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

22.07.2017 - Realizado visita social. Paciente torceu
opi. aguardando por avaliação do médico

Graciete Daniele Silva
Assistente Social
CRESS. N° 7730



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução
24/07/17 10:06 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES
Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabeleciment	Observação
24/07/17 10:06	Em digitação	0h:0m:4s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
24/07/17 10:06	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



Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 27/07/2017		Nº Registro: 000140366	
Identificação do Paciente: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO			
Data Nascimento: 04/02/1972	Idade: 45	Sexo: Masculino	Cor: Preta
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: COSMO FRANCISCO DO NASCIMENTO		Mãe: VICENCIA FRANCISCA DA SILVA	
Endereço: DONA LAURA MARIANO			
Bairro: SÃO BRAZ	Cidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA	Estado: PE	Telefone: (87) 99982-1929

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidente de Trânsito [] Acidente de Trabalho [] Outros Acidentes [] Agressão []

Suicídio [] Casual [] Outros []

Nome do Acompanhante:

Endereço:

Telefone para Contato:

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

*Rosário Antônia, M.D., alef -
Acidente de Trânsito, TUB-Die
Cabeça, alar e supracostais
funções ref M.D.*

Diagnóstico Inicial

fratura / luxação de TUB (D)

S.A.D.T

Diagnóstico Final

fratura / luxação TUB (D)

CONDIÇÃO DE ALTA

MOTIVO DA ALTA

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

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

Data do Internamento: 27/07/17

Data da Alta: 29/7/17

Local:

Dr. André Pinto Peixoto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE/18426

Médico Responsável

Óbito em:

Hora:





ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	DATA DA SOLICITAÇÃO: 24/07/2017 10:06
MÉDICO SOLICITANTE: JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 9608

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO	Nº DO PRONTUÁRIO: 346086		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 04/02/1972	SEXO: Masculino	
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: VIVENCIA FRANCISCA DA SILVA	TELEFONE DE CONTATO:		
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): RUA 4, 124, SÃO BRAZ			
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: AFOGADOS DA INGAZEIRA	COD. IBGE MUNICÍPIO: 2500104	UF: PE	CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: QUEDA DE MOTO HÁ MAIS OU MENOS 3 DIAS, EDEMA DO TORNOZELO + DOR.		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): RX		
DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO.		
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	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	COD. ÓRGÃO EMISSOR:

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.		
900.150.294-68			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	6 - SIS PRE NATAL	7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - Nº DO PRONTUÁRIO
706000870573342			000140366
9 - NOME DO PACIENTE	10 - DATA DE NASCIMENTO	11 - SEXO	
LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO	04/02/1972	Masculino	
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO		
VICENCIA FRANCISCA DA SILVA	(87) 99982-1929		
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)			
DONA LAURA MARIANO			
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	16 - COD. IBGE MUNICÍPIO	17 - UF	18 - CEP
AFOGADOS DA INGAZEIRA		PE	56800-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO	
TRAMA TONZ @, CI DR, E DOWA e LIMITAÇÃO FUNKTUAL	
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
Rx / EX. FÍSICO	
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID. 10 PRINCIPAL
TRAMA - UNICAO TONZ @	S930
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24 - CID. 10 SECUNDÁRIO
25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	27 - COD. DO PROCEDIMENTO
TTO CIBRERO	0408050497
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
203 - TRAUMA. MASC. 01	
30 - DOCUMENTO	31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
[X] CNS [] CPF	
32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
	27/07/2017
34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR NÍVEL)	
Mauciana Pereira Pereira 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 - 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)
		065710480333-5
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	MOTIVO DA ALTA: 12
[] CNS [] CPF		CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 02
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	DATA DA INTERNAÇÃO: 27.07.17
/ /	Dr. Pereira de Almeida Melo CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603 Médico Autorizador	DATA DA ALTA: 29.07.17

XI GERES



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução
31/08/17 09:59 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES
Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabeleciment	Observação
31/08/17 09:59	Em digitação	0h:0m:4s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
31/08/17 09:59	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



Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 01/09/2017		Nº Registro: 000140366	
Identificação do Paciente: LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO 202 - TRAUMA. MASC. 04			
Data Nascimento: 04/02/1972	Idade: 45	Sexo: Masculino	Cor: Preta
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: COSMO FRANCISCO DO NASCIMENTO		Mãe: VICÊNCIA FRANCISCA DA SILVA	
Endereço: DONA LAURA MARIANO 124			
Bairro: SAO BRAZ	Cidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA	Estado: PE	Telefone: (87) 99982-1929

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 chegou com queimadura em
TUM ①, por queimadura
do mesmo

Diagnóstico Inicial	QUEIMADURA DE 1º GRAU ①
---------------------	-------------------------

S.A.D.T

Diagnóstico Final

CONDIÇÃO DE ALTA MOTIVO DA ALTA

Melhorada [X]	Decisão Médica [X]
Inalterado []	Alta a Pedido []
Piorado []	Transferência []
Óbito+48h []	Evasão []
Óbito-48h []	Indisciplina []

Óbito em:

Hora:

