

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: José Gomes Neto
(Nome Completo)
Brasileira (o) solteiro recuso
(Nacionalidade) (Estado Civil) (Profissão)
portador(a) da Cédula de Identidade nº 2 938.271, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 054.810.084-59
dos Santos nº 181, Rua Branca Buzina (PE CEP.: 55660-000)
OUTORGADOS: **EWERSON VILAR DE LIMA**, brasileiro, casado, advogado, portador, respectivamente, da
OAB-PE 28.570, com endereço profissional na Avenida , endereço eletrônico:
evl.advogado@yahoo.com.br

PODERES: Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar ao **OUTORGADO** o percentual de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Eu, , DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

José Gomes Neto
Outorgante/Declarante



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE JOAO TORRES DA SILVA CPF: 775.197.604-72	DATA DE VENCIMENTO 26/04/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 29,71	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 27/03/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 27/03/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 056115314	CONTA CONTRATO 007027144718 Nº DO CLIENTE 2001616980 Nº DA INSTALAÇÃO 0000334085
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA PROF AGILDO DOS SANTOS 161 ASA BRANCA/BEZERROS 55660-000 BEZERROS PE		
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
RESERVADO AO FISCO A8D6.46B9.E033.9FED.3DCA.6615.6F51.20E8			

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	37,00	0,75250324	27,84
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,32
ICMS Subvenção-CDE-NF 048616203-28/01/19			0,55

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000000090980092	CAT	25/02/2019	3.061,00	27/03/2019	3.098,00	30	1,00000	0,00	37,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 26/04/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jan/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	BEZERROS	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 10,18					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

NÍVEIS DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
	MÍNIMO MÁXIMO
220	202 231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! I Laurinda de morais variedade: rua henrique dias 308 santo antonio / II material de construo: r henrique 308 sto antonioLista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007027144718	03/2019	29,71	26/04/2019	



Evite dobrar ou rasgar este canhoto. Este canhoto será usado em leitora ótica.



SINISTRO 3180290476 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE GOMES NETO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE
SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JOSE GOMES NETO

CPF/CNPJ: 05481008459

Posição em 11-04-2019 10:06:07

O pedido do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
16/07/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





U52541

0227276/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 09ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP9ªCIRC DINTER/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 1820181001155

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/06/2018 às 16:09

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumador) que aconteceu no dia 30/4/2017 às 21:40

Fato ocorrido no endereço: AV. MAJOR AFRÉDIO DA PONSECA, 22, MARGENS DA BR 232, DEFRENTE AO POSTO IPIRANGA (POSTO DE VIANEIRO) - BEZERROS/PERNAMBUCO - BRASIL - MUNICÍPIO DE BEZERROS, 1 - Bairro: SÃO SEBASTIÃO - BEZERROS/PERNAMBUCO - BRASIL - VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA DESCONHECIDA (VITIMA) - NOME: JOSÉ GOMES NETO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de(a) Sr(a): PESSOA DESCONHECIDA

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

JOSÉ GOMES NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino; MAMA NAZINHA DA SILVA PEREIRA GOMES DA SILVA Data de Nascimento: 22/12/1988 Nacionalidade: CAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2938271/SS/PE (RG); 95481008455 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefone Celular: 996602009

Residência: RUA PROF. AGILSO DOS SANTOS, Nº 161, B. ASA BRANCA - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL - Fone: 996602009 - MUNICÍPIO DE BEZERROS, 191 - CEP: 0 - Bairro: SANTO ANTONIO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL

PESSOA DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO), que estava em posse de(a) Sr(a): PESSOA DESCONHECIDA
Categoria/Identificação: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Observação: MOTOCICLETA DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS.

