

PROCURAÇÃO

PARTE OUTORGANTE:

Nome: Wagner de Souza Alves
brasileiro (a), estado civil: solteiro, profissão: estudante,
RG nº 8.984.834 SD5/PE, CPF/MF nº 106.290.194-01, com
endereço residencial na Travessa Francisco Duarte, 78,
Centro, Pocrão - PE, CEP 55.240-000

PARTE OUTORGADA:

GISELLE VALENÇA DE MEDEIROS, SÉRGIO PORTO ESTEVES, IGOR VALENÇA DE MEDEIROS CAVALCANTI, ÁLMIR DO VALE REIS PACHECO, MARCOS VALENÇA DE MEDEIROS PIMENTEL CORREIA, brasileiros, sendo os quatro primeiros advogados, devidamente inscrito na OAB/PE sob os nºs 17.828, 16.236, 28.293, 27.685, 27.982, respectivamente, o último bacharel em direito, todos com endereço profissional à Rua Prof. José Cândido Pessoa, 704, Bairro Novo, Olinda - PE, onde recebem as intimações legais.

PODERES:

Para representar a PARTE OUTORGANTE em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, com poderes incluídos nas cláusulas "ad judícia" e "ad judícia et extra", podendo propor ações, requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, transigir, recorrer, desistir, renunciar a crédito, receber valores e dar quitação, levantar quantias em depósito judicial através de Alvará, firmar compromissos, substabelecer no todo ou em parte, bem como todos os poderes permitidos em direito sempre no interesse do outorgante.

Recife, 16 de março de 2016.

Wagner de Souza Alves
outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Wagner de Souza Alves,
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 8.984.834 SDS/PE
inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 106.290.194-01, residente
na Travessa Francisco Duarte, 78, Centro,
Pocão - PE, CEP 55.240-000.

declaro para os devidos fins, sob as penas da Lei de Assistência Judiciária nº 1.060/50 e demais legislações aplicáveis à espécie, e sob minha própria responsabilidade, que não tenho condições financeiras de pagar custas do processo, despesas com publicações e/ou outras despesas concernentes, sem prejuízos próprios.

Recife, 16 de março de 2016.

Wagner de Souza Alves
Declarante



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.984.834 DATA DE EMISSÃO 30/04/2010

Nome << WAGNER DE SOUSA ALVES >>

FILIAÇÃO << FERNANDO LUIZ ALVES >>
<< VERA LUCIA GOMES DE SOUSA ALVES >>

NATURALIDADE PESQUEIRA - PE DATA DE NASCIMENTO 10/04/1996

SOL. ORIGEM << CN. 11886 L 15A F.35 CART. POÇÃO-PE 23.03.1998 >>

CPF

ASSINADO DIRETOR: [Assinatura]

LEI Nº 116 DE 2008

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 01R - 38

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

POLEGAR DIREITO

Assinatura do Titular: Wagner de Souza Alves

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

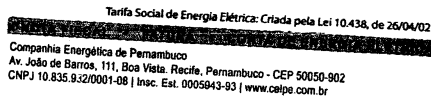
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Numero de Inscrição 106.290.194-01

Nome WAGNER DE SOUSA ALVES

Nascimento 10/04/1996





DADOS DO CLIENTE
FERNANDO LUIZ ALVES

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV FRANCISCO DUARTE 78

CPF 303.703 374-68 NIS 12058871094

CENTRO/POCAO
POCAO PE
55240-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

003137513	ÚNICA	26/08/2015
-----------	-------	------------

10/07/2015	2002788892	2682251
------------	------------	---------

COMTA CONTRATO	NÚMERO
4008349938	06/2015
FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA PREVISTA DE INICIACIÓN DE OBRAS
17/07/2015	27/07/2015
TOTAL A PAGAR €	
	7,47

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,14478388	4,34
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	6,00000000	0,24820081	1,48
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,80
Contribuição Iluminação Pública			0,95
Multa por atraso-NF 003183688 - 27/05/15			0,13
Pagamento Interrupção Energia			-0,23
TOTAL DA FATURA			

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS 30	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (M3)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
80626444		27/05/2015	2 447,00	26/06/2015	2 483,00		1,00000		36,00

