



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Marieneide Moreira, brasileira, solteira, agricultora, portadora do RG nº 7320.916 SPSIPE, inscrita no CPF nº 691.978-73, residente e domiciliada: Rua Getúlio Vargas nº 189, Iraque, Custódia PE, através do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o

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.

Custódia 14 de janeiro de 2019

Marieneide Moreira

OUTORGANTE

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



DECLARAÇÃO

Mariuáde Moreira, brasileira, solteira, agricultora, portadora do RG nº 7.320.916-SDS/PE, inscrita no CPF nº 349.691-978.43 residente e domiciliada, Rua Getúlio Vargas nº 189, Iraque, Cuitéia PE, 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.

Cuitéia 14 de janeiro de 2019,

Mariuáde Moreira

Declarante





Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 11/04/2019 10:27:19
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041110271974100000043053390>
Número do documento: 19041110271974100000043053390

Num. 43704419 - Pág. 1



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 00731 Série 00371-SF

marielide moreira
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

None MARINE MEXICO

Loc. Nasc. C.º S.º F.º D.º A. Est. P.º E.º Data 05/01/1985

TERESA IN HAARIG PROBLEEM

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em

Exp. em / / Estado

Data Emissão 13/01/2010 SRTE Eli Maria Marcal

卷之三

OC.

卷之三

卷之三

卷之三

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relago nome, est. civil e data nasc.)
dom...
...e-mail: contato@exemplo.com.br

6



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....
 CNPJ/MF.....
 Rua N°, Municipio Est.
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo.....
 CBO n°, Data admissão de de, Registro n° Fls./Ficha, Remuneração especificada,
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 2º, Data saída de de,
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 2º, om. Dispensa CD n°

10

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

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

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....
CNPJ/MF.....
Rua N°
Município Est.
Esp. do estabelecimento
Cargo
..... CBQ n°
Data admissão de de
Registro n° Fls./Ficha
Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
..... 2º
Data saída de de
..... 2º
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
..... 2º
Tom. Dispensa CD n°
..... 2º

11

DEPENDENTES

CARTEIRAS ANTERIORES

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





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-902
CNPJ 10.835.022/0001-48 | Insc. Est. 0005943-92 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARINEIDE MOREIRA

CPF: 349.891.978-73 NIS: 16486783207

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NÍS
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	TIPO	EMISSÃO
024362329	UNICA	17/07/2018
17/07/2018	2015225052	1020882

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA GETULIO VARGAS 189

IRAJÁ/CUSTÓDIA
CUSTÓDIA-PE
56640-000



DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Alvo até 30 kWh
Consumo Alvo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Alvo superior a 100 até 220 kWh
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contribuição para iluminação Pública
ICMS Subvenção-CDE-NF 018840188-18/05/18
Multa por atraso-NF 020823980-16/08/18
Juros por atraso-NF 020823980-15/08/18
Atualização IGPM-NF 020823880-15/08/18

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.000000	0,25257884	7,57
70.000000	0,43298853	30,30
84.000000	0,84948280	41,58
		7,87
		72,47
		0,34
		2,73
		0,12
		0,08

TOTAL DA FATURA:

113,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	ATUAL	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
31803239806		15/06/2018	232,00		17/07/2018	296,00	32	1.000000		184,00

METRAGEM (kWh)

INFORMAÇÕES DO TRIBUTOS

INFORMAÇÕES DO CONSUMO

DETALHAMENTO DO CONSUMO



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. 18E0267002853

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/07/2018 às 10:57**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 12/6/2018 no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE FLORES, 1, ZONA RURAL** - Bairro: **CENTRO** -
FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **GARAGEM**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARINEIDE MOREIRA (VITIMA)
JOSE JUVENTINO ALVES IRMÃO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE JUVENTINO ALVES IRMÃO

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

MARINEIDE MOREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **TEREZINHA MARIA MOREIRA** Pai: **DOMINGOS MANOEL MOREIRA** Data de Nascimento: **5/1/1985** Naturalidade: **FLORES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7320916/SDS/PE (RG), 34969197873 (CPF), 988574587 (CNH)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Residencial: **CUSTODIA - CUSTODIA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE CUSTODIA, 189, RUA: GETULIO VARGAS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CUSTODIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE JUVENTINO ALVES IRMÃO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA ROSA DA CONCEIÇÃO** Pai: **JUVENTINO ANTONIO ALVES** Data de Nascimento: **12/5/1971** Naturalidade: **TACAIMBO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **REDENÇÃO - CUSTODIA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE CUSTODIA, 189, RUA: GETULIO VARGAS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CUSTODIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO**

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

MOTO. HONDA CG 150 TITAN (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE JUVENTINO ALVES IRMÃO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE JUVENTINO ALVES IRMÃO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **DZT8320** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **983193339** Chassi: **9C2KC08108R231237**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

INFORMA AS VITIMAS QUE QUE POR VOLTA DAS 9:30H DO DIA:12/06/2018, SEGUIAM EM UMA MOTO CÍTADA NESTE B.O,PELA P.E, PROXIMO A CIDADE DE FLORES, QUANDO FORAM FECHADOS POR UM COMINHÃO (PIPA) QUE AO CAIREM SOFRERAM VARIAS ESCOREAÇÕES E FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO, FORAM SOCORRIDOS PARA O (HOSPLAN) DESTA CIDADE ONDE RECEBERAM OS CUIDADOS MEDICO.

