

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE MACEDO DA SILVA,
brasileiro(a), estado civil casado, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 298.701.274-68 e portador da cédula de identidade
nº 3.785.953, residente e domiciliado(a) na
Rua A Vila Porteiros,
nº 501, bairro de Zona Rural,
CEP 55490-000 na cidade de Altinho, PE.

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/ PE 28.697, com escritório profissional à Rua Helena de
Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 102, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-
630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações
judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses judiciários, concedendo-lhes
poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º
e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas
as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações,
renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de
pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar
compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam,
mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas,
inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do
pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos
em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer
em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de
poderes.

JUSTIÇA GRATUITA: Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara,
sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer
demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei
nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Recife, 28 de 07 de 2019

JOSE MACEDO DA SILVA
Outorgante



SUBSTABELECIMENTO

ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE n° 28.697D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n° 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, **Substabelece com reserva de poderes**, a pessoa da advogada **AMANDA KARLA SOARES DA SILVA**, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PE n° 33664, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n° 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, os poderes que lhe foram outorgados por JOSE MACEDO DA SILVA, através do instrumento particular de mandato, para praticar todos os atos que se fizerem necessários.

Recife, 22 DE JULHO DE 2019.


Ana Cristina Santos
OAB/PE 28697



SINISTRO 3190404058 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE MACEDO DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Recife-PE

BENEFICIÁRIO JOSE MACEDO DA SILVA**CPF/CNPJ:** 72870427468**Posição em 18-07-2019 14:33:21**

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

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
09/07/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 201906107097311 Escritório: ALTINHO

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

EDILENE SANTOS DA SILVA
R A VILA PORTEIRAS, N. 00501 - ZONA RURAL ALTINHO PE 55490-000
INSCRIÇÃO: 008.100.290.0001.510 GRUPO: 13

MATRÍCULA: 10709731.1 06/2019-5

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 10709731.1

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
		1			
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)		
A15U076702	07/06/2019	08/07/2019	MÉDIA HD /		
ÁGUA		ESGOTO			
LEIT. ANT.: 213	CONSUMO: 5	LEIT. ANT.:		VOLUME: 0	
LEIT. ATUAL: 205		LEIT. ATUAL:			
LEIT. FAT.: 205	LEIT MN PROJ	LEIT. FAT.:			

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO

05/2019	5/	A	
04/2019	5/	A	
03/2019	6/	A	
02/2019	5/	A	
01/2019	5/	A	
12/2018	5/	A	
MÉDIA	5/ 0	B	

PARÂMETROS

PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	34	34	33
COR APARENTE	34	34	34
COLORO RESIDUAL	34	34	34
COLIFORMES TOTAIS	34	34	34
E. Coli	34	34	34

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 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 E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

5 M3

41,30

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/07/2019

TOTAL A PAGAR: 41,30

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 18/07/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco
0800-2813844

MATRÍCULA: 10709731.1 06/2019-5

VENCIMENTO: 20/07/2019

TOTAL A PAGAR: 41,30

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPEA

82850000000-0 41300018008-1 10709731101-8 06201950003-3



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: AMANDA KARLA SOARES DA SILVA - 23/07/2019 19:34:24
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072319342489400000047484737>
Número do documento: 19072319342489400000047484737