Consumo de Energia Elétrica em kWh

Mês/Ano	Consumo (kWh)
JUN 15	36
MAI 15	38
ABR 15	60
MAR 15	05
FEV 16	53
JAN 15	73
DEZ 14	45
NOV 14	47
OUT 14	64
SET 14	37
AGO 14	38
JUL 14	54
JUN 14	55

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	0,02	1,02	0,08
PIS	0,02	4,87	0,30
COFINS			

	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Geração de Energia	3,85	56,15
Transmissão	0,18	2,72
Distribuição (Cabo)	1,68	25,83
Energias Sotáveis	0,54	8,18
Tributação	0,36	5,44
Total	6,62	100

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,29407800

[illegible]

ANEXO 1 - VALORES DE REFERÊNCIA PARA O SISTEMA DE PESQUERA				
COMUNIDADE PESQUEIRA	VALOR MENSAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	5,80	6,16	12,30	24,60
PEC	1,00	3,42	6,85	13,70
DANC	5,80	3,63	0,00	0,00

Limite DICR: 12,22

EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 2,64

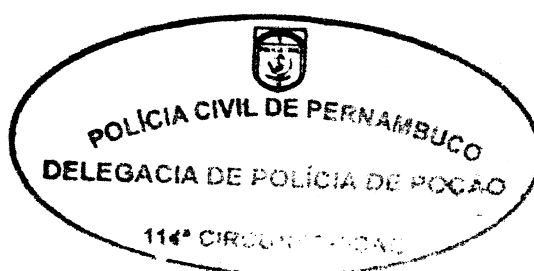
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

CONTA CONTRATO 4008349038 MÊS/ANO 08/2015 DATA DE VENCIMENTO 17/07/2015 TOTAL A PAGAR (R\$)





Ocorrência registrada nesta Unidade Policial no dia 01/06/2015 às 12:37

[illegible]

Qualificação de nível superior (se aplicável)

[illegible]

VERA LUCIA GOMEZ DE SOUSA ALVES (a) apresenta ao plantão 30-01-2019, no dia 30-01-2019, 14:00 horas, para a realização de uma audiência de conciliação, com o fim de esclarecer a situação da filha, a Sra. GENEVIEVE GOMEZ DE SOUSA ALVES, nascida em 21-08-1990, atualmente residente em Portugal, e a Sra. GENEVIEVE GOMEZ DE SOUSA ALVES, nascida em 21-08-1990, atualmente residente em Portugal, e a Sra. GENEVIEVE GOMEZ DE SOUSA ALVES, nascida em 21-08-1990, atualmente residente em Portugal.

[illegible]

Questions are asked about the following:



MOTOCICLETA (VEICULO); O DONO DA VEICULO YERA LUCIA GOMES DE SOUSA ALVES. O VEICULO EM DOSSA COR PRETA. WAGNER DE SOUSA ALVES - LagunasMarasMatr.: MOTOCICLETA; NOVA E COM 100 CM3 de volume máx Cor PRETA - Quantidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)

[illegible]

Complemento / Observação

[illegible]

Assinatura de (s) pessoa(s) presente(s) esta unidade policial:

*Wagner de Sousa Alves.
WAGNER DE SOUSA ALVES
(VITINA)

Edick Penize Texas.



SINISTRO 3150631853 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA WAGNER DE SOUSA ALVES

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A

ENDEREÇO Avenida Dantas Barreto 507-Salas 1214/1215, Santo Antônio, Recife - 16, CEP: 50010-921

BENEFICIÁRIO WAGNER DE SOUSA ALVES

CPF/CNPJ: 10629019401

Posição em 19-08-2015 10:06:44

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.362,50

Data de liberação do pagamento: 18/08/2015

Fique atento: 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 da liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
18/08/2015	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50





PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇÃO

	PREFEITURA DE POÇÃO	
	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
	SAMU REGIONAL AGRESTE - REGISTRO DE ATENDIMENTO	