Complemento / Observação

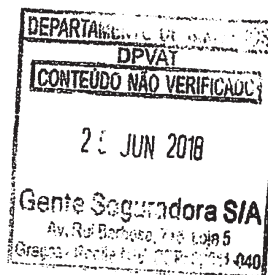


DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU DA CIDADE DOS BEZERROS - PE, E AINDA DA FICHA DE ATENDIMENTO DA UNIDADE MISTA LOCAL, A PESSOA DE JOSÉ GOMES NETO, FOI VITIMA DE ATROPELAMENTO DEFRONTE AO POSTO DE COMBUSTÍVEL DE "VIANINHO", AS MARGENS DA BR 232, TENDO O MOTOQUEIRO APÓS O FATO, SE EVAJADO DO LOCAL, SEM PRESTAR SOCORRO, NÃO SENDO POSSÍVEL ANOTAR A PLACA DO REFERIDO VEÍCULO. INFORMA TAMBÉM, QUE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS NA UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ SUPRACITADA, E LOGO APÓS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO ACRESTE NA CIDADE DE CARUARU - PE, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES E POR ÚLTIMO, FOI CIRURGIADO NO HOSPITAL JESUS PEQUENINO, TAMBÉM DA CIDADE DOS BEZERROS - PE, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO, NAS RESPECTIVAS UNIDADES HOSPITALARES.

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

Jose Gomes Neto
JOSE GOMES NETO
(VITIMA)

S.O. registrado por: JOSE MANOEL DOS SANTOS JUNIOR - Matrícula: 22146310





PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU



SAMU
192

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU BEZERROS – PE

Declaro para os devidos fins e a quem possa interessar que o Sr. José Gomes Neto, portador do RG:2938271SDS/PE, residente na Rua professor Agildo dos Santos, Bairro Asa Branca 161, foi atendido por esta unidade de Serviço Móvel de Urgência SAMU/Bezerros – PE, na data 31/12/2017, na Br 232. Referente a Atropelamento, o mesmo foi encaminhado ao Hospital local.

Bezerros PE; 11/04/2018

Sem mais para o momento, elevamos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

Regina Moraes
Coord. de Enf. do Samu Bezerros
COREN-PE 142524

Coordenadora do SAMU/BEZERROS - PE
Dr. Enf. Regina Lolaia
COREN – PE Nº 142524





Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS: -		REGISTRO: 831349	
DATA: 31/12/2017		HORA: 22:47h		TELEFONE:	
NOME: José Genito Neto				IDADE: 59 anos	
NOME DA MÃE: Maria Nazareno					
DATA DE NASCIMENTO: 22/12/1952		ACOMPANHANTE: TRAZIDA PELA SOFIA			
END.: (Sua Rua)		BAIRRO:		N.º	
CIDADE: São José		SINAIS VITAIS			
PA: 90/120 mmHg	HGT: 107 mg/dL	T: °C	PESO: kg	Téc. Enfermagem/COREN	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

I - Sinais de Emergência imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

1. O Apnéia O Cianose O Estridor O FC <50 ou >140bpm O FR <10 ou >32 irpm
2. O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulso fraco ou ausente O PCR O Sudorese
3. O PAS <80 ou >200mmHg O PAD <40 ou >130 mmHg HGT <40 ou >40 mg/dl O Convulsão no momento
4. O Politraumatismo/Glasgow <= 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
5. O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
6. O Broncoaspiração O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

1. O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS <90 ou >180mmHg O PAD <50 ou >110mmHg sem sintomas
2. O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambulação
3. O Tumor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
4. O Queimaduras de 1º e 3º áreas não críticas SCQ < 10% O Víctima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
5. O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
6. O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Melena O Hematêmese O Enterorragia O Epistaxe
7. O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

1. O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
2. O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
3. O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
4. O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O Dor de ouvido moderada a grave
5. O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abscessos O Intercorrências ortopédicas

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

1. O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
2. O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
3. O Troca de curativos ou retiradas de pontos
4. O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
5. O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
6. O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- ☐ Vermelho
☐ Amarelo
☒ Verde
☐ Azul

→ Paciente vítima de atropelamento
→ Possível fratura em M.E.