DECLARAÇÃO DE POBREZA

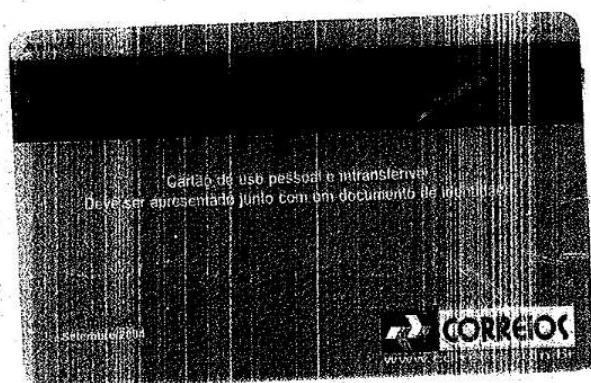
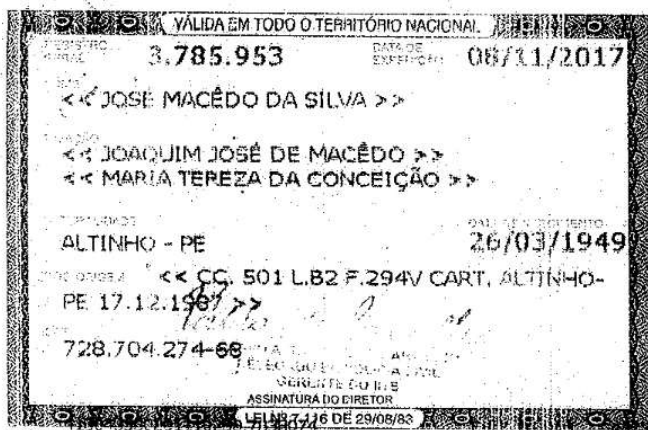
EU, José Macedo da Silva,
brasileiro(a), estado civil casado,
profissão aparentado Inscrito no CPF/MF sob o
nº 228 704 274 68, e portador da cédula de
identidade nº 3 785 953, residente e
domiciliado(a) Rua A Vila Portinari
nº 501, bairro Zona Rural
CEP 55490-000 na cidade de
Altinho, PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita,
que não tenho condições de arcar com as custas e despesas
processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo
com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 28 de 07, de 2013

NOME: X JOSÉ MACEDO DA SILVA







SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ALTINHO-PE



DADOS PARA DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA

NOME DA VÍTIMA: JOSÉ MACEDO DA SILVA

DATA DA OCORRÊNCIA: 24/12/2018

RG: 3.785.956 ORGÃO EXPEDITOR: SDS/PE

CPF: 728.704.274-68

ENDEREÇO DA VÍTIMA: SÍTIO PORTEIRAS

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: CENTRO -ALTINHO-PE. PRÓXIMO AO BANCO DO BRASIL.

Nº DA OCORRÊNCIA: 8034

HORA DA OCORRÊNCIA: 8:48h

CONSTA EM NOSSOS REGISTROS ATENDIMENTO REALIZADO POR ESTE SERVIÇO EM
DECORRÊNCIA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

VÍTIMA ENCAMINHADA PARA:

(X)HOSPITAL LOCAL- UNIDADE MISTA DO ALTINHO

()HRA

()H. RESTAURAÇÃO

()OUTROS

SOLICITANTE: WILSON MACEDO DA SILVA

ASSINATURA: Wilson Macedo da Silva

ALTINHO, PE- 09/05/2019


COEN-PC
330.008
ALESSANDRA PEREIRA DE LUCENA

COORDENAÇÃO BASE DESCENTRALIZADA SAMU ALTINHO/PE





UNIDADE MISTA DO ALTINHO
FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE PACIENTES

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

LEITO: _____

1 - Identificação do Paciente: Data: 24/02/18 Hora: 9:31 hs.

Nome: José Marcelo da Silva

Nº do Cartão do SUS: 89800231667345 69 anos

Endereço: Sítio São João

Data de Nascimento: 26/03/49 Naturalidade: Altinho

Nome da Mãe: Maria Fátima da Conceição

2 - Exame Físico e SSVV:

Queixa Principal:

SSVV	Admissão	1º Horário	2º Horário	3º Horário
Temperatura				
Respiração				
Pulso				
Pressão Arterial	<u>130x80</u>			

3 - Hipótese Diagnóstica e/ou Diagnóstico:

Paciente vítima de queda de motocicleta, apresentando dor + edema em tornozelo D.

SpO2 99%
FC = 64 bpm

4 - Conduta Médica:

5 - Prescrição Médica:

Transferido para o HRA
Anota: 5583582

6 - Conduta de Enfermagem:

Recepcionista	Tec. Enfermagem
Enfermeiro (a)	Médico (a)
Motivo da Alta: () Melhorado; () Médica; () Transferido () A Pedido; () Óbito; () Evadui.	Data da Alta: ____/____/____; Hora da Alta ____:____ h.

Dr. Neto
CRM-PE - 18.081
24 DEZ 2018



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RECEITUÁRIO



Nome: João Marcelo da Silva Registro Nº _____

Nesp: Regional do Agreste
Senha 5583582

Paciente vítima de queda de
motocicleta, apresentando dor +
edema em tornozelo D
Solicito avaliação do
Traumato-orto pedista

Data

D. Neto
CRM-PE - 18.087
24 DEZ 2018
Médico

Paciente: _____

DESCRIÇÃO	QUANT.	APRESENTAÇÃO	DOSAGEM

Data

Assinatura do Médico





UNIDADE MISTA DO ALTINHO
FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE PACIENTES

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

LEITO: _____

1 - Identificação do Paciente: Data: 24/12/18 Hora: 9:31 hs.

