



HAROLDO MAGALHÃES  
A D V O C A C I A

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Jeremildo Barbosa Siqueira, brasileiro, solteiro  
adquiridor, portador do RG nº 8.017.200 SDS/PE, ins-  
crito no CPF nº 077.453.584-93 residente e domiciliado  
Sítio Peróris, zona rural, Floresta, CEP: 56.850-000, através  
do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o  
advogado.

**OUTORGADO:** HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro,  
advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, inscrito no CPF/MF sob o nº 041.542.024-56,  
com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo - PE, CEP: 56.870-  
000 - PABX: (87) 3846.1036.

**PODERES:** a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula  
“ad judicium et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário  
autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-las nas adversas,  
seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, em  
qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo  
presente mandato, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e  
fiel desempenho deste mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga ao Advogado acima  
qualificado, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir,  
renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos, receber, dar quitações,  
levantar e receber alvará, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência  
econômica, agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer com ou sem reserva de  
poderes conferidos pelo presente mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

Floresta, PE, 26 de Setembro de 2019.

X Jeremildo 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

Jeremildo Barbosa Siqueira, brasileiro, solteiro, agricultor,  
portador do RG Nº 8.077.200 SP/PE, inscrito no CPF Nº 077.  
453.584-93, residente e domiciliado no Sítio Tenório, zona  
rural, Flores/PE, CEP: 55.850-000

\_\_\_\_\_, **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. 98, e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da  
Constituição Federal.

Flores/PE, 26 de Setembro de 2019.

X Jeremildo Barbosa Siqueira  
Declarante









MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número

55591

Série

00089

Jonas de Fátima Siqueira  
ASSINATURA DO PORTADOR





QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Joemilair Esbomira Pequena*

Lug. Nac. *Amim Talhada - PE* Data de *03/11/13*  
Filho de *Antônio Carlos de Aguiar*  
*Paulista Aguiar Aguiar*  
Id. Nº *Nº 2.346.16.188-1 A-03*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em *21/04/80* por *Flavio de*  
Ap. em *21/04/80* Estado *PE* Doc. Ident. Nº *21117-8*  
*Flavio de Aguiar*  
*Registado em 21/04/80*

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





## 36

SRTE

Li

475.

Com  
Data

Data

906

Registrado em

As a

As a

2

SR 77E

F-18.

Como  
Data

India

209

Registrado em

As the

As the

10

22

SRITK

100

..... como  
Data ..... sob

Date \_\_\_\_\_

00

Registrado em

100

100

No

SRTE

1000

10

como  
Data sob

Call

00

Ass. do P...

## DEPENDENTES

[illegible]

CARTEIRAS ANTERIORES

Numero	Serie	Data da Entrega





12

# CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: .....

CNPJ/MF: .....

Rua: .....

Município: ..... Nº: .....

Esp. do estabelecimento: ..... Est.: .....

Cargo: .....

Data admissão: ..... CBO nº: .....

Registro nº: ..... de ..... Fls./Ficha: ..... de .....

Remuneração especificada: .....

Ass. do empregador ou a rogo c/test: ..... 1º ..... 2º .....

Data saída: ..... de ..... 1º ..... 2º .....

Ass. do empregador ou a rogo c/test: ..... 1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD nº: ..... 2º .....

13

# CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: .....

CNPJ/MF: .....

Rua: .....

Município: ..... Nº: .....

Esp. do estabelecimento: ..... Est.: .....

Cargo: .....

Data admissão: ..... de ..... CBO nº: .....

Registro nº: ..... Fls./Ficha: ..... de .....

Remuneração especificada: .....

Ass. do empregador ou a rogo c/test: ..... 1º ..... 2º .....

Data saída: ..... de ..... 1º ..... 2º .....

Ass. do empregador ou a rogo c/test: ..... 1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD nº: ..... 2º .....







