

Testemunha 01: _____
Nome: _____ RG nº: _____ Assinatura: _____
Testemunha 02: _____
Nome: _____ RG nº: _____ Assinatura: _____
Testemunha 03: _____
Nome: _____ RG nº: _____ Assinatura: _____
Assinatura: _____

OUTORGANTE

RECIPIE, — de —

CONTRATO: Nesta acordado entre as partes siúma, o pagamento de honorários contratuais advocatícios a base de 30% dos benefícios econômicos auferidos, em caso de êxito.

Parágrafo 1º - Os honorários do advogado serão devidos desde o requerimento administrativo negado pelo INSS até a efetiva implantação do benefício pelo posto prisma ou órgão equivalente, e ainda que esse valor seja pago em parte por RPV/Procurador e em parte por completo positivo ou qualquer outro meio de pagamento administrativo ou judicial.

Parágrafo 2 - Nos casos de revisão ou qualquer outro meio de pagamento administrativo devidos a um centro de perícia não prescrita até a efetiva implantação do benefício, os honorários serão divididos a partes iguais ou proporcionalmente de acordo com a sua contribuição.

Parágrafo 3 - Se o valor acertado no "caput" for inferior à tabela minima da OAB/PE judicial, Parágrafo 4 - Os valores serão pagos à JORAO VARELLA SOCIEDADE DE ADVOGADOS, inscrita no CNPJ nº 21.243.819/0001-50, e o contratante autoriza desde já a retenção dos honorários em parcelas previamente acordadas no "caput" para garantir a realização das diligências necessárias ao cumprimento do contrato.

Parágrafo 4 - O valor acertado no "caput" é o limite de pagamento administrativo ou judicial.

Artigo 1º - O valor acertado no "caput" é o limite de pagamento administrativo ou judicial.

DECLARAÇÃO: Declaro para os devolvedos trins de direitos, que não possuo condições de litigar da justiça gratuita nos termos do art. 98, CPC.

PODERES: Para o fôro em geral, com cláusula “Ad judicata”, podendo para tanto, renunciar aos valores excedentes ao teto máximo do Juizado Especial Federal, a fim de que, agindo em conjunto ou separadamente, possam deferir os interesses e direitos do autororgânte perante a justiça Federal, Estadual ou INSS, podendo, inclusive, assinar, confessar, desistir, transigir, firmar compromisso ou acordos, subsaberelecer e renunciar ao direito ao qual se funda o objeto da ação.

OUTORGADOS: Bela, ALYNE ROBERTA ALEXIXO DE MELLO, brasileira, solteira, advogada regularmente inscrita, na OAB/PE nº 28.167 e Beli, JOAO CAMPILLO VARELLA NETO, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/PE nº 30.341, com endereço profissional à Rua Arguimedes de Oliveira, nº 135, Santo Amaro, Recife / PE, CEP: 50.050-510.

CEP: 59515-090
NASCIMENTO: 18/12/1962
FONE: 8369 6884
ESTADO CIVIL: Profissional
BAIRRO: Alto da Boa Vista, CIDADE: Fazenda Santa Rita, ESTADO: R.E
ENDERECO: Rua das Flores, n° 05
RG: 022 8999
CPF: 023 912 729 32
OUTORGANTE: Suelma Monte da Silva, FELIPE
ENDEREÇO: Rua das Flores, n° 05

PROCURAGAO / CONTRATO DE HONORARIOS



O O O VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL O O O

REGISTRO
GERAL

2.228.994

DATA DE
EXPEDIÇÃO

19/08/2009

NOME

<< SEVERINO MONTE DA SILVA FILHO >>
<< AMÉLIA ANA DA CONCEIÇÃO >>

FILHOS

NATURALIDADE

CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE

DATA DE NASCIMENTO

16/12/1962

DOC ORIGEM

<< CN. 7132 - AOTF, 40V CART. 30 DIST.