Nome: José Marcelo da Silva

Nº do Cartão do SUS: 89800231667345 69 anos

Endereço: Sítio Santana

Data de Nascimento: 26/03/49 Naturalidade: Altinho

Nome da Mãe: Maria Fátima da Conceição

2 - Exame Físico e SSVV:

Queixa Principal:

SSVV	Admissão	1º Horário	2º Horário	3º Horário
Temperatura				
Respiração				
Pulso				
Pressão Arterial	<u>130x80</u>			

3 - Hipótese Diagnóstica e/ou Diagnóstico:

Paciente vítima de queda de motocicleta, apresentando dor + edema em tornozelo D.

4 - Conduta Médica:

5 - Prescrição Médica:

Transferido para o HRA

Senha: 5583582

6 - Conduta de Enfermagem:

SpO2 99%
FC = 64 bpm

Adm. Celir
15/12/2018
CRM-PE 425063

Recepcionista	Tec. Enfermagem
Enfermeiro (a)	Médico (a)
Motivo da Alta: () Melhorado; () Médica; () Transferido; () A Pedido; () Óbito; () Evadido.	Data da Alta: ____/____/____; Hora da Alta: ____ h.

Dr. Neto
CRM-PE - 18.081
24 DEZ 2018



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RECEITUÁRIO



Nome: João Marcelo da Silva Registro Nº _____

Nº: Regional do Agreste
Senha 5583582

Paciente vítima de queda de
motocicleta, apresentando dor +
edema em tornozelo D
Solicito anulação do
Traumob-orto pedista

Data

Dr. Neto
CRM-PE - 18.081
24 DEZ 2018
Médico

Paciente:

DESCRIÇÃO	QUANT.	APRESENTAÇÃO	DOSAGEM

Data

Assinatura do Médico



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RECEITUÁRIO



Nome: Jose Marcelo da Silva Registro Nº _____

Nº: Regional do Agreste
Senha 5583582

Paciente vítima de queda de
motocicleta, apresentando dor +
edema em tornozelo D
Solicito avaliação do
Traumatismo - ortopedista

Dr. Neto
CRM-PE - 18.081

24 DEZ 2018

Data

Médico

Paciente: _____

DESCRIÇÃO	QUANT.	APRESENTAÇÃO	DOSAGEM

Data

Assinatura do Médico





Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

Reg: 331159

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RQ-06)

Nº 56161

2º Via Cliente

Hospital HRA Convênio: SUS Cidade: Paruaru

Nome do Paciente: José Marcelo da Silva Data da Cirurgia: 24-12-18

Médico: Dr. Alfredo Lourenço Membro Operado: Perna (15)

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
Fixador externo		01	
(Tubo - tubo 1x205			
030203038-4 EF-264592-0.			

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS CANULADOS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:

Cristiane Ferreira



**SUS**Sistema
Único 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

João Marcelo da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

331.159

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

899002311667345

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/03/2019

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

Maria Tereza da Conceição

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Porteiros Zona Rural no 0

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Araruna

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

PE

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

respiração entupida com tosse
nublado nos pulmões
se usou

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ausência de ar

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

Rx + exames

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Furto de roubo de fígado

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intubação S822

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040810505010

29 - CLÍNICA

Oncologia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

urgente

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26/03/2019

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

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

PE-40-004

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261910388453-0

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)

Dr. Waldemir Soares da Silva**CRM 7169**

**SUS**Sistema
Único 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

JOSE MAEDO DOS SANTOS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

331.159

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8981002311667345

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/03/49Masc. ☒

9 - SEXO

Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

Maria Luiza da Conceição

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Ponteiros, zona Rural nº 0.

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Altinho

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

PE

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**Dor + deformidade em fr 7 (D)
c/ exposição ossos**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

H/O contusão

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fr exposta Pulm. fribul

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Frto crânio

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

crto

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 DE TRÂNSITO, TRABALHO, TRAJETO, ETC.)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

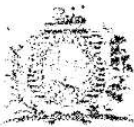
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGENCIA

Internar



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 472251

Prontuário: 331159

Nome: JOSE MACEDO DA SILVA

Data Nasc.: 26/03/1949

Idade: 69

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 72870427468

RG: 3785935

CNS: 898002311667345

Nº: 0

Endereço: SÍTIO PORTEIRAS

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: ALTINHO

Estado: PE

CEP: 55490000

Fone: 993635828

Profissão: APOSENTADO

Nome da Mãe: MARIA TEREZA DA CONCEICAO

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 24/12/2018 15:35

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Queixa principal: dor no
tórax, dor no
abdômen

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Fratura torácica

Rodolfo Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 100000

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

D 500mg EV.
D 500mg EV.

