



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Josénildo Barbosa Siqueira, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da OAB nº 8.017-200 SDS/PE, inscrito no CPF nº 077-453-584-93 residente e domiciliado na Rua Peixoto, zona rural, Flores/PE, CEP: 56.870-000, 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 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.

Floripa, 26, de Setembro de 2019.

X — Josénildo Barbosa Siqueira

**OUTORGANTE**

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



## DECLARAÇÃO

José Mílton Barbosa Siqueira, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº 8.017.200 SDS/PE, inscrito no CPF nº 077.453.584-93, residente e domiciliado Sítio Tenório, zona rural, Flores/PE, CEP: 56.850-000, DECLARO que nesse momento não posso arcar com as custas e despesas desse processo, bem como honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no Art. 98º e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

Flores/PE, 26 de Setembro de 2019.

X José Mílton Barbosa Siqueira  
Declarante





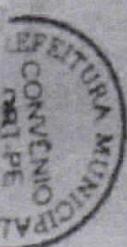
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

35501

00099

Número

Série



José de Carvalho Júnior  
ASSINATURA DO PORTADOR



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 26/09/2019 10:44:39

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092610443929500000050634827>

Número do documento: 19092610443929500000050634827

Num. 51443047 - Pág. 1

## QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome José Antônio Lobo Coronel Aguiar

Lic. Nasc. Antônio Aguiar 10 Reg. 26.03.1943  
Filho de Augusto Lobo Coronel Aguiar  
Fazenda Aguiar Aguiar  
Nº CEV 2396 Aguiar Lobo

## ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em 1940 Reg. 10 Reg. 10  
Cidade Porto Alegre RS Reg. 10 Reg. 10

Na medida 2 10 Reg. 10 Reg. 10  
Município Porto Alegre RS Reg. 10 Reg. 10

(Com endereço anterior, em Civil e daí para este)

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

9



REGISTRO

Rein

SRIE 2000, Vol. 2, No. 1, 2000 5

Dato 1990, 20

Registrado en la Oficina de Funcionarios

S82 - 1

卷之三

AB 111

—250 milímetros em

LIV

Data 50

Ans. of 1960

2000 em...

VOLUME 11, NUMBER 1, FEBRUARY 1989

... Data ... Sol

200 *do Funchal*

DEPENDENTES

Nome	EST Civil	Idade	Grau Parentesco
RODRIGO VIEIRA DE SOUZA			

LAKAS ANTERIORES

12

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua

Município

Nº

Esp. do estabelecimento

Est.

Cargo

Est.

Data admissão

CBO nº

Registro nº

de

Remuneração especificada

Fls./Ficha

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

Data saída

de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

Com. Dispensa CD nº

2º

13

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua

Município

Nº

Esp. do estabelecimento

Est.

Cargo

Est.

Data admissão

CBO nº

Registro nº

de

Remuneração especificada

Fls./Ficha

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

Data saída

de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

Com. Dispensa CD nº

2º





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES - DP179ª CIRC  
DINTER/21ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0269000409**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/09/2017 às 14:26**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 6/5/2017 às 17:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE FLORES, 1, SITIO TENORIO** - Bairro: **CENTRO** -  
**FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO HOUVE (AUTOR \ AGENTE )  
AUGUSTO BARBOSA SIQUEIRA ( OUTRO )  
JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA

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

**JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **JOSEILDA BARBOSA SIQUEIRA** Pai: **AUGUSTO BARBOSA SIQUEIRA** Data de Nascimento: **26/3/1993** Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FLORES, 1, SITIO TENORIO, MERCADINHO DE ILDA** - CEP: **55000-000** -  
Bairro: **CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**AUGUSTO BARBOSA SIQUEIRA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FLORES, 1, SITIO TENORIO, MECADINHO DE ILDA** - CEP: **55000-000** -  
Bairro: **CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO HOUVE - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **AUGUSTO BARBOSA SIQUEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**



Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KII2291 (PERNAMBUCO/FLORES) Renavam: 224189271 Chassi: 9C2KC1640AR032888  
Ano Fabricação/Modelo: 2010/2010

### Complemento / Observação

NA DATA DE HOJE O SR JOSENILDO VEM COMUNICAR QUE TRAFEGAVA COM A REFERIDA MOTOCICLETA PROXIMO A SUA RESIDENCIA E QUANDO FOI PASSAR EM UM ACERVO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR. FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL EM SERRA TALHADA CONFORME BOLETIM EM ANEXO. O COMUNICANTE INFORMA AINDA QUE NAO POSSUE CNH. SEM MAIS, ENCERRO ESTE TERMO.