CABO-PE 26.08.2002 >>

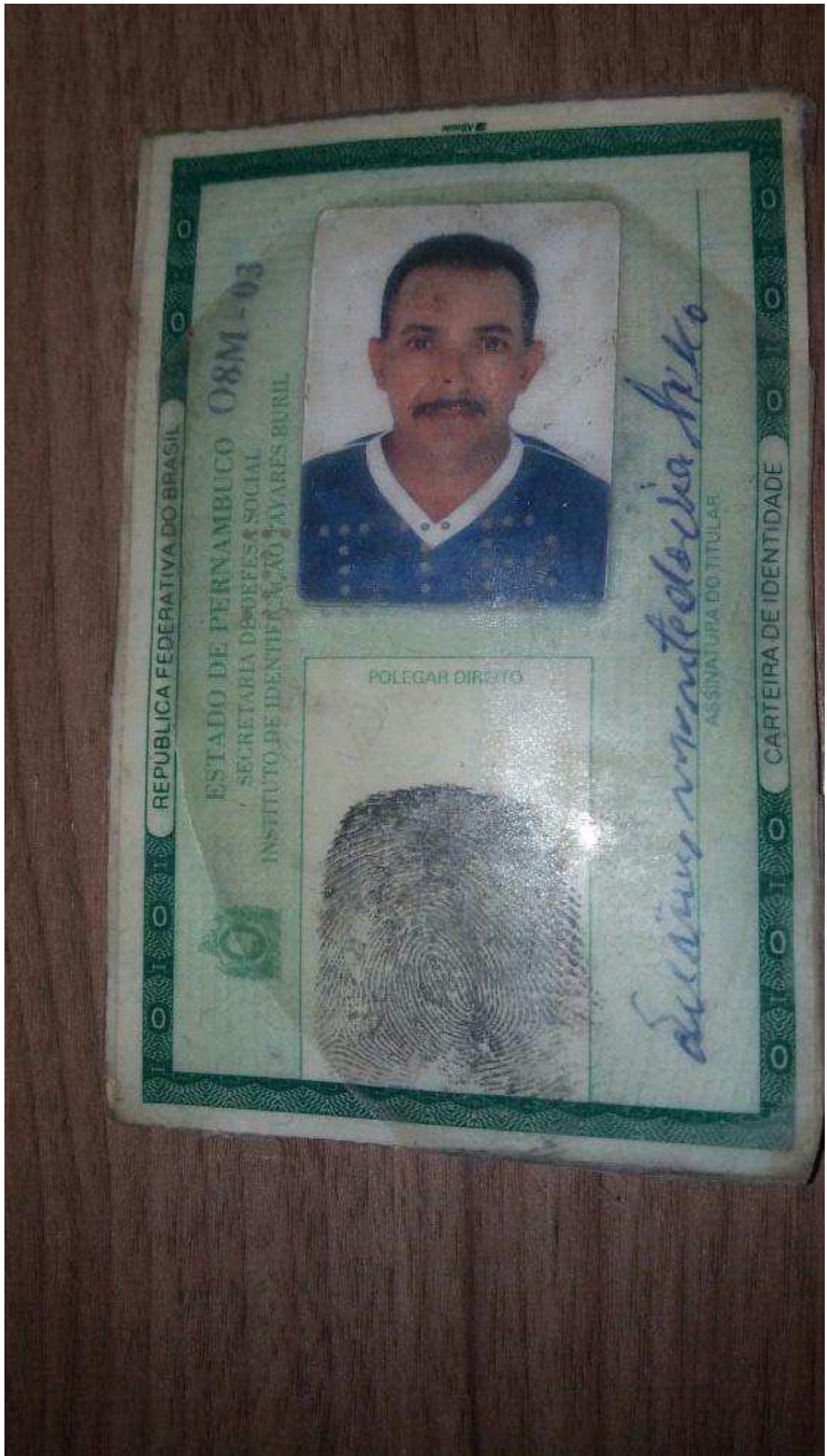
CPF

023.912.724-21

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83





Assinado eletronicamente por: João Campiello Varella Neto - 29/09/2017 15:41:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17092915371293300000023823479>
Número do documento: 17092915371293300000023823479

Num. 24104232 - Pág. 2



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA JOSEFA DA CONCEICAO
PROX BARRACA DE TETA