Rx 16:00, 16:00, 16:00

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO - X

DATA 24/12/18

RX - REALIZADO

DATA 24/12/18

HORA 16:30

TC



3 - Evolução / Exames

[illegible]

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

☐ Paciente ☐ Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente dese nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: ____ Médico: ____ CRM: ____

24/12/2018 15:35:28

2 de 2

Usuário do Atendimento
MEYDSONWBC



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: JOSE MACEDO SILVA

Nº do Registro:

Clínica: ORTOP.

Nº do Leito

Operador: DR. ALFREDO

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação: 24/12/18

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

FELX exposto frz (P/rt) (D)

Diagnóstico Pós-Operatório:

O mesmo

Operação Proposta:

Controle Dinos + fixação externa

+ imobilização c/ tubo a tubo

Operação Realizada:

o mesmo

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

① P/rtom DRP SOB proston +
mussopssu + asdopssu + curtos

② Controle Dinos + controle externo c/
SPQ81.

③ Fixação externa frz-articula c/
tubo a tubo

④ Sutura + curtos

DR. Alfredo Lourenço
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
24/12/18



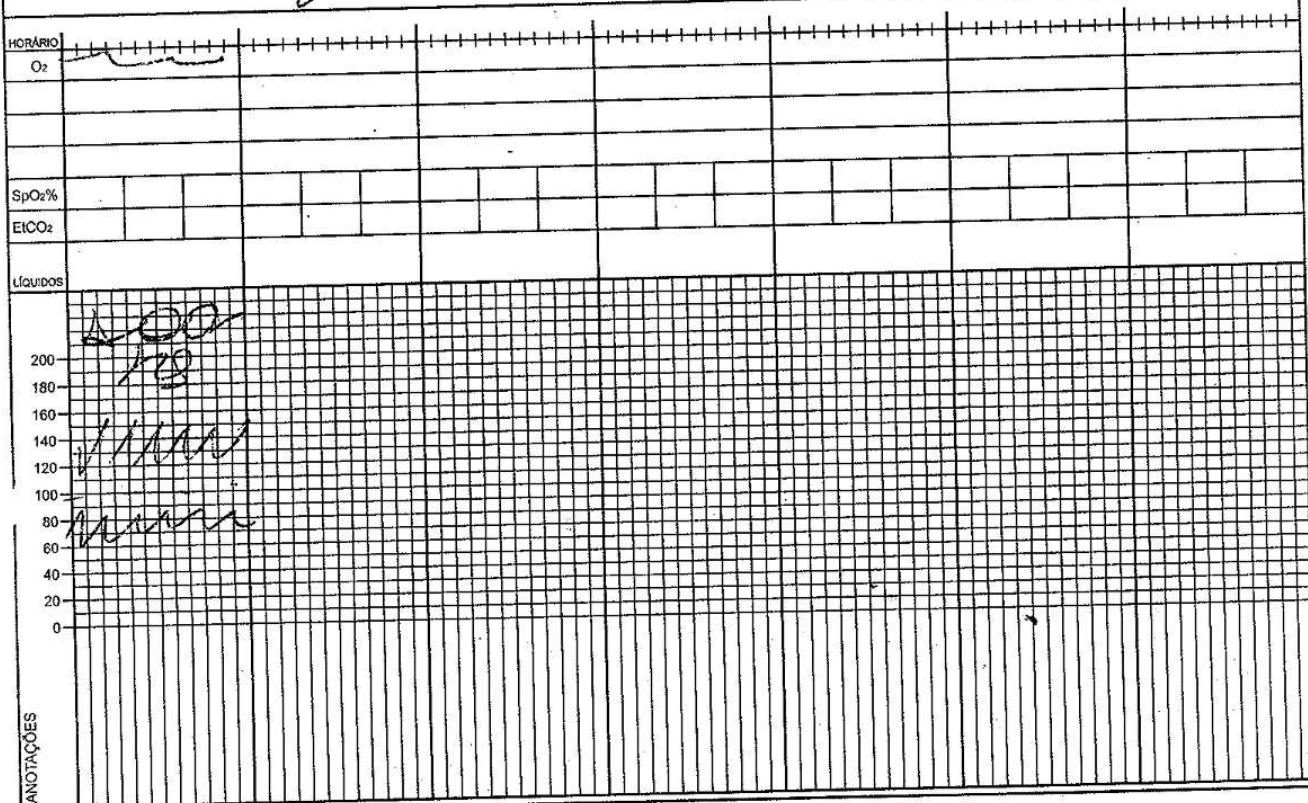


COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

N 205297

NOME	SOSI MOURA DO SILVA		REGISTRO	505										
HOSPITAL	H.A.S.		SEXO	M ☒ F ☐	COR	B ☒ P ☐ N ☐	IDADE	HORÁRIO		DATA	24/12/15			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Lesão ossa da perna		PPSO	60	Kg	PA	130	x 20	FC	70	BPM	70	IRPM	17
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	Lesão ossa da perna		CÓDIGO CIRURGIA		PORTE		%							
OPERAÇÃO PROPOSTA	TTO Ureter													
OPERAÇÃO REALIZADA	TTO Ureter													



AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA ANESTÉSICA:
Belmiro		12.5g	NO premedicação com opulio n 27.