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 17ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES - DP179ºCIRC  
DINTER 21º 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 - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **6/5/2017** às **17:00**

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

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



Akson Leite  
Agente  
Mat. 221.100-9

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

**JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEILDA BARBOSA SIQUEIRA** Pai: **AUGUSTO BARBOSA SIQUEIRA** Data de Nascimento: **26/3/1993** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO 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: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO 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**

22/09/2017, 14:25





Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KH2291 (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 ACLIVE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR. FOI SOCORRIDO AO HOSPAM 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)

 Akson Leite  
Agente  
221100-9

B.O. registrado por: AKSON NOAN DE QUEIROZ LEITE 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 Indenizacão	Juros e Correção	Valor Total
28/11/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





<b>BOLETIM DE EMERGÊNCIA</b>		<b>Nº:</b> 323	
Data: 06.05.2017		Hora: 17:06	
Nome: Joenildo Barbosa Siqueira			
Nascimento: 26.03.1993		Sexo: masc	
Escolaridade: 2º grau		Estado Civil: Uniao Est	
Mãe: Joseilda maria Siqueira		Profissão: agriculor	
Endereço: R. tia Tereza		Responsável: Joseilda (tia)	
Bairro:		Município: Flores	
Cartão SUS: 78500922442252		Fone: 8866-3160	
Raça/Cor:		RG/CPF:	
Branca		Preta	
Parda		Amarela	
Indígena			
PA:		Pulso:	
HGT:		Temperatura:	
Peso:			
<b>História e Exame Físico:</b> Sinais físicos: ASD de febre, dor e (Viperão D, dor e (Viperão D, dor e)			
<b>Tratamento:</b> 1x 100mg Viperão D AD 1x 100mg Viperão D AD			
<b>Hipótese Diagnóstica:</b> (assinatura)		<b>Carimbo e Assinatura:</b> (assinatura)	
Destino do Paciente:		Internado	
Residência		Transfido	
Evasão			
Remetido para o hospital:			



Pernambuco

## ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA</b>	DATA DA SOLICITAÇÃO <b>06/05/2017 19:06</b>
MÉDICO SOLICITANTE <b>ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS</b>	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <b>CRM - 7351</b>

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE <b>JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA</b>	Nº DO PRONTUÁRIO <b>318635</b>
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <b>705005224474251</b>	DATA DE NASCIMENTO <b>26/03/1993</b>
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>JOSEILDA MARIA SIQUEIRA</b>	SEXO <b>Masculino</b>
ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO) <b>SÍTIO TENÓRIO ZONA RURAL</b>	TELEFONE DE CONTATO
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>FLORES</b>	COD. IBGE MUNICÍPIO <b>2605608</b>
	UF <b>PE</b>
	CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>POSIÇÃO ANTÁLGICA MSD. DEFORMIDADE EM CLAVÍCULA D, COM EDEMA.</b>
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS)
RAIO X
DIAGNÓSTICO INICIAL <b>FRATURA CLAVÍCULA D</b>
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 <b>URGÊNCIA</b>	
DOCUMENTO <b>( ) CNS (X) CPF</b>	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>05655200325</b>

### EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA</b>	DATA DE AUTORIZAÇÃO <b>17/05/17 11:23</b>
TIPO DE LEITO <b>CIRÚRGICO</b>	ESPECIALIDADE <b>ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA</b>
MÉDICO AUTORIZADOR	

### AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>CLEA CAROLINA SANTOS PATRICIA</b>	DATA DA SOLICITAÇÃO <b>06/05/17 19:06</b>
DOCUMENTO <b>( ) CNS (X) CPF</b>	COD. ÓRGÃO EMISSOR <b>CRM 17462</b>
Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>05402704408</b>	

### ESCLARECIMENTOS





# GUIA DE TRANSFERÊNCIA

## Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	DATA DA SOLICITAÇÃO 08/05/17 19:08
MÉDICO SOLICITANTE ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS	Nº SOLICITAÇÃO 318635

## Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE JOSEILDO BARBOSA SIQUEIRA	Nº DO PRONTUÁRIO
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 705005224474251	DATA DE NASCIMENTO 28/03/1993
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL JOSEILDA MARIA SIQUEIRA	SEXO MASCULINO
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SÍTIO TENÓRIO, ZONA RURAL	TELEFONE DE CONTATO
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA FLORES	COD. IBGE MUNICÍPIO 2605908,00
UF PE	CEP

## Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE AMBULÂNCIA	DATA DE EMISSÃO 17/05/17 16:21
OBSERVAÇÃO	
OBSERVAÇÃO EXECUTANTE	

## Regulador

MÉDICO REGULADOR CLEA CAROLINA SANTOS PATRIOTA	ESPECIALIDADE ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
TIPO LEITO CIRÚRGICO	

## 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: 07/05/17 10:14  
 Profissional/Evolução: DANUZIA CRISTINA DA SILVA XAVIER  
 Descrição: NO MOMENTO SEM LEITO DE ORTOPEDIA DISPONIVEL PARA OFERTAR.