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

*Josenildo Barbosa Siqueira*  
JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA  
(VITIMA)



B.O. registrado por: AKSON NOAN DE QUEIROZ LEME MAT. 221100-9 - Matrícula: 221100-9



**SINISTRO 3170562728 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA****EXCELSIOR DE SEGUROS****BENEFICIÁRIO** JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA**CPF/CNPJ:** 07745358493**Posição em 27-11-2017 10:02:52**

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
28/11/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

500,



**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

Nº: 323

Data: 06-05-2017	Hora: 17:06				
Nome: Josevilda Barbosa Siqueira					
Nascimento: 26.03.1993	Sexo: masculo				
Escolaridade: 2º grau	Profissão: agricultor				
Mãe: Josevilda maria Siqueira	Responsável: Josevita (tia)				
Endereço: Sítio Tenorio					
Bairro:	Município: Edes				
Cartão SUS: 705005224424253	RG/CPF:				
Raça/Cor:	Branca	Preta	<input checked="" type="checkbox"/> Parda	Amarela	Indígena

PA:	Pulso:	(HGT)	Temperatura:	Peso:
História e Exame Físico: Josevilda Siqueira delfeira, adace, perda de peso Cefaléia, dor de dor Relevo de dor				

Tratamento:	Rx: Gf. Vitamina D AD Relevo + Desinfecção			
Hipótese Diagnóstica:	Josevilda Siqueira delfeira, adace, perda de peso			
Destino do Paciente:	<input type="checkbox"/> Internado	<input checked="" type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Evasão
Remetido para o hospital:	Data: 06/05/2017			



Pernambuco

## ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO:  
06/05/2017 19:06

MÉDICO SOLICITANTE  
ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  
CRM - 7351

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE  
JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
705005224474251

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  
JOSEILDA MARIA SIQUEIRA

ENDERECO (RUA N° BARRA)  
SITIO TENORIO ZONA RURAL

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
FLORES

DATA DE NASCIMENTO  
26/03/1993

Nº DO PRONTUÁRIO:  
318635

SEXO  
Masculino

TELEFONE DE CONTATO

CÓD. IBGE MUNICÍPIO  
2605608

UF  
PE

CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

POSIÇÃO ANTALGICA MSD, DEFORMIDADE EM CLAVICULA D, COM EDEMA.

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RAIO X

DIAGNÓSTICO INICIAL  
FRATURA CLAVICULA D

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

( )CNS ( X )CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE.

05655200325

### EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

CASA DE SAÚDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

17/05/17 11:23

TIPO DE LEITO

CIRURGICO

ESPECIALIDADE

MÉDICO AUTORIZADOR

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

### AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CLEA CAROLINA SANTOS PATRIOTA

DATA DA SOLICITAÇÃO:

06/05/17 19:06

DOCUMENTO

( )CNS ( X )CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

05402704408

CÓD. ÓRGÃO EMISOR:

CRM 17462

### ESCLARECIMENTOS



PERNAMBUCO

## GUIA DE TRANSFERÊNCIA

### Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA  
MÉDICO SOLICITANTE:  
ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS

DATA DA SOLICITAÇÃO:  
08/05/17 19:06

Nº SOLICITAÇÃO:  
318636

### Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:  
JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):  
709005224474261

DATA DE Nascimento:  
28/03/1993

Nº DO PRONTUÁRIO:

SEXO:  
MASCULINO

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:  
JOSEILDA MARIA SIQUEIRA

TELEFONE DE CONTATO:

ENDERECO (RUA N° BAIRRO):  
SITIO TENORIO, ZONA RURAL

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:  
FLORES

CCD, INSC MUNICÍPIO:  
2605608,00

UF:

CEP:

### Dados sobre o Transporte

MÉDIO DE TRANSPORTE:  
AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO:  
17/05/17 16:21

OBSERVAÇÃO:

OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:

### Regulador

MÉDICO REGULADOR:  
CLEA CAROLINA SANTOS PATRIOTA

TIPO LEITO:  
CIRÚRGICO

ESPECIALIDADE:  
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

### Executante

ESTABELECIMENTO:  
CASA DE SAÚDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:  
17/05/17 11:23

MÉDICO AUTORIZADOR:



Pernambuco

## ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução  
07/05/17 10:14 DANUZIA CRISTINA DA SILVA XAVIER

Descrição  
NO MOMENTO SEM LEITO DE ORTOPEDIA DISPONIVEL PARA OFERTAR.

Data/Hora Profissional Evolução  
06/05/17 19:12 CONCEICAO DE CACIA DE MEDEIROS SILVA  
Descrição  
NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGA PARA OFERTAR. APOS BUSCA ATIVA NA REDE PUBLICA E CONVÊNIADA.