Belmiro		12.5g	
Belmiro		12.5g	
Belmiro		12.5g	
Belmiro		12.5g	
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO:	DURAÇÃO DA ANESTESIA:		
☒ CARDIOSCOPIA	☒ CAPNÓGRAFO	☐ PVC	☐
☒ OXÍMETRO	☒ TEMPERATURA	☐	☐
☒ PNI	☒ MONITOR DO ESTADO CEREBRAL	☐	☐
ENCAMINHADO		DESTINO	
☒ ACORDADO	☐ RPA	☐	☐
☒ ADORMECIDO	☐ UTI	☐	☐
☒ SONOLENTO	☐ QUARTO	☐	☐
☒ INTUBADO	☐	☐	☐

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

698207

BLOCO CIRÚRGICO

ACIENTE: Jose Macedo da Silva

REGISTRO Nº 331154

ALA CIRÚRGICA Nº 08

DATA 24/12/14

IRURGIA: Fratura exposta Fêmur Tibial

CIRURGIÃO: Dr. Alfredo

NESTESIA: Raquel

ANESTESIOLOGISTA: Dr. Kelson

JANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
14	Oxigênio				Agulha Descartável		
	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina			02	Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g			02	Atadura Crepom		
	Cionidina			01	Cateter para Oxigênio		
01	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
	Soro Fisiológico 1000ml			02	Fio de Nylon 3-0		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			10	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxicam			01	Lâmina de Bisturi Nº24		
01	Xaxone				Luvas Estéreis 7,0		
01	Bupivacaína 0,5%			04	Luvas Estéreis 7,5		
01	Atropina 0,5%			04	Luvas Estéreis 8,0		
02	Amoxicilina 1g				Seringa 5ml		
				02	Seringa 10ml		
					Seringa 20ml		
					Sonda de Foley		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
				01	Tubo para Aspiração		
					Alcool 70%		
					Clorexidina 2%		
					Fenol 100%		
					Z. purificação		
SUBTOTAL					SUBTOTAL		
					TOTAL		

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

Edina Santana
Técnica de Enfermagem
COREN-PE 418.333

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 26/12/18 Horário: : : Registro: Leito: 33
Nome do Paciente: José Macedo
Diagnóstico: fix est em MID