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

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

TEMPO DE ATENDIMENTO				
Data/Hora	Status	Tempo utilizado	Usuario/Estabeleciment	Observação
06/05/17 19:06	Em digitação	0h:2m:18s	MARIANA FORT/HOSPIT AL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S TALHADA	Solicitação armazenada.
06/05/17 19:08	Aguardando Regulacao	0h:1m:16s	MARIANA FORT/HOSPIT AL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
06/05/17 19:09	Aguardando Regulacao	0h:0m:14s	CLEA PATRIOTA/CENTR AL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: CLEA PATRIOTA solicitação: 318635
06/05/17 19:10	Regulado	0h:2m:55s	CLEA PATRIOTA/CENTR AL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO.
06/05/17 19:12	Aguardando Disponibilidade	254h:34m:40s	CCMS/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/HOSPITA L REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S	Alterada situação da solicitação de RESERVA CONFIRMADA para EM TRÂNSITO.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA





## 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 APOS BUSCA ATIVA NAS REDES PUBLICA, 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 NECESSARIO EVOLUIR O PACT NO SISTEMA DIARIAMENTE P/ PODE SER OFERTADO LEITO AO MESMO. NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGAS P/ OFERTAR APOS BUSCA ATIVA EM REDE PUBLICA E... CONVENIADA AO SUS

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 PUBLICA E DE CONVENIO, NO MOMENTO SEM VAGA PARA OFERTAR ENF ANTONIA VALE

Data/Hora Profissional Evolução

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

Descrição

REALIZADO BUSCA ATIVA NA REDE PUBLICA 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 APOS BUSCA ATIVA NAS REDES PUBLICA, 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 APOS BUSCA ATIVA NAS REDES PUBLICA, PRIVADA, CONVENIADA OU NÃO AO SUS

Data/Hora Profissional Evolução

09/05/17 16:20 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 APOS BUSCA ATIVA NA REDE PUBLICA 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





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES  
Encaminhamento para Rede Complementar

Hospital de Origem: **HOSPAM**

Paciente: **JOSE WILDO BARBOSA SIQUEIRA**

Endereço:

Dados Clínicos:

Hipótese Diagnóstica: **FRATURA CLAVICULAR**

Conduta Adotada:

Justificativa do Encaminhamento:

Encaminhamento Para:



Casa de Saúde e Maternidade São Vicente



Hospital São Francisco



Pronto Socorro São José



Casa de Saúde e Maternidade Souto Maior

Clínica:



Médica



Pediátrica



Cirúrgica



Obstétrica



Traumatologia

Exames Complementares:

Tratamento Proposto:

1. Exame físico
  2. Radiografia de AP
  3. Radiografia de PAE, lateral, oblíqua e perfil.
  4. Curativo e medicação.
- Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 26/09/2019 10:44:39  
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092610443960200000050634830  
Número do documento: 19092610443960200000050634830

Observações:

Médico Plantonista do HOSPAM - Carimbo

Visto do Supervisor

Dr. José Jackson Alves Lima Júnior  
Diretor Clínico do HOSPAM  
CRM: 18115  
Matrícula: 370.378-0

Visto do Diretor Clínico





**SUS**Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde  
Pernambuco**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 A TEND.		
077.453.584-93			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	6 - SIS PRE NATAL	7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - Nº DO PRONTUÁRIO
705005224474251			000064236
9 - NOME DO PACIENTE	10 - DATA DE NASCIMENTO	11 - SEXO	
JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA	26/03/1993	Masculino	
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	13 - TELEFONE DE CONTATO		
JOSEILDA MARIA SIQUEIRA	(87) 98117-6994		
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)	16 - COD. IBGE MUNICÍPIO		
TENORIO	PE 56900-000		
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - UF	18 - CEP	
FLORES	PE	56900-000	