Data/Hora Profissional Evolução  
06/05/17 19:06 ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS  
Descrição  
Solicitação Leito

### TEMPO DE ATENDIMENTO

Data/Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
06/05/17 19:06	Em digitação	0h:2m:18s	MARIANA FORTI/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S TALHADA	Solicitação armazenada
06/05/17 19:08	Aguardando Regulação	0h:1m:16s	MARIANA FORTI/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
06/05/17 19:09	Aguardando Regulação	0h:0m:14s	CLEA PATRIOTA/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: CLEA PATRIOTA solicitação: 318635
06/05/17 19:10	Regulado	0h:2m:55s	CLEA PATRIOTA/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO
06/05/17 19:12	Aguardando Disponibilidade	254h:34m:40s	OCMS/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE
17/05/17 09:47	Aguardando Confirmação	1h:35m:59s	ANTONIACMV/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO DISPONIBILIDADE para AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO.
17/05/17 11:23	Reserva Confirmada	0h:0m:0s	ADRIANA CORDEIRO/CA SA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO para RESERVA CONFIRMADA
17/05/17 11:23	Reserva Confirmada	4h:58m:14s	ADRIANA CORDEIRO/CA SA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA	Confirmada a disponibilidade pelo usuário: ADRIANA CORDEIRO
17/05/17 16:21	Em Trânsito		ANTONIACMV/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S	Alterada situação da solicitação de RESERVA CONFIRMADA para EM TRÂNSITO

### DADOS CANCELAMENTO

### DADOS ATUA



Pernambuco

## ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

### EVOLUÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução

17/05/17 09:47 ANA CAROLINA GUERRA CORREIA ALVES

Descrição

OFERTO LEITO NA PRÓPRIA UNIDADE ENF ANTONIA VALE

Data/Hora Profissional Evolução

16/05/17 13:51 ANA CAROLINA GUERRA CORREIA ALVES

Descrição

NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGA PARA OFERTAR APÓS BUSCA ATIVA NAS REDES PÚBLICA, PRIVADA, CONVENIADA OU NÃO AO SUS.

Data/Hora Profissional Evolução

15/05/17 11:34 MARIA LUIZA DE SOUZA MIRANDA BARBOSA

Descrição

ENFERMEIRA JOYCE DA REGULAÇÃO ESTA CIENTE QUE É NECESSÁRIO EVOLUIR O PACT NO SISTEMA DIARIAMENTE P/ PODE SER OFERTADO LEITO AO MESMO. NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGAS P/ OFERTAR APÓS BUSCA ATIVA EM REDE PÚBLICA E...

Data/Hora Profissional Evolução

14/05/17 10:31 ANA CAROLINA GUERRA CORREIA ALVES

Descrição

ENF JOSE INFORMA PACIENTE CONTINUA EM LISTA DE CONVENIO, INFORMO A MESMA QUE FOI REALIZADO BUSCA ATIVA DE LEITO NA REDE PÚBLICA E DE CONVENIO, NO MOMENTO SEM VAGA PARA OFERENTR. ENF ANTONIA VALE

Data/Hora Profissional Evolução

13/05/17 11:48 VERA LUCIA BEZERRA LEITE

Descrição

REALIZADO BUSCA ATIVA NA REDE PÚBLICA E CONVENIADA NO MOMENTO SEM VAGA DISPONIVEL PARA OFERTAR

Data/Hora Profissional Evolução

12/05/17 12:07 ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS

Descrição

PACIENTE SEQUE AGUARDANDO VAGA PARA CIRURGIA

Data/Hora Profissional Evolução

11/05/17 14:08 MARIA LUIZA DE SOUZA MIRANDA BARBOSA

Descrição

NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGA PARA OFERTAR APÓS BUSCA ATIVA NAS REDES PÚBLICA, PRIVADA, CONVENIADA OU NÃO AO SUS.

Data/Hora Profissional Evolução

10/05/17 17:56 MARIA LUIZA DE SOUZA MIRANDA BARBOSA

Descrição

NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGA PARA OFERTAR APÓS BUSCA ATIVA NAS REDES PÚBLICA, PRIVADA, CONVENIADA OU NÃO AO SUS

Data/Hora Profissional Evolução

09/05/17 18:20 ROSIANE COSME DA SILVA

Descrição

EM CONTATO COM A ENFA ROSIANE RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO. SOLICITAMOS ATUALIZAÇÃO PELO SISTEMA DA UNIDADE. AGUARDAMOS ATUALIZAÇÃO EM TELA. NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGA PARA OFERTAR APÓS BUSCA ATIVA NA REDE PÚBLICA E CONVENIADA

Data/Hora Profissional Evolução

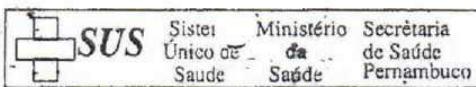
08/05/17 16:33 MARIA LUIZA DE SOUZA MIRANDA BARBOSA

Descrição

NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGAS PARA OFERTAR APÓS BUSCA ATIVA NAS REDES PÚBLICAS/PRIVADAS/CONVENIADAS OU NÃO AO SUS