CPF: 793.773.004-87 NIS: 16414240444

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ROA DEZ 5

CLASSIFICAÇÃO:
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

ALTO BELA VISTA/CABO
CABO DE SANTO AGOSTINHO PE
54515-040

Nº DA NOTA FISCAL
000654459 | SÉRIE
UNICA | EMISSÃO
09/09/2016

CONTA CONTRATO
4010073451 | MÊS/ANO
08/2016

APRESENTAÇÃO
09/09/2016 | N° DO CLIENTE
2002500587 | N° DA INSTALAÇÃO
505635

DATA DE REFERÊNCIA
22/08/2016 | DATA DE EMISSÃO DA FATURA
08/09/2016

TOTAL A PAGAR (R\$)
31,58

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo >30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh
Contribuição Iluminação Pública
ICMS Subvenção-CDE-NF 000734953-09/16

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,000000	0,15952355	4,76
70,000000	0,27347949	19,14
8,000000	0,41021397	3,28
		3,99
		0,39

TOTAL DA FATURA

31,58

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
MV05542		05/07/2016	20.153,00	09/08/2016	20.273,00	32	1.0000		108,00

MESMO ANO DE CONSULTA	IMPORTEAÇÃO DE TRIBUTOS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
AGO16 108		Gerador de Energia 14,01 51,51
JUL16 102		Transmissão 0,61 1,66
JUN16 110	ICMS 27,20 0,92 0,26	Distribuição (Celpe) 0,12 29,05
MAI16 143	PIS 27,20 4,21 1,14	Encargos Salariais 3,17 11,86
ABR16 144	COFINS	Tributos 1,38 5,11
MAR16 151		Total 21,28 100
FEV16 150	Consumo Ativo até 30 kWh	
JAN16 197	Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	VALORES APLICADOS
DEZ15 193	Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,15952355
NOV15 170		0,27347949
OUT15 111		0,41021397
SEI15 114		Total 0,39
AGO15 176		

44E8 6624 D37F E02P C045 BF89 7925 DEEF

Na fatura não é mais aplicada a tarifa social de energia elétrica em vigor é a Verde. Maior informação em [www.celpe.com.br](#) ou no site da Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL) - [www.aneel.gov.br](#). O cliente é compensado quando há violação ao cumprimento das obrigações do fornecedor de energia elétrica no referido mês (Art.4º, Lei 12.007/09). Estado de Pernambuco não disponibiliza de informações sobre o cumprimento das obrigações de fornecimento de energia elétrica e de dívidas nem notícias em ocorrências judiciais que podem ser consultadas após o final do processo judicial.

Não existem dívidas de 2015 e anos anteriores. Só devem ser sustentados para conservação do consumo de energia elétrica no referido mês (Art.4º, Lei 12.007/09). Estado de Pernambuco não disponibiliza de informações sobre o cumprimento das obrigações de fornecimento de energia elétrica e de dívidas nem notícias em ocorrências judiciais que podem ser consultadas após o final do processo judicial.



CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME:
SEVERINO MONTE DA SILVA FILHO
MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO

MATRÍCULA:
075275 01 55 2015 2 00051 246 0020566 04

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LÓCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÃO DOS CÔUPLOS
SEVERINO MONTE DA SILVA
FILHO, nacionalidade
brasileira, nascido em Cabo
de Santo Agostinho, Estado
de Pernambuco, a 18 de
dezembro de 1962, filho de
SEVRINO MONTE DA SILVA e
AMARA ANA DA CONCEIÇÃO

MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO,
nacionalidade brasileira,
nascida em Cabo de Santo
Agostinho, Estado de
Pernambuco, a 14 de
novembro de 1965, filha de
JOSE LUIZ DE SANTANA e
JOSEFA MARIA DA CONCEIÇÃO

DATA DO REGISTRO DO CASAMENTO POR EXTESSO
Vinte e três de janeiro de dois mil e
quinze

DATA
23 01 2015

REGIME DE BENS DO CASAMENTO
Comunhão Parcial de Bens

NOME QUE DADA UM DOS CÔUPLOS PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)
MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO SILVA (ela)

OBSERVAÇÕES / AVERBACÕES
Ata registrado no livro B-31, às folhas 246, sob o nº
20566.



1º Primeiro Serviço Notarial e Registral Ildefonso Torres de Sá TITULAR

Rua Dr. Antônio de Souza Leão, 100 - Centro - CEP 54.000-000 - Cabo de Santo Agostinho / PE - Fone: (81) 3521-0333 - Fax: (81) 3521-0333

Reconheço Sinal Público a firma de Maria Helena Lopes Lins da fôr.
Ea test. da verdade.