192

Identificação	Médico Regulador		TARM		Operador de frota	
	Data		Hora	ID	Nº ocorrência	Unidade móvel
	15-02-15		17:40	0233		U5B
	Endereço da ocorrência					Nº
	Bairro				Município	
	Ponto de referência					
Nome da vítima					Idade	Sexo
Solicitação / Fone					18	M/F
Cartão de saúde - SUS						
7 0 3 0 0 3 2 6 2 4 5 2 0 2 7						

Queixa						
Comunicação	Saída da base	Chegada no local	Saída do local	Chegada no destino	Saída do destino	Chegada na base
17:40	17:43	17:47	18:03	18:08	18:17	18:21

☐ Transferência (senha): Tipo de Agravamento: ☒ Acidente Transitório ☐ Pedestres ☐ Condutor do veículo ☐ Passageiro do veículo ☐ Agnóstico ☐ Clínico ☐ Desabamento/Soterramento			☐ Eletrocussão ☐ FAB ☐ FAF ☐ Gineco-obstétrico ☐ Lesões térmicas ☐ Pediátrico ☐ Psiquiátrico ☐ Quase Alogamento			☐ Queda - Metro ☐ Queimadura ☐ Térmica ☐ Química ☐ Elétrica ☐ Outros:		
☐ Antecedentes: ☐ Alergia ☐ Alcoolismo ☐ Alergia ☐ AVC ☐ Cirurgias Realizadas			☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Doença Cardíaca ☐ Doença Infecto contagiosa ☐ Doença Mental ☐ Doença Renal			☐ Drogadição ☐ Hipertensão Arterial ☐ Internamentos anteriores ☐ Medicamento: ☐ Problemas Respiratórios ☐ Outros:		
Exame Clínico: Principais sintomas / Queixas ☐ Anúria/agressividade ☐ Alergia ☐ Ausência de pulso ☐ Outros:			☐ Convulsão ☐ Diarreia ☐ Dificuldade Respiratória ☐ Dor Local ☐ Febre ☐ Inconsciente/Desmaio			☐ Palidez ☐ Sangramento ☐ Vômito ☐ Outros:		

 Início dos Sintomas: ☐ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe

Dados Vitais:

Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início	160x90	105			170	97	
Fim							

RESPIRAÇÃO:

 Via Aérea:
☐ Livre
☐ Obstrução Parcial
☐ Total
☐ Coração Estranho
☐ Bronco Aspiração
☐ Edema de Glote
☐ Outros:

Respiração/Ventilação:

☐ Espontânea
☐ Parada Respiratória
☐ Assistida
☐ Ritmo Irregular

Ausculta:

☐ Normal
☐ Roncos/sibilos
☐ Estertores
☐ Diminuição MV
☐ Ausência MV

Expirabilidade:

☐ Normal
☐ Superficial
☐ Regular
☐ Irregular

☐ Opistórnico ☐ Cretação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☐ Hálito Fétido ☐ Outros:

CIRCULAÇÃO

 Pele: ☐ Cianose ☐ Fria ☐ Fria ☐ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Úmidas
 Edema: ☐ Ausente ☐ Palpebral ☐ M Inferior ☐ Anasarca
 Periférico: ☐ Normal ☐ Retardado ☐ Ausente
 Pulso: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente
 Ausculta: ☐ Normal ☐ Hipotensão ☐ Arritmia ☐ Sopros
 ECG: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado


Principais lesões	Crânio	Faca	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS		Mi	
								E	D	E	B
Amputação											
Contusão											
Excoriação											
Esmagamento											
Perfurante											
Cortado		X									
Frat. Fechada											
Frat. Aberta											
Laceração											
Luxação											
Quimimadura %											

OBSERVAÇÕES: Paciente com lesão no membro superior direito, com contusão na região do cotovelo e possível fratura de rádio no MTE, o mesmo foi encaminhado para o Hospital local.