EXAME FÍSICO	
Estado Geral:	☒ Regular () Comprometido () Grave () Normocorado () Hipocorado () Anictérico () Ictérico () Cianótico () Acianótico () Hidratado () Desidratado () Anasarca
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	
Nível de Consciência:	☒ Consciente () Inconsciente () Torporoso () Sonolento () Alerta
Nível de Orientação:	☒ Orientado () Desorientado
AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA	
	☒ Espontânea () Eupneico () Dispneico () Taquipneico () Bradipneico
02 Suplementar:	() Sim () Não () Caeter Nasal () Macronebulizador () Venturi
Murmúrios Vesiculares:	() Presentes () Ausentes () Diminuídos
Ruídos Adventícios:	() Roncos () Sibilos () Estertores () Creptantes
Expansibilidade Torácica Conservada:	() Sim () Não
Tosse:	() Sim () Não () Produtiva () Não Produtiva
SISTEMA CARDIOVASCULAR	
FC: <u> </u> bpm PA: <u> </u> mmHg Pulso: <u> </u> bpm	() Cheio () Filiforme () Ausentes
Acesso Venoso Central:	() Sim () Não Qual: <u> </u> BNF EM 2T () Sim () Não
Acesso Venoso Periférico:	☒ Sim () Não Qual: <u>MSD</u>
SISTEMA GASTROINTESTINAL	
Abdome:	() Plano () Globoso () Distendido () Escavado () Depressível () Ascítico () Doloroso () Não Doloroso RHA: () Presentes () Ausentes
Dieta: <u>na oral</u>	SNG: () SNE: () P/ Gavagem: Sim () Não ()
Eliminações Intestinais:	() Presente ☒ Ausente Frequência: <u>há 2 dias</u>
SISTEMA GENITO-URINÁRIO	
Diurese:	☒ Presente () Ausente () Espontânea () SVD Aspecto: <u> </u>
SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO	
Deambulação:	☒ Sim () Não ☒ Com auxílio () Repouso Relativo () Repouso Absoluto
Mobilidade:	☒ Ativa () Passiva
Imobilização:	☒ Sim () Não Tipos: () Tala gessada () Tração transesquelética () MJ () Tipóia ☒ Fixador externo () Outros Local: <u> </u>
CURATIVO:	☒ Sim () Não () Fechada () Aberta
Localização:	<u>MID</u> Cobertura: <u> </u>
Descrição:	() Necrose () Fibrina () Granulação Exsudato: () Sim () Não () Purulento () Seroso () Sanguinolento () Sero-sanguinolento Odor: sim () não ()
Obs.: <u> </u>	

Procedimentos Realizados:

Mariane B. Gomes
Enfermeira
CREN-PE 124639

Enfermeiro(a)



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: José Manoel de S.L.

Prontuário: 331158

Data: 10 / 01 / 19 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura de Tornozelo D

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Alta hospitalar sobre supervisão do Dr. Manoel
Quintana sobre os anexos
Retornar ao ambulatório de Ortop

TRATAMENTO REALIZADO:

Tratamento Cirúrgico

Alta Hospitalar: Data: 10 / 01 / 19

Hora: _____

Ass. do Médico e CRM
Carimbo





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 095ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTINHO - DP95ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0185000375**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/05/2019** às **11:05**

Complementado pelo BO Número: **19E0185000377**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **24/12/2018** às **09:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ALTINHO, 01** - Bairro: **CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
WILSON MACEDO DA SILVA (OUTRO)
JOSÉ MACÊDO DA SILVA (VITIMA)
JOEL ARAÚJO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ MACÊDO DA SILVA**

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

JOSÉ MACÊDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA TEREZA DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOAQUIM JOSÉ DE MACÊDO** Data de Nascimento: **26/3/1949** Naturalidade: **ALTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3785953/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO**
Residencial: **SÍTIO PORTEIRAS, ZONA RURAL - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE ALTINHO, 01 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOEL ARAÚJO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOAQUINA DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOAQUIM DO CARMO ARAÚJO** Data de Nascimento: **26/9/1940** Naturalidade: **ALTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2302315/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO**
Residencial: **SÍTIO PORTEIRAS, ZONA RURAL - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE ALTINHO, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

WILSON MACEDO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Pai: **JOSÉ MACÊDO DA SILVA**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE MORENO, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WILSON MACEDO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ MACÊDO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PFD1896 (PERNAMBUCO/MORENO)** Renavam: **330038559**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **MODELO YS250**