Escrivente: JAILLINE RAFAELA CANDIDA DE OLIVEIRA
End.: R\$ 2,96, TSR R\$ 0,65, FERC R\$ 0,33 Total R\$ 3,94
Belo: 0130615.TPR10201401.39721 26/02/2015 09:44:49

Consulte autenticidade em www.tjepe.jus.br/selodigital.

O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou fé.

Cabo de Santo Agostinho, 23 de janeiro de
2015

NOME DO OFÍCIO
Cartório do Registro Civil do Cabo de Santo Agostinho

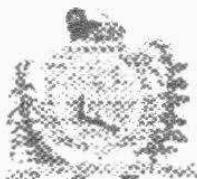
OFICIAL REGISTRADOR
Maria Helena Lopes Lins

MUNICÍPIO/UF
Cabo de Santo Agostinho

ENDERECO VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL, QUALQUER ADULTERAÇÃO OU EMDENDA INVÁLIDA FESTE DOCUMENTO.
Rua Visconde de Campo Alegre, 1149
Centro

Estado de Pernambuco





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO - DP40ºCIRC DIM/10ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17E0130003161

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/05/2017** às **10:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **16/6/2017** às **08:00**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE GAIBU (BAIRRO), 01 - Bairro: CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

1 (AUTOR / AGENTE)
ROBSON PAZ DA SILVA (OUTRO)
SEVERINO MONTE DA SILVA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geragão da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
SEVERINO MONTE DA SILVA FILHO

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

SEVERINO MONTE DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe:
AMARA ANA DA CONCEICAO Pai: **SEVERINO MONTE DA SILVA** Data de Nascimento:
18/12/1962 Naturalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **228994303/PE (RG), 62391272421 (GPF)** Estado Civil: **CASADO(A)**
Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)**
Endereço Residencial: **RUA ALTO DA BELA VISTA (), 06, RUA DEZ - CEP: 55800-000 - Bairro: TORRINHA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROBSON PAZ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

1 - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

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

20/05/2017 10:38



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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROBSON PAZ DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SEVERINO MONTE DA SILVA FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PBQ4362** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **107119400** Chassi:
LWYMC201E6001102
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

ALEGA QUE ESTAVA PILOTANDO A SUA MT COM DESTINO PARA GAIUBU E QUANDO CHEGOU JUNTO AO VIADUTO DA PITA PEGADIADA ELE NAO VIU UM GRANDE BURACO E CAI DENTRO SENDO SOCORRIDO OS POPULARES , ALEGA QUE DAQUELA QUEDA FRATUROU O BRACO ESQUERDO E FOI PARA UPA E MENDO SAMPAIO, SALINTA QUE ESTAR TOMANDO REMEDIO SOR E INFRAFACAO

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

Assinatura de Severino Monte da Silva Filho
SEVERINO MONTE DA SILVA FILHO
(VITIMA)

Assinatura de Eliezer Rosa dos Santos
Eliezer Rosa dos Santos

20/05/2017 10:38





Governo do Estado de Paraná
Secretaria de Saúde

Verde
UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

EMERGÊNCIA / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

NOME Seraine Monte da silva filho IDADE 54 anos

DATA 16/12/1962 HORA 08:12 MUNICÍPIO _____

P.A. _____ T. _____ F.C. _____

I - Sinais de emergência atendimento imediato - CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- 1 - Apnéia Cianose Estridor FC < 50 ou 140 FR > 32 vpm FR < 10
2 - Extremidades frias Enchimento capilar lentificado Pulso fraco Pulso ausente
3 - Sudorese PAS < 80 mmHg PAD > 130 mmHg
4 - Convulsionando no momento Irresponsivo ou só resposta à dor Letargia
5 - Queimaduras em mais de 25% da SC ou comprometimento de vias aéreas
6 - Intoxicação exógena
7 - Sangramento intenso Lesão Grave

II - Sinais de urgência - atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação - CLASSIFICAR COMO AMARELO

- 1 - Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15
2 - FC < 50 OU > 140 PAS < 90 OU > 240 PAD > 130 sem sintomas 
3 - Febre > 39° Febre com imunodepressão
4 - História de convulsão nas últimas 24 horas Impossibilidade de deambulação aguda
5 - Tugor pastoso Mucosas Ressecadas
6 - Queimaduras de 2º e 3º, áreas não críticas, SCQ < 10%
7 - Vítima de abuso sexual ocorrido até 72 horas
8 - Fraturas Anguladas e Luxações com comp. Neuro - Vascular ou Dor Intensa
9 - Dor abdominal intensa Dor Torácica Intensa
10 - História até 72 horas de:
Melena Hematêmese Enterorragia Epistaxe
11 - Acidente perfuro-cortante com material biológico