EXAME NEUROLÓGICO:

- ☐ Ataxia
☐ Sonoência
☐ Coma
☐ Confusão
☐ Convulsão
☐ Otorragia Direita

- ☐ Otorragia Esquerda
☐ Sinal Battle Direito
☐ Sinal Battle Esquerdo
☐ Sinal de Guaxinim direito
☐ Sinal de Guaxinim esquerdo
☐ Rigidez de nuca
☐ Ataxia

- ☐ Miose Direita
☐ Miose Esquerda
☐ Midriase Direita
☐ Midriase Esquerda
☐ Paralisia
☐ Paresia
☐ Anestesia

- ☐ Parestesia
☐ Arreflexia
☐ Pupila reagente
☐ Pupila não reagente
☐ Outros:

SEGMENTO:

Pescoço:

- ☐ Desvio Traqueal
☐ Normal
☐ Turgência jugular
☐ Edema subcutâneo
☐ Outros:

Abdômen:

- ☐ Distensão
☐ Ascite
☐ Doloroso/Defesa
☐ Esplenomegalia
☐ Hepatomegalia
☐ Irritação peritoneal
☐ Normal
☐ Outros:

Urogenital:

- ☐ Anúria
☐ Giordano Direito
☐ Giordano Esquerdo
☐ Hematúria
☐ Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- ☐ Abortamento
☐ Hemorragia vaginal
☐ Normal _____ semanas
☐ Outros:
☐ Trabalho de parto: ☐ 01 cont./10m ☐ 1-3 cont./10m ☐ 3-5 cont./10m ☐ Bolso rda ☐ Sangramento ☐ Nascimento
☐ Parto único ☐ Gemelar ☐ Líquido Meconial ☐ APGAR:

PROCEDIMENTOS:

- ☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Intubação Nasotraqueal
☐ Canula Orolaríngea
☐ Cricotireoidostomia
☐ Ventilação Mecânica Ambu
☐ Respirador
☐ Instalação O2
☐ Toracocentese c/ Agulha Direita

- ☐ Toracocentese c/ agulha esquerda
☐ Drenagem Torácica Direita
☐ Drenagem Torácica Esquerda
☐ Massagem Cardíaca Externa
☐ Desfibrilação/Cardioversão
☐ Controle Hemorragia
☐ Curativo
☐ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central

- ☐ Sonda Gástrica
☐ Sonda Vesical
☐ Sedação
☐ Imobilização Membros
☐ Colar Cervical
☐ Talas/Tração
☐ Intubação Orotraqueal
☐ Traqueostomia
☐ Monitoração cardíaca / Oximetria
☐ Outros:

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA:

Reposição volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Ringer lactado	500 ml			EV	
Sol. fisiológico 0,9%					
Sol. glicosado 0,5%					
Outros					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: Hospital local

MUNICÍPIO: Pocrim

INTERRORRÊNCIA:

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condução
Dr. Jorge		Carolina	Yverson

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE, nesta oportunidade:

Assinatura:



HOSPITAL DR. LÍDIO PARAÍBA

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

UNIDADE DE ORIGEM

PACIENTE

REGISTRO

DADOS CLÍNICOS

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CONDUTA ADOTADA

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHADO PARA

UNIDADE ESPECIALISTA

EXAMES CLÍNICOS

EXAMES COMPLEMENTARES

PARECER DO ESPECIALISTA

TRATAMENTO PROPOSTO

LOCAL: NA UNIDADE DE ORIGEM ☐
NA UNIDADE DE REFERÊNCIA ☐
OUTRO SERVIÇO ☐



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome: WAGNER DE SOUZA ALVES

Registro Nº:

Clinica:

Enfermaria:

1H: FRATURA F1
2 = DO E.

CO: INDICADO FRACTAS
E GINTA ACUMULADO
CINCO GIN. POR P1
REN. ALTA.

Data: 21,02,15

DR. MAURICIO FAEB
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 10.600

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Eldia Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 88



ORD.
HRA

Prontuario: 244137

RG:

Cor: DARRA

Religião:

CNS:708005362452027

 $N^2, 21$

Estado: sp

CEA

CEP: 55240000

Nome da Mãe: _____

Fono.

Cidade: POCAO

Nome da Mãe: VERA LUCIA GOMES DE SOUSA ALVES
Acompanhante:
Motivo do Atendimento:

Profissão:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

2. ATENDIMENTO

2 - ATENDIMENTO

Date: 16/02/2015 22:35

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal: HDA

Exame Físico:

Pa:

FC:

FR

diag. Provisoria:

Prescrição:

Diet:

Horario

Orlando, Fla.