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

**MARINEIDE MOREIRA
(VITIMA)**

**JOSE JUVENTINO ALVES IRMÃO
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **FRANCISCO DE ASSIS MORAIS** - Matrícula: **3848876**



SINISTRO 3180455564 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARINEIDE MOREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA

EXCELSIOR DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO MARINEIDE MOREIRA

CPF/CNPJ: 34969197873

Posição em 11-10-2018 09:22:28

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT.

Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

15/10/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50
------------	--------------	----------	--------------





HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº 54

Data e Hora:	12/10/18 às 10:53	Data Nasc.:	05/10/1955				
Nome:	Marianeide Moreira						
Mae:	Terezinha Maria Moreira						
Profissão:	Agricultora	Sexo:	F	Estado Civil:	Casada	Escolaridade:	5º ano
Responsável:	Alvismar (fam. ent)						
End. do Paciente:	Rua Júlio Vargas nº 189						
Bairro:	Ribeirão	Município:	Custódia	PE	Fone:	(81) 99191-5860	
Cartão SUS:	404 6073 6674 9328 Doc. Identidade: 7.320.916						
Raça/Cor:	SDS/PG						
<input type="checkbox"/> Preto	<input type="checkbox"/> Pardo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Indígena				

Pressão Arterial:	P脉:	Temperatura:	Peso:
História e Exame Físico:			
<p>Transtorno mental E + Táx. fisiológico. Enxaqueca Dor de estômago E + ondas E.</p>			

Tratamento:
<p>Ex. de tóxicos AP. Rx de antidiásp. E AP. Rx Tx de dor - Rx - E. Exames para campo. Orientações. Medicação + fisioter.</p>
Impressão Diagnóstica:

Destino do Paciente:	<input checked="" type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Internado	<input type="checkbox"/> Transferido
Removido para Hospital:	A S UED		
Óbito às	hs do dia		
Médico - Carimbo e CRM:	<p>Ent. K. de Carvalho Traumatologista CRM 13928</p>		



FICHA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA

DATA:

HORA:

Paciente:

Idade:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Exames Solicitados

PREScrição MÉDICA

Medicação	Horário	Obs.:
D Tilit 40 mg	01-7 F	
D Difron 297 mg	01-7 EU	
Dr. Enio X de Carvalho Traumatologista CRM 15926	1130	
Idem 01 mg	1185 mdeag	Maria das Neves G. Oliveira Téc. Enfermagem COREN-349224
		Maria das Neves G. Oliveira Téc. Enfermagem COREN-349224



HOSPAM

HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM/SUS/PE

Nome: Haroldo Magalhães

Exame: Exames de nasc.

339

A Traumatolog - Só nasc.

Par

Entrou em Anticlore

Data: 12/06/18

Dr. Érico K. de Carvalho
Traumatolog - Ortopedia
CRM 15525

Médico - CRM





Hospital São Vicente

Data do Atendimento:	25/06/2018	Nº Registro:	000156879
Identificação do Paciente:	MARINEIDE MOREIRA 305 - TRAUMA FEM. 03		
Data Nascimento:	05/01/1985	Idade:	33
Estado Civil:	Solteiro(a)	Profissão:	AGRICULTORA
Filiação: Pai:	DOMINGOS MANOEL MOREIRA		
Mãe:	TEREZINHA MARIA MOREIRA		
Endereço:	getulio vargas 189		
Bairro:	IRAJE	Cidade:	CUSTODIA
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:			
<u>ANAMNESE E EXAME FÍSICO</u>			
<p><i>TRAUMA ANTROBUSTO O/ c/ dor, deformidade e limitação funcional</i></p>			
<p><i>Fratura ossos pubíacos. E</i></p>			
<p><i>S.A.D.T Profusivo FPAC, msc. Glucosa - Desidratação Solicitado 25.06.18 colaborativa</i></p>			
<p><u>Diagnóstico Final</u></p>			
<u>CONDição DE ALTA</u>		<u>MOTIVO DA ALTA</u>	
Melhorada [<input checked="" type="checkbox"/>]	Decisão Médica [<input checked="" type="checkbox"/>]	Data do Internamento: <u>25/06/18</u>	
Inalterado [<input type="checkbox"/>]	Alta a Pedido [<input type="checkbox"/>]	Data da Alta: <u>25/06/18</u>	
Plorado [<input type="checkbox"/>]	Transferência [<input type="checkbox"/>]	Local: <u>Antônio Roque de Freitas</u>	
Óbito+48h [<input type="checkbox"/>]	Evasão [<input type="checkbox"/>]	CRM: 7581 CPF: 093.552.003-25	
Óbito-48h [<input type="checkbox"/>]	Indisciplina [<input type="checkbox"/>]	Médico Responsável	
Óbito em: _____			
Hora: _____			