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

Nome: Silvérino Monte da Silva Filho Registro: _____Data: 18/12/62 Sexo: Masculino

Responsável: _____

Endereço: R 40 N° 05Bairro: Alto Belo Vista Cidade: Linhares UF: PB

Ass: _____

Hora atendimento: _____ Peso: _____ Altura: _____ Temp: _____ Pa: _____

Data: 16/05/2017 Hora: _____QUEIXA PRINCIPAL: Quadro de constipação intestinal com dor abdominal e náuseas e vômitos. HÁ 3 DIAS USO EXCLUSIVO DA INFORMÁTICA: _____
_____EXAME FÍSICO: COR: roxa, cicatriz, hidratação, gengiva, apetite USO EXCLUSIVO DA INFORMÁTICA: _____

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

HD 1. Trauma anteromediolar CID: _____

HD 2. _____ CID: _____

HD 3. _____ CID: _____

CONDUTA TERAPÉUTICA: Recomendação: _____1. Proferin 100 mg IM/IV _____2. peridolox. _____

*medicamento
CRM PB 2427*

DESTINO: 11:42h clínico 3x não atendido.

Encaminhamento ao Ambulatório: _____ Residência: _____

Internamento: _____ Transferido: _____ Para Onde: _____

Hora: 12:40h colocar gravidez cor momentanea as
nova cor excreta e excretar
perito e secret faz reto elonel ouro
en que a escoplo - faz reto elonel ouro
em 1 mto reto



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/05/2017 13:47

Nome Paciente:	SEVERINO MONTE DA SILVA FILHO
Cód. Paciente:	94321
Data de Nascimento:	18/12/1962
Sexo:	Masculino
Idade:	54
Senha:	0026
Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento:	375151
SAME:	

Periodo: 23/05/2017 13:58 - 23/05/2017 13:58

ALBANI ANDREZA DA CUNHA SILVA - COREN: 435776 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	URGENCIA - AMARELO
Cor:	 AMARELO
Queixa Principal:	PACIENTE PROVENIENTE DO HOSPITAL MENDO SAMPAIO, COM SENHA 5174868, COM RELATO DE QUEDA DE MOTO A 8 DIAS, ESTAVA DE CAPACETE NO DIA DO OCORRIDO, NEGA INGESTA DE ALCOÓL, E ALEGA QUE CAIU POR CIMA DO OMBRO ESQUERDO. HD:FRATURA DE ESCÁPULA ?
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Juci Mary Pereira Sampaio de Souza
Enfermeira
COREM/PE 402.283

Acolhido(a) por: ALBANI ANDREZA DA CUNHA SILVA - COREN: 435776 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/05/2017 13:58





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 375151

Senha da Classificação:

0026

Data e Hora: 23/05/2017 13:50

Paciente: 94321 SEVERINO MONTE DA SILVA FILHO Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 18/12/1962 Idade: 54 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: AMARA ANA DA CONCEICAO Nome do Pai: SEVERINO MONTE DA SILVA
Estado Civil: CASADO Nome do Médico: BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA CRM: 15820
Endereço: RUA DEZ -- BAIRRO ALTO DA 5 Bairro: CENTRO
Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHC PE Usuário Atendimento: EDICLEIAJS
RG (Identidade): 2228994 SDS PE Data de Emissão: 19/08/2009
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 02391272421 Fone:
Cartão SUS: Data de Emissão CRN:
24 MAIO 2017

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Cérente motorizarista há 07 dias. Traume isolado em ombro esquerdo.