Expenditure on the

Page 2539



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

de Saúde

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nome do Paciente

Registro nº

Clinica

Com. nº

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

18/03/15

Paciente em repouso

18/03/15

Paciente em repouso
quali exp

18/03/15

Paciente em repouso

Co. 1000

Dr. Václav Duarte
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14117

20/03/15
Paciente em repouso

Dr. Ricardo Marinho
CRM 14589
CPF 704 472 334 91



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de Saúde

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nome do Paciente

Registro Nº

Clinica

Unidade Nº

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

24/03/16

Dr. Patrícia 2.ª 10h55

Tratado com 2.ª 10h55

Paciente com 1.ª 10h55
Paciente com 1.ª 10h55
Paciente com 1.ª 10h55
Paciente com 1.ª 10h55

Dr. Patrícia 2.ª 10h55

Dr. Patrícia 2.ª 10h55



[illegible]☐ Paciente ☐ Familiar

Date: _____

Assinature

☐ Paciente ☐ Familiar

Procedimento:

Assignment

Destino do Paciente

Transferência: 3110 Internamento

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

Data: ____/____/____ Hora: ____ Medico: ____ CRM: ____

Usuário de Atendimento
DIEGO J.V





IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE:
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY

CNES
2 4 0 0 2 4 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: **Wagner de Jesus Alves**

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO
Masc. ☒ Fem. ☐

RAÇA/COR

ETNIA

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

COD. IBGE MUNICÍPIO

UF

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID10 PRINCIPAL

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

Pronto para TCE Li 7 meses e
leito com cephalu

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

13/5/15

Dr. Ronaldo Bezerra de Queiroz

Interno de Clínica Médica

CRM 3417

8 9 8 0 0 1 3 4 1 7 4 8

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD. ÓRGÃO EMISSOR

Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES



P/ Wagner de Santa Alus

Caro Amigo

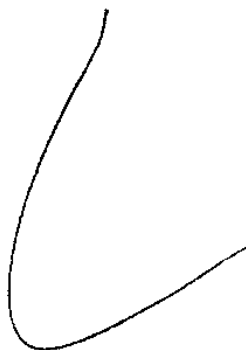
O preste emprestado to interna
de trevas em si o sendo, com
futuro do 2º poderchilo, subscrito
i congrua em 24 de janeiro de
2015. Atendente em resblate

Bezerros

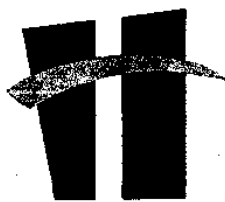


Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099

Ex de pte E. C. A. T. C.



Dr. Felipe Mendes
CREMEP



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

Nome: Wagner de Souza Alves

Reg. 102302

Data de Nasc. 1/1/

ATA: 24/02/15 (1001)

Data da Cirurgia 24/02/15

Diagnóstico: Enteria de T3 do 2 PDE

Tratamento: Síntex com fto K

Data Retorno: 13/03/15 à EL

Motivo Retorno: 1º mês

2º mês: 10/04/15 à EL

Gráfica IGAL (81) 3728.1258

[Handwritten signature]





HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

11 Wyzon de Santa Alena

Laudo Reclamação

O paciente supracitado foi vítima
de trauma, com fratura de
Fêmur proximal do 2º membro
superior. Submetido à tratamento
cirúrgico em 24/02/15. Atualmente
em reabilitação.

Bezerros, 13/03/15

Dr. Felipe Guedes
CRM-PE 21023

Av. Major Aprício da Fonseca, s/n - Bezerros - PE Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099





P/ Wagner de Souza Almeida

Alberto Medeiros

O período mencionado foi estudado
verdadeiramente em pontos de vista

Av. Major Aprício da Fonseca, s/n - Bezerros - PE Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099



230

Nº da Vantura: NC.C.4861

Nº do Tratamento:

Paciente: WAGNER DE SOUZA ALVES

CLINICA ISL O DUARTE CENTRO

Cidade: POÇÃO Cep: 55240000

US 480,00 Juros: R\$ 0,00 Desconto: R\$ 20,00 Adiantamento: R\$ 0,00

gr. R\$ 430,00

pac: WAGNER DE SOUZA ALVES RG: 3.893834

Valor da QUATROCENTOS E TRINTA REAIS

CLINICA DE GRANIG C/C

Valor Cheque Banco: Ag Conta Corrente Vencimento

R\$ 0,00

Obs: DR. RAFAEL

ARCOVERDE, 2 de Março de 2015
Hospital Memorial Arcoverde
RECEPÇÃO DE INTERNAMENTO
00223





PREFEITURA DE ARCOVERDE - PE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE ARCOVERDE
NFS e Nota Fiscal de Serviços Eletrônica

Número da Nota:
00001916
 Competência:
JUL/2015
 Data Emissão:
07/07/2015
 Código de Verificação:
KVII-IBXK

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **70.237.227/0001-30** Inscrição Municipal: **4294**
 Nome/Razão Social: **HOSPITAL MEMORIAL ARCOVERDE LTDA**
 Endereço: **AVN JOSE BONIFACIO, 1121**
 Município: **ARCOVERDE** UF: **PE** CEP: **56512001**
 E-mail: **financeiro.memorial@veloxmail.com.br** TEL: **000000000000**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **106.290.194-01** Inscrição Municipal: **---** Inscrição Estadual: **---**
 Nome/Razão Social: **WAGNER DE SOUZA ALVES**
 Endereço: **TRAV.FRANCISCO DUARTE, 78 CENTRO**
 Município: **POÇÃO** UF: **PE** CEP: **55240000**
 E-mail: **---**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

TOMOGRAFIA DE CRANIO C-CONTRASTE
MATERIAIS E MEDICAMENTOS R\$ 150,00
TAXAS E SERVIÇOS R\$ 280,00
CONFORME ART.1º DA LEI COMPLEMENTAR MUNICIPAL Nº018, DE 30 DE OUTUBRO DE 2013.

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 430,00

Atividade Prestada:

8610101 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAREXCETO PRONTO-SOCORRO E

0 - NÃO INFORMADO

Valor Líquido (R\$)	Valor das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)
430,00	150,00	280,00	1,00%	2,80
COFINS (R\$)	INSS (R\$)	PIS (R\$)	CSLL (R\$)	IRPJ (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS é fornecida com respaldo na lei complementar Nº04/2006 de 29-12-2006
 Data de lançamento do ISS desta NFS e: 10/08/2015
 http://www.tributes.municipais.com.br/NFE-Arcoverde/NotaFiscalAction.do?operacao=verificarAutenticidade

16/07/2015 12:41:13



PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇÃO-
Secretaria Municipal de Saúde
RECEITUÁRIO

or. (a): Wagner de Souza Albuquerque
Reg.: _____
Clínica: _____

1 Solicito

Tomografia
computadorizada
do crânio

Data 01/03/15

3957
Dra. Eliana de M. Araújo
Ginecologia e Obstetrícia
CREMEOP - 5967

Assinatura



MS-DATASUS
VERSÃO: 10.80

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA
ESPELHO DA AIH

PAG: 1

DATA: 28/05/2015

APRESENTAÇÃO: 04/2015

Data Autorização: 22/02/2015

O.E.: M260190001

ESFERA: PRIVADO

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 04/2015

Leito: 01

Num AIH: 261510508714-4

Situação: EXPORTADA

Orgão Emissor: M260190001

CRC: 038A6A59C1 Enfermeira: 01

Doc médico solic: 100512953070003

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Doc med resp: 204322839720003

Doc diretor clínico: 204322839720003

CNS: 70800336245202

CNES: 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA

Paciente: WAGNER DE SOUZA ALVES

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Doc: 8984834

Data Nasc.: 10/04/1998 Sexo: MASCULINO

Nome da Mãe: VERA LUCIA DE SOUSA ALVES

Responsável pec.: WAGNER DE SOUZA ALVES

Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Enia: 0000-NAO SE APLICA

Endereço: TRAVESSA PEDRO FRANCISCO DE PAIVA 78 Bairro: CENTRO

Telefone: (81)0372-81586 Muda Proc.?