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

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 349.691.978-73	NOME ATEND. MARINEIDE MOREIRA		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 700603960974964	6 - SIS PRÉ NATAL	7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - Nº DO PRONTUÁRIO 000156879
9 - NOME DO PACIENTE MARINEIDE MOREIRA	10 - DATA DE NASCIMENTO 05/01/1985	11 - SEXO Feminino	12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL TEREZINHA MARIA MOREIRA
13 - ENDERECO (RUA N° BAIRRO) getulio vargas	14 - COD. IBGE MUNICÍPIO PE	15 - CEP 56640-000	16 - UF 17 - UT
18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CUSTODIA	19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO	20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	21 - CID. 10 PRINCIPAL SS28

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

TRAUMA ANTEBRASO (L), D/POR,
DEFORMIDADES E COMPLEXOS FUSIONADOS

21 - PROSTÓTICO INICIAL Rx / Rx + Busto	22 - CID. 10 PRINCIPAL SS28	
23 - CRITÉRIO SECUNDÁRIO	24 - CID. 10 SECUNDÁRIO	25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 770 AURGSCO	27 - CODIGO DO PROCEDIMENTO 01000423		
28 - CLÍNICA 305 - TRAUMA FEM. 01	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO [] CARÍBICO	30 - DOCUMENTO [X] CNS [] CPF	31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Mauriciana Pereira Ferreira CPF: 030.473.994-41 CRM: 16278
32 - ASS. E CARÍBICO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 25/06/2018	34 - ASSINATURA E CARÍBICO (DIRETOR MÉDICO)	

35 - [] ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - [] ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	37 - [] ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - Nº DO BILHETE	40 - SÉRIE	
[] VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	[] EMPREGADO	[] EMPREGADOR	[] AUTÔNOMO	[] DESEMPREGADO	[] APOSENTADO	[] NÃO SEGURADO

41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNAB DA EMPRESA	43 - CBOR
44 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO	45 - COD. ORGÃO EMISOR	46 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR Márcia Andrade Melo	48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR CPF: 153.272.214-15 CRM: 8803	49 - MOTIVO DA ALTA: CARÁTER DA INTERNAÇÃO: DATA DA INTERNAÇÃO: DATA DA ALTA:
50 - ASSINATURA E CARÍBICO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	51 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	

XI GERES





ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NAME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA	DATA DA SOLICITAÇÃO: 12/06/2018 15:28
---	--

MÉDICO SOLICITANTE ENIO 10.268R DE CARVALHO PERREIRA	ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: CRM - 015826
---	--

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NAME DO PACIENTE: MARINEIDE MOREIRA	Nº DO PRONTUÁRIO: 456230		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 05/01/1985		
NAME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: TEREZINHA MARIA MOREIRA	SEXO: Feminino		
ENDERECO (NU, L, BLOCO): JETULIO VARGAS, 159,	TELEFONE DE CONTATO:		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: CUSTÓDIA	CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 2605103	UF: PE	CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
--

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): RAIO X
--

DIAGNÓSTICO (ICD-10): FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO.

CD 10 PRINCIPAL:	CD 10 SECUNDÁRIO:	CD 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
------------------	-------------------	--------------------------

SINAIS VITais

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:	CDIGO DO PROCEDIMENTO:		
CÓDIGO:	CARÁTER DA INTERNACAO: URGÊNCIA	DOCUMENTO: (X) CNS () CPF	Nº DOCUMENTO (CHAVPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSINANTE:

EXECUTANTE	DATA DE AUTORIZAÇÃO:
------------	----------------------

NAME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:	DATA DE AUTORIZAÇÃO:
TIPO DE LEITO:	ESPECIALIDADE:

MÉDICO AUTORIZADOR:

AUTORIZAÇÃO	DATA DA SOLICITAÇÃO:
-------------	----------------------

NAME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	DATA DA SOLICITAÇÃO:
DOCUMENTO: (X) CNS () CPF	Nº DOCUMENTO (CHAVPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
	CÓD. ORGÃO EMISSOR:
	7876

ESCLARECIMENTOS



Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

obstetrícia fisiológica antebraço e

Data: 27/06/18

Início:

Término:

Cirurgião:

1º Auxiliar: PEDRO A

2º Auxiliar:

ADRIELE B

Anestesista:

DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA

- ① Pote em OOH
- ② ASSISTIA INTRODUZIDA
- ③ Abertura curtos estômicos
- ④ INCISÃO BORDADA ATÉ ⑤
- ⑤ ABERTURA POR PLANOS
- ⑥ Rinsados revestidos
- ⑦ Fissão da placenta DCF 3.5 e PARAFUSOS
- ⑧ LADO Q JFO, 3Y.
- ⑨ SUTURA + CURATIVO



Assinatura do Cirurgião