Exame Físico

Dor e limitação de movimento

Hipótese Diagnóstico

Fratura de escápula esquerda

Conduta Terapêutica

Alta hospitalar c/ referência ambulatorial

Prescrição Médica

D TAC ombro esquerdo
Tipo: MJ E

Sípolis 8875 MSE

23/05/17 22:50h

Eduardo

*VITÓRIOS S. COUTO
CRM 25633-PE*

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Endereço: 376560

Data e Hora: 01/06/2017 07:44

Paciente: 94321 SEVERINO MONTE DA SILVA FILHO Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 18/12/1962 Idade: 54 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: AMARA ANA DA CONCEICAO Nome do Pai: SEVERINO MONTE DA SILVA

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO CRM: 13783

Endereço: RUA DEZ

Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE

- BAIRRO ALTO DA BELA VISTA

Bairro: CENTRO

RG (Identidade): 2228994

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 02391272421

Usuário Atendimento: LAISMSR

SDS PE

Data de Emissão: 19/08/2009

Fone:

Data de Emissão CRN:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

paciente com história de altores ag
dor de dor intensamente volta e volta

EXAME FISICO

Temperatura: ()

(P: 37.5ºC
M: 100)

Pressão Arterial: ()

Peso: ()

Altura: ()

Outros:

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: 21/06/2017

Hora do Retorno: _____

Médico do Retorno: _____

Anotações: _____

Dr. Eduardo B. Oliveira
CRM: 13783

Carimbo/Médico

OBS: Ao final da consulta encaminhar essa ficha para o atendimento (recepção). Caso a solicitação de retorno seja preenchida
, setor (ambulatório de egresso) fará o agendamento tipo 2 (Retorno).

01/06/17 PR OMERO E 2




PERNAMBUCO
 GOVERNO DO ESTADO

DOM HELDER CÂMARA
 HOSPITAL

SOLICITAÇÃO DE EXAME DE DIAGNÓSTICO
POR IMAGEM E MÉTODOS GRÁFICOS

GESTÃO
IMIP
 HOSPITALAR

NOME: Silvana Monte da Silva IDADE: _____
 REGISTRO: _____ SETOR SOLICITANTE: _____ DATA: _____ / _____ / _____
 AMBULATÓRIO HOSPITAL ENF: _____ LEITO: _____
 EMERGÊNCIA URGÊNCIA ROTINA CONTROLE
 EXAME: _____
 MOTIVO: _____
 REQUISITANTE/CARIMBO: _____
 LAUDO:

D

Rx do ombro AP
rayal escrupul

Dr. Edmundo S. C.
[Signature]

DATA: _____ / _____ / _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO


PERNAMBUCO
 GOVERNO DO ESTADO


IMIP
 HOSPITALAR

N° Prontuário: 94321
 Nome do Paciente: Silvana Monte da Silva
 Data do Atendimento: 01/06/14

<input type="checkbox"/> Psicologia	<input type="checkbox"/> Nutrição	<input type="checkbox"/> Fonoaudiologia	<input type="checkbox"/> Serviço Social
<input type="checkbox"/> Alta Ambulatorial	<input checked="" type="checkbox"/> Retorno	Data: <u>21/06/14</u>	

<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Retirada de Protetor	<input type="checkbox"/> Retirada de Fio K	<input type="checkbox"/> Imobilização
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obs.: _____





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE CONFIRMAÇÃO DO AGENDAMENTO

Setor: AMBULATORIO DE EGRESSO

Usuario do Agendamento: LAISMSR

Paciente: 94321 SEVERINO MONTE DA SILVA FILHO

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Medico do Agendamento: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO

Convênio: SIA/SUS -AMBUL/URGEN.EMERG

Tipo de Agendamento:

Data da Agenda: 22/06/2017

PREZADO CLIENTE, AS SENHAS SERÃO ENTREGUES POR ORDEM DE CHEGADA

TURNO MANHA: APARTIR DAS 08:00H ATÉ AS 11:00H

TURNO MANHA: APARTIR DAS 11:00H ATÉ AS 14:00H

TURNO TARDE: APARTIR DAS 14:00H ATÉ AS 17:00H

APÓS O HORÁRIO NÃO SERÁ POSSÍVEL O ATENDIMENTO CONFORME DETERMINAC

PARA ATENDIMENTO É OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DESTE DOCUMENTO E RG OU CPF





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: FRANCISCO FERREIRA JUNIOR
CRM - UF: PE N° 23424
Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara,
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE
Fone: (81) 3183.0000

23/05/2017

Paciente: **SEVERINO MONTE DA SILVA FILHO**
Endereço:

Prescrição:

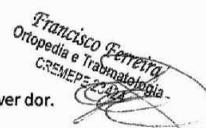
- 1) Dipirona 01g – 01 caixa**
Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.

OPICIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

- 3) Paco (paracetamol 500mg+ codeína 30mg) – 01 caixa**

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:
.....
Ident.:	Órg. Emissor:
End.:
.....
Cidade:	UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

— 7 —

Nome Completo: FRANCISCO FERREIRA JUNIOR
CRM - UF: PE N° 23424
Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara,
Rodovia BR 101 Sul-KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE
Fone: (81) 2123-2000

23/05/2017

Paciente: **SEVERINO MONTE DA SILVA FILHO**
Endereço:

Processos

- 1) Dipirona 01g – 01 caixa
Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor

OPCIONAL PARA DOB MUITO FORTE:

- 3) Paco (paracetamol 500mg+ codeína 30mg) – 01 caixa**

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome:
Ident.: Órg. Emissor:
End.:
Cidade: UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR





Atestado Médico

Paciente: SEVERINO MONTE DA SILVA FILHO

Atesto para os devidos fins que o(a) paciente acima nominado(a) foi atendido(a) neste serviço no dia 11/02/2017.

Necessitando de 07(SETE) dias de afastamento de suas atividades laborais e/ou escolares.

Cabo de Santo Agostinho, 23 de maio de 2017.

Francisco Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 23424

Francisco Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 23424

A Resolução nº 1.658/2002 do Conselho Federal de Medicina, em seu artigo 5º, estabelece:

"Os médicos somente podem fornecer atestados com diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único. No caso da solicitação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado."

Portanto, o médico não está obrigado a colocar o diagnóstico ou CID-10 no atestado médico, salvo pelas razões supracitadas



Assinado eletronicamente por: João Campiello Varella Neto - 29/09/2017 15:41:12
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17092915401411400000023823640>
Número do documento: 17092915401411400000023823640

Num. 24104397 - Pág. 7



Secretaria de Saúde



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE:SEVERINO MONTE DA SILVA FILHO

IDADE:54

DATA ALTA: 23/05/2017

1) Diagnóstico/ Conduta/ Procedimentos Realizados:

**FRATURA DA ESCAPULA ESQUERDA/ TTO CONSERVADOR COM TIPOIA
MJ ESQUERDA**

ALTA COM RETORNO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA EM 7 DIAS

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES /PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul – KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.

Francisco Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 23424



Assinado eletronicamente por: João Campiello Varella Neto - 29/09/2017 15:41:12

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17092915401411400000023823640>

Número do documento: 17092915401411400000023823640

Num. 24104397 - Pág. 8

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE **Nº 013127302990**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.NTR.C	EXERCÍCIO
1	1071154930	RE000000000000000000	2017
NOME ROBSON PEREIRA DA SILVA			
CABO STO. AGONINHO - PE			
CPF / CNPJ	PLACA		
066.443.936-50	PDQ4362		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
***** / PE	LWYMC1201E6001198		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS / CICLOMOTOR	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB. - ANO MOD.		
I-MUYANG MY49C-2	2013 - 2014		
CAP / POT / CIL.	CATEGORIA		
2P/49CL	FARTO		
I - COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENO / COTAS	
P - IPVA 2017	QUITADO	1 ^a *****	
V - FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2 ^a *****	
A - 1		3 ^a *****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
SEGURADO PAGO		10F (R\$)	
SEM RESERVA		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
<i>Charles Andrade Souza Ribeiro</i>		OBSERVAÇÕES	
CABO STO. AGONINHO		DATA	
		20/01/17	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013127302990 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ROBSON PEREIRA DA SILVA
RUA ALTO DO CRUZEIRO 1140 54525-260
CRUA - SANTA MONICA CRUZEIRO CABO STO AGONINHO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	2017	20/01/17
CPF / CNPJ	PLACA	
066.443.936-50	PDQ4362	
RENAVAM	MARCA / MODELO	
1071154930	I-MUYANG MY49C-2	
ANO FAB. - CAT. TIRE	CHASSI	
2013 - 02	LWYMC1201E6001198	
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	10F (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
SEGURADO PAGO	PAGAMENTO	
COTA ÚNICA	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.805/0001-04

DETACHE E GUARDE O BILHETE DPVAT. ELA NÃO É DE PONTE OBRIGATÓRIO.

SET/2016