Município: 281120 - POCAO

UF: PE CEP: 55240-000

Procedimento solicitado: 04.08.05.047-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS

Procedimento principal: 04.08.05.047-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS

Diag. principal: S927-FRATURAS MULTIPLAS DO PE

Diag. secundário:

Causa Óbito:

Modalidade: HOSPITALAR

Complementar:

Caráter atendimento: 02 - URGENCIA

Data Internação: 22/02/2015

Data saída: 25/02/2015

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

AIH Anterior:

AIH Posterior:

Liberação SISAIH01:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNAER: -

CNPJ do Empregador: -

CBOR: -

Vínculo Previdência: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Aprovar Valor p/	Qtde	Cust	Descrição
1	0408050470	100512953070003	225210(1)	2344254	2344254	1	02/2015	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LE
2	0408050470	204322571080018	225151(6)	2344254	2344254	1	02/2015	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LE
3	0802010024			2344254	2344254	3	02/2015	DIARIA DE ACOMPANHANTE
4	0401010015	980018286070848	223505	2344254	2344254	5	02/2015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENT

CID SECUNDÁRIO

Cid Característica
Y339 PREEXISTENTE

Descrição

OUTROS FATOS OU EVENTOS ESPECIFICADOS - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 42 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12988, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente

ASSINATURA E CARTE
DIRETOR DO HOSPI

Raimundo Francisco Araújo
Médico
CREMEPE: 5371



MS-DATASUS
VERSÃO: 10.00

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA
ESPELHO DA AIH

PAG.: 1
DATA: 28/05/2015

O.E.: M260190001

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 04/2015

Data Autorização: 22/02/2015

Num AIH: 261510508714-4

Situação: EXPORTADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 04/2015

Data Autorização: 22/02/2015

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M260190001

CRC: 088A5A59C1

Enfermaria: 01

Leito: 01

Doc autorizador: 980016003872395

Doc med resp: 204322839720003

Doc diretor clínico: 204322839720003

Doc médico solic: 100512953070003

CNS: 70800336245202-7

CNES: 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA

Paciente: WAGNER DE SOUZA ALVES

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Doc: 8984834

Data Nasc.: 10/04/1998 Sexo: MASCULINO

Nome da Mãe: VERA LUCIA DE SOUSA ALVES

Responsável pac.: WAGNER DE SOUZA ALVES

Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Telefone: (81)0372-81588 Muda Proc.: N/A

Endereço: TRAVESSA PEDRO FRANCISCO DE PAIVA 78 Bairro: CENTRO

UF: PE CEP: 55240-000

Município: 281120 - POCAO

Procedimento solicitado: 04.08.05.047-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS

Procedimento principal: 04.08.05.047-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS

Diag. principal: S927-FRATURAS MULTIPLAS DO PE

Diag. secundário:

Causa Óbito:

Modalidade: HOSPITALAR

Complementar:

Carater atendimento: 02 - URGENCIA

Data internação: 22/02/2015

Data saída: 25/02/2015

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

AIH Anterior:

AIH Posterior:

Liberação SISAIH01:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNAER: -

CNPJ do Empregador: -

CBOR: -

Vínculo Previdência:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS				CNPES/CNPJ	Agrupar	Valor n°	Óbito	Cmsd	Descrição
Linha	Procedimento	Documento	CBO						
1	0408050470	100512953070003	225210(1)	2344254	2344254	1	02/2015	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO	
2	0408050470	204322571060018	225151(6)	2344254	2344254	1	02/2015	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO	
3	0802010024			2344254	2344254	3	02/2015	DIARIA DE ACOMPANHANTE	
4	0401010015	980016286070848	223505		2344254	5	02/2015	CURATIVO GRAU II CI OU SI DEBRIDAMENTO	

CID SECUNDÁRIO

Cid Característica

Descrição

Y339 PREEXISTENTE

OUTROS FATOS OU EVENTOS ESPECIFICADOS - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos

Número de Saídas

N° Pré-Natal:

Vivos: Mortos:

Altas:

Transf.:

Óbitos:

"De acordo com a Portaria SAS/MS N° 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Raymundo Francisco Aragão Filho
Médico
CREMEPE: 5179