Alergias: () NÃO () SIM

ENCAMINHADO:

ORIENTAÇÕES



Assinatura de enfermeira
COREN - RJ - 142



FICHA DE ATENDIMENTO

Alergias: () NÃO () SIM, à

REGISTRO:

Queixas:

fratura de

Dequên + AD - EV

Exame físico:

Tm. 1.100 - SF 100 - EV

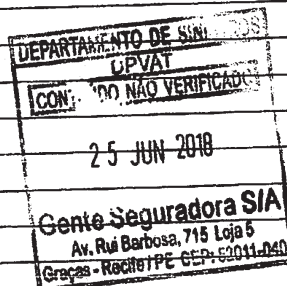
HRA - 5331521

fratura de

H.D.:

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta:



TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
Consulta simples	Melhora	Data: ____/____/____	SIM ()
Consulta c/ Observação	Solicitação	Hora: ____	NÃO ()
Indicação (Internamento)	Transferência		DIAS: ____
	Indisciplina		
	Óbito		

Data: ____/____/____

Hora: ____

Dr. Plínio Henrique T. Santos
CRM 24.454Médico - CREMEPE
(Carimbo)



Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



Protocolo de Encaminhamento

HR-4-5331521

TIPO DE OCORRÊNCIA
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA Tramitação
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO
Nome do Paciente: Jose Gomes Neto Idade: 57 anos
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: Bezerros

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passageiro () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS
História Clínica Atual: Prontidão para a transferência para o hospital
Hemodinâmica estável, sem alterações significativas
Alargamento da base do crânio, sem alterações
Hipótese Diagnóstica: _____

AValiação CLÍNICA
Glicemia Capilar (HGT): 107 Temperatura: _____ F.C.: 96 P.A.: 180 x 90
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 80-100

Dr. Pínia Henrique T. Simões
CRM 24.452



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

Handwritten signature and stamp

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 379548 Prontuário: 311556

Nome: JOSE GOMES NETO
 Data Nasc.: 22/12/1958 Idade: 59 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: CNS: 700109916349316
 Endereço: SÍTIO RETIRO Nº: 0
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: SAIRE Estado: PE
 CEP: 55695000 Fone: Profissão: AGRICULTOR
 Nome da Mãe: MARIA NAZINHA DA SILVA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO
 Clínica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO Data: 01/01/2018 00:28 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*Autóclama de Atropelamento às 22:00h.
 Naquele momento eu estava dirigindo, o veículo me atropelou apanhei. Refereu cervicalgia, dor a perna.*

Exame Físico:

PA: FC: FR:

*Exame físico, diagnóstico:
 Síndrome do pescoço S1 Alterado.*

Diag. Provisório:

Rx - Coluna Cervical - perfil
 Rx - BACIA - AP
 Rx - Perna (D) - AP/P

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
 SAIRE - PE
 01/01/18

Prescrição:

Data

Dieta:

*Tranquilizante (D) - AP/P
 PR (D) - AP/08h/gero*

Dr. Raimundo H. Roberto
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM-PE 22.136
 Horário

Toda jovem com pedras no corpo





Sistema Nacional de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES
2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
Joni Gomes Neto

6 - DATA DE NASCIMENTO
22/12/58

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
40101101916134913116

8 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

9 - Nº DO PRONTUÁRIO
341556

10 - RAÇA/GOR

11 - NOME DA MÃE
Maria Nazinha da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
916101619161

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
- X -

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
São Rêno

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
São Rêno

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Paciente vítima de atropelamento, quixote - a dor na perna

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Necessidade de internação

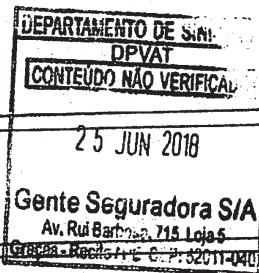
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fratura Tibial distal

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS



PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Internamento Hospitalar

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CARIMBO DO EMPREGADOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO () CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