## LAUDO PA 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	NOME ATEND.			
077.453.584-93				
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	6 - SIS PRE NATAL	7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - N° DO PRONTUÁRIO	
705005224474251			000064236	
9 - NOME DO PACIENTE	JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA	10 - DATA DE NASCIMENTO	11 - SEXO	
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	JOSEILDA MARIA SIQUEIRA	26/03/1993	Masculino	
14 - ENDEREÇO (RUA N° BAIRRO)	TENORIO	13 - TELEFONE DE CONTATO	(87) 98117-6994	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	FLORES	16 - COD. IBGE MUNICÍPIO	17 - UF	18 - CEP
			PE	56900-000

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME PESQ.

*Doença profunda MD +  
de feces diarreia persistente  
a febre D, febre, dor de  
abdômen e febre de 38,5°C*

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

*Exame de sangue D*

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

*Febre alta e dor de abdômen*

22 - CID. 10 PRINCIPAL

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

202 - TRAJMA. MASC.01

X CNS | ] CPP

Mauriciânia Pereira

CRM: 1629

Médica Geral

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

CRM: 1629

21/05/2017

Mauriciânia Pereira

### AVERTIR EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

35 - | ACIDENTE DE TRÂNSITO  
36 - | ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO  
37 - | ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURODORA

39 - N° DO BILHETE

40 - SÉRIE

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
| EMPREGADO | EMPREGADOR | AUTÔNOMO | DESEMPREGADO | APOSENTADO | NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ORGÃO EMISSOR

51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261710478933-2

MOTIVO DA ALTA: 102

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 02

DATA DA INTERNAÇÃO: 21/05/17

DATA DA ALTA: 23/05/17

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

| CNS | CPP

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (ATO DE REGISTRO DO CONSELHO)

Ilô Pereira  
CPF: 153.272.214-30  
Médico Autorizado  
GERES



# Hospital São Vicente

Data do Atendimento:	21/05/2017	Nº Registro:	000064236
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA		202 - TRAUMA, MASC. 03	
Data Nascimento:	26/03/1993	Idade:	24
Estado Civil:	Amasiado(a)	Profissão:	Masculino
Filiação: Pai:	JOSEILDA MARIA SIQUEIRA	Naturalidade:	Branca
Filiação: Mãe:	JOSEILDA MARIA SIQUEIRA	Nacionalidade:	Brasileiro
Endereço:	SITIO TENORIO SN		
Bairro:	ZONA RURAL	Cidade:	FLORES
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:	Estado:	PE	Telefone:
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	<p>Posicão rebaixada, NSD, alterações de consciência, pressões e fáscias, D. dor e hemorragia nas. esp. V. Quarto D</p> <p>Fractura cervical D</p>		
Diagnóstico Inicial			
S.A.D.T			
Diagnóstico Final	<p>Fractura cervical D</p> <p>Fractura cervical D</p>		
CONDição DE ALTA	MOTIVO DA ALTA		
Melhorada [X]	Decisão Médica [X]	Data do Internamento: 21/05/17	
Inalterado [ ]	Alta a Pedido [ ]	Data da Alta: 23/05/17	
Florido [ ]	Transferência [ ]	Local: Hospital São Vicente de Feira de Santana	
Óbito+48h [ ]	Evasão [ ]	Médico Responsável: Haroldo Magalhães de Carvalho	
Óbito-48h [ ]	Indisciplina [ ]	CPF: 050.552.007-27 CRM: 7351	
Óbito em: _____			
Hora: _____			



Pernambuco

## ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

— ASSISTIDO

Data / Hora      Paciente Assistido      Usuário

— DADOS REJEIÇÃO

— COMUNICAÇÃO ATIVA

— OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



Cirurgia Realizada:			Nº do Procedimento:
Data:	Início:	Término:	
Cirurgião: <i>PEDRO A.</i>	1º Auxiliar: <i>ANDRÉ B.</i>	2º Auxiliar:	Anestesia:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ① PCS EM CADETRA DE PRATA
- ② ASSEPSIA IANTESSE PRATA
- ③ ALOSICAS CAMPOS ESTERILIZADOS
- ④ SUCETAS SUPRA CIRCULAR ①
- ⑤ ABERURA POR PLANOS
- ⑥ RENDUCH ELENTA
- ⑦ FIXACAO DE TSO K
- ⑧ LAVO DE SFO 9%
- ⑨ SUTURA POR PLANOS + CIRATINO

*Pedro Alencar Magalhães de Carvalho*  
CPF: 024.223.204-30 CRM: 16558

Assinatura do Cirurgião