Data do Internamento: 01/09/17

Data da Alta: 05/09/17

Pedro Aureliano Amador de Carvalho
Ortopedia / Traumatologia
Ortopedia Infantil
CRM-PE 18753

Médico Responsável





ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	DATA DA SOLICITAÇÃO:
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	31/08/2017 09:59
MÉDICO SOLICITANTE:	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES	CRM - 9608

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:	Nº DO PRONTUÁRIO:
LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO	359582
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO:
	04/02/1972
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:	SEXO:
VICENCIA FRANCISCA DA SILVA	Masculino
ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO):	TELEFONE DE CONTATO:
QUADRA E, 124, SÃO BRAZ	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	COD. IBGE MUNICIPAL:
AFOGADOS DA INGAZEIRA	2600104
UF:	CEP:
PE	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:		
A SÃO VICENTE PARA RETIRADA DE PARAFUSO TRANSVERSAL.		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):		
RADIOGRAFIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL:		
OSTEOMIELITE DE FÍBULA DIREITA		
CID 10 PRINCIPAL:	CID 10 SECUNDÁRIO:	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

--

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:	CODIGO DO PROCEDIMENTO:		
CLÍNICA:	CARÁTER DA INTERNAÇÃO:	DOCUMENTO:	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:
	URGÊNCIA	(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:	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	COD. ORGÃO EMISSOR:
(X) CNS () CPF		

ESCLARECIMENTOS

--



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL SÃO VICENTE	2 - CNES 2351633
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL SÃO VICENTE	4 - CNES 2351633

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO 900.150.294-68	NOME ATEND.
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 706000870573342	6 - SIS PRE NATAL
7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - Nº DO PRONTUÁRIO 000140366
9 - NOME DO PACIENTE LUIZ CAMILO DA SILVA NASCIMENTO	10 - DATA DE NASCIMENTO 04/02/1972
11 - SEXO Masculino	12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL VICENCIA FRANCISCA DA SILVA
13 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) RUA QUATRO	14 - DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO (87) 99982-1929
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA AFOGADOS DA INGAZEIRA	16 - COD. IBGE MUNICÍPIO 17 - UF PE 18 - CEP 56800-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DOR, GROSSA, e severa em
TUM (D) POS - OP. FRATURA.

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

Rx1 EX. T3500

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

CRISTALINO FRATURA (D)

22 - CID. 10 PRINCIPAL

M860

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRT CURTIDO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

0408060174

28 - CLÍNICA

202 - TRAUMA, MASCULINO

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

☒ X ☐ CNS ☐ CPF

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

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

Carimbo do Solicitante/Assistente

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/2017

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Mauciana Pereira Ferreira
CPF: 030.473.994-41
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)
47 - DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	MOTIVO DA ALTA: 12
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO Nº Pereira da Costa Melo CPF: 153.272.14-15 CRM: 8603 Médico Autorizador	CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
		DATA DA INTERNAÇÃO: 01/09/17
		DATA DA ALTA: 05/09/17

XÍTERES



Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Data:

Início:

Término:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

ANILAS B.

2º Auxiliar:

PEDRO A.

Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ① PCB EM ODH
- ② DETERMINA/ANTESSEDA
- ③ NOZOS CANAIS ENDÓTEIS
- ④ RETIRO FIO K
- ⑤ INCISÃO LATERAL TIZ ①
- ⑥ RETIRO RACHADO TRANSVERSAL
- ⑦ SUTURA TUBULAR

Pedro Aurélio Amador de Carvalho
Ortopedista Traumatologia
CRM 16550

Assinatura do Cirurgião



Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Data:

Início:

Término:

Cirurgião:

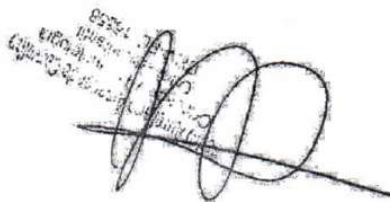
1ª Auxiliar:

2ª Auxiliar:

Anestesiista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ① PETE EM ODH
- ② ASPECTO ANTERIOR
- ③ ASPECTO EM FOTOGRAFIA
- ④ INCISÃO MEDIAL E LATERAL
- ⑤ REDUÇÃO ORBITA
- ⑥ FIXAÇÃO C/ PLACA, PARAFUTOS E TORNILHOS
- ⑦ LAVO C/ SFO, 9%.
- ⑧ SUTURA + CURATIVO



Assinatura do Cirurgião



Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Data:

Início:

Término:

Cirurgião:

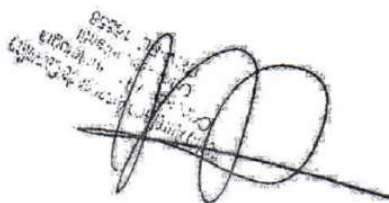
1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ① PETE EM ODH
- ② ASPECTO ANTERIOR
- ③ ABERTURA EM FIMES
- ④ INCISÃO MEDIAL E LATERAL
- ⑤ PROVEDOR CLONIA
- ⑥ FIXAÇÃO CI PLACA, PARAFUTOS E FIO
- ⑦ LAVO CI UTO, 9%.
- ⑧ SUTURA + CURATIVO



Assinatura do Cirurgião