Complemento / Observação



INFORMO QUE EM 24/12/2018, POR VOLTA DAS 08:30 HORAS DA MANHÃ, O SR. JOSÉ MACÊDO DA SILVA CONDUZIA A MOTO DE PLACA PFD1896 JUNTAMENTE COM O SR. JOEL ARAÚJO DOS SANTOS QUE ESTAVA NA GARUPA, QUANDO O CONDUTOR (NÃO POSSUI CNH) PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO E AMBOS, PILOTO E CO-PILOTO, VIERAM A CAIR. O SR. JOSÉ MACÊDO DA SILVA DEU ENTRADA NO HOSPITAL PÚBLICO DE ALTINHO, POR VOLTA DE 09:31 HORAS, SENDO EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU, ONDE FOI FEITO EXAME DE RAIOS X E DETECTADA UMA FRATURA NO TORNOZELO DIREITO, SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO E LIBERADO APÓS DEZOITO DIAS. JÁ O SR. JOEL ARAÚJO DOS SANTOS DEU ENTRADA NO HOSPITAL PÚBLICO DE ALTINHO ÀS 09:35 HORAS E FOI ENCAMINHADO TAMBÉM AO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE, ONDE APÓS EXAME DE RAIOS X FOI DETECTADA UMA FRATURA EXPOSTA NO TORNOZELO DIREITO, SENDO TAMBÉM SUBMETIDO A UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, FICANDO INTERNADO NO REFERIDO HOSPITAL DURANTE VINTE DIAS, QUANDO TEVE ALTA MÉDICA. SEGUEM EM ANEXO DOCUMENTOS DE ENTRADA NO HOSPITAL PÚBLICO DE ALTINHO-PE.

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

José Macêdo da Silva
JOSÉ MACÊDO DA SILVA
(VITIMA)
Joel Araújo dos Santos
JOEL ARAÚJO DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Carlos Flaviano de Melo* - Matrícula: 208575-5





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 095ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTINHO - DP95ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0185000377**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/05/2019** às **11:18**

Complementa o BO Número: **19E0185000375**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **24/12/2018** às **09:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ALTINHO, 1 - Bairro: CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
WILSON MACEDO DA SILVA (OUTRO)
JOSÉ MACÊDO DA SILVA (VÍTIMA)
JOEL ARAÚJO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ MACÊDO DA SILVA**

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

JOSÉ MACÊDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA TEREZA DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOAQUIM JOSÉ DE MACÊDO** Data de Nascimento: **26/3/1949** Naturalidade: **ALTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3785953/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Residencial: **SÍTIO PORTEIRAS, ZONA RURAL - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE ALTINHO, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOEL ARAÚJO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOAQUINA DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOAQUIM DO CARMO ARAÚJO** Data de Nascimento: **26/9/1940** Naturalidade: **ALTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2302315/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Residencial: **SÍTIO PORTEIRAS, ZONA RURAL - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE ALTINHO, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

WILSON MACEDO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Pai: **JOSÉ MACÊDO DA SILVA** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE MORENO, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WILSON MACEDO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ MACÊDO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PFD1896 (PERNAMBUCO/MORENO)** Renavam: **330038559**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **MODELO YS250**

Complemento / Observação



INFORMO QUE EM 24/12/2018, POR VOLTA DAS 08:30 HORAS DA MANHÃ, O SR. JOSÉ MACÊDO DA SILVA CONDUZIA A MOTO DE PLACA PFD1896 JUNTAMENTE COM O SR. JOEL ARAÚJO DOS SANTOS QUE ESTAVA NA GARUPA, QUANDO O CONDUTOR (NÃO POSSUI CNH) PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO E AMBOS, PILOTO E CO-PILOTO, VIERAM A CAIR. O SR. JOSÉ MACÊDO DA SILVA DEU ENTRADA NO HOSPITAL PÚBLICO DE ALTINHO, POR VOLTA DE 09:31 HORAS, SENDO EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU, ONDE FOI FEITO EXAME DE RAO X E DETECTADA UMA FRATURA NO TORNOZELO DIREITO, SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO E LIBERADO APÓS DEZOITO DIAS. JÁ O SR. JOEL ARAÚJO DOS SANTOS DEU ENTRADA NO HOSPITAL PÚBLICO DE ALTINHO ÀS 09:35 HORAS E FOI ENCAMINHADO TAMBÉM AO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE (JÁ COM O DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA NO TORNOZELO DIREITO), ONDE APÓS EXAME DE RAO X FOI CONFIRMADA UMA FRATURA EXPOSTA NO TORNOZELO DIREITO, SENDO TAMBÉM SUBMETIDO A UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, FICANDO INTERNADO NO REFERIDO HOSPITAL DURANTE VINTE DIAS, QUANDO TEVE ALTA MÉDICA. SEGUIM EM ANEXO DOCUMENTOS DE ENTRADA NO HOSPITAL PÚBLICO DE ALTINHO-PE.

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

JOSÉ MACÊDO DA SILVA
JOSÉ MACÊDO DA SILVA
(VITIMA)
JOEL ARAÚJO DOS SANTOS
JOEL ARAÚJO DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CARLOS FLAVIANO DE MELO** - Matrícula: **208575-5**