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO	20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
<i>Rosário Antulogues MS D + deficiência da musculatura da face inferior D, egressa, com sintomas de insuficiência renal MS D</i>	<i>Após Colitec D AP</i>
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID. 10 PRINCIPAL
<i>fratura de Colitec D</i>	<i>S12.0</i>
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24 - CID. 10 SECUNDÁRIO
	25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	27 - COD. DO PROCEDIMENTO
<i>Colitec</i>	<i>410.001.150</i>
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
202 - TRAUMA. MASCULINO	30 - DOCUMENTO
31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	32 - ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE
	<i>Mauriciana Pereira</i> CRM: 182.994.41 Diretora Clínica
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO	34 - ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO
21/05/2017	

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

35 - [ ] ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - Nº DO BILHETE	40 - SÉRIE
36 - [ ] ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNAE DA EMPRESA	43 - CBOR
37 - [ ] ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
[ ] EMPREGADO [ ] EMPREGADOR [ ] AUTÔNOMO [ ] DESEMPREGADO [ ] APOSENTADO [ ] NÃO SEGURADO			

**AUTORIZAÇÃO**

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO	46 - COD. ORGÃO EMISSOR	51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
		261710478933-2
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	MOTIVO DA ALTA: <i>12</i>
[ ] CNS [ ] CPF		CARATER DA INTERNAÇÃO: <i>02</i>
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	DATA DA INTERNAÇÃO: <i>21/05/17</i>
<i>1 / 1</i>	<i>Ilo Peres</i> CPF: 153.272.214-00 Médico Autorizado XIGERES	DATA DA ALTA: <i>23/05/17</i>



# 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	Sexo: Masculino	Cor: Branca
Estado Civil: Amasiado(a)	Profissão: APOSENTADO	Naturalidade: FLORES	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: JOSEILDA MARIA SIQUEIRA		Mãe: JOSEILDA MARIA SIQUEIRA	
Endereço: SÍTIO TENORIO SN			
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: FLORES	Estado: PE	Telefone: (87) 98117-6994
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito [ ] Acidente de Trabalho [ ] Outros Acidentes [ ] Agressão [ ]			
Suicídio [ ] Casual [ ] Outros [ ]			
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
<p>Posição pré-hospitalar MSD, de feridas abertas, fraturas e hematomas. D. dos membros superiores e inferiores. Membros inferiores.</p>			
Diagnóstico Inicial: Fratura da tíbia			
S.A.D.T.			
Diagnóstico Final: Fratura da tíbia			
CONDIÇÃO DE ALTA		MOTIVO DA ALTA	
Melhorado [X]	Decisão Médica [X]		
Inalterado [ ]	Alta a Pedido [ ]		
Piorado [ ]	Transferência [ ]		
Óbito+48h [ ]	Evasão [ ]		
Óbito-48h [ ]	Indisciplina [ ]		
Óbito em: / /		Data do Internamento: 21/05/17	
Hora: / /		Data da Alta: 23/05/17	
		Local: Hospital de Póvoas	
		CPF: 090.552.005-25 CRM: 7351	
		Médico Responsável	





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: <b>PEDRO A.</b>	1ª Auxiliar: <b>ANDRÉ B.</b>	2ª Auxiliar:	Anestesia:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ① PCTE EM CADEIRA DE PLATA
- ② ASSÉPTICA / ANTÉSESE PCTE
- ③ APOSCAÇÃO CAMPOS ESTÉRIS
- ④ INCISÃO SUPRACLAVICULAR ①
- ⑤ ABERTURA POR PLANOS
- ⑥ REDUÇÃO ELEMENTAR
- ⑦ FIXAÇÃO CI T50 K
- ⑧ LAVO CI SF0,9%.
- ⑨ SUTURA POR PLANOS + CURATIVO

Pedro Aureliano Magalhães de Carvalho  
CPE: 024.223.204-30 GRUPO 16558

Assinatura do Cirurgião

