

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

OUTORGANTE

João Campiello Varella Neto

Recife, _____ de _____ de 20____.

CONTRATO: Fica acertado entre as partes acima, o pagamento de honorários contratuais advocatícios à base de 30% dos benefícios econômicos auferidos, em caso de êxito. Parágrafo 1- Os honorários do *caput* 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/Precatório e em parte por complemento positivo ou qualquer outro meio de pagamento administrativo ou judicial. Parágrafo 2- Nos casos de revisão e restabelecimentos de benefícios, os honorários serão devidos a contar do período não prescrito até a efetiva implantação do benefício pelo posto prisma ou órgão equivalente, e ainda que esse valor seja pago em parte por RPV/Precatório e em parte por complemento positivo ou qualquer outro meio de pagamento administrativo ou judicial. Parágrafo 3- Se o valor acertado no "caput" for inferior à tabela mínima da OAB/PE (causas previdenciárias) o contratante obriga-se a complementar o restante. Parágrafo 4- Os valores serão pagos à JOÃO VARELLA SOCIEDADE DE ADVOGADOS, inscrita no CNPJ nº 21.243.819/0001-50, e o contratante autoriza desde já a retenção dos honorários advocatícios em favor do contratado, por ocasião do pagamento judicial.

DECLARAÇÃO: Declaro para os devidos fins de direito, que não possuo condições de litigar em juízo sem prejuízo pecuniário próprio ou de minha família, pelo que requero os benefícios da justiça gratuita nos termos do art. 98, CPC.

PODERES: Para o foro em geral, com cláusula "Ad Judicia", podendo para tanto, renunciar aos valores excedentes ao teto máximo do Juizado Especial Federal, a fim de que, agindo em conjunto ou separadamente, possam defender os interesses e direitos do outorgante perante a Justiça Federal, Estadual ou INSS, podendo, inclusive, assinar, confessar, desistir, transigir, firmar compromisso ou acordos, substabelecer e renunciar ao direito ao qual se funda o objeto da ação.

OUTORGADOS: Bela. ALYNE ROBERTA ALEIXO DE MELO, brasileira, solteira, advogada regularmente inscrita, na OAB/PE nº 28.167 e Bel. JOÃO CAMPIELLO VARELLA NETO, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/PE nº 30.341, com endereço profissional à Rua Arquimedes de Oliveira, nº 135, Santo Amaro, Recife / PE, CEP: 50.050-510.

OUTORGANTE: *SANTANA MONTA DA SILVA FILHO* RG. *022.8994* CFP: *02394272921*
ENDEREÇO: *Rua dos, nº 05*
BAIRRO: *Alto da Boa Vista* CIDADE: *Colo da Santa Agostinha* ESTADO: *PE*
FONE: *8369 6884* ESTADO CIVIL: _____ Profissão: _____ NASCIMENTO: *18/12/1962* CEP: *51515-040*

PROCURAÇÃO / CONTRATO DE HONORÁRIOS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.228.994 DATA DE EMISSÃO 19/08/2009

NOME << SEVERINO MONTE DA SILVA FILHO >>

FILIAÇÃO << SEVERINO MONTE DA SILVA >>
<< AMARA ANA DA CONCEIÇÃO >>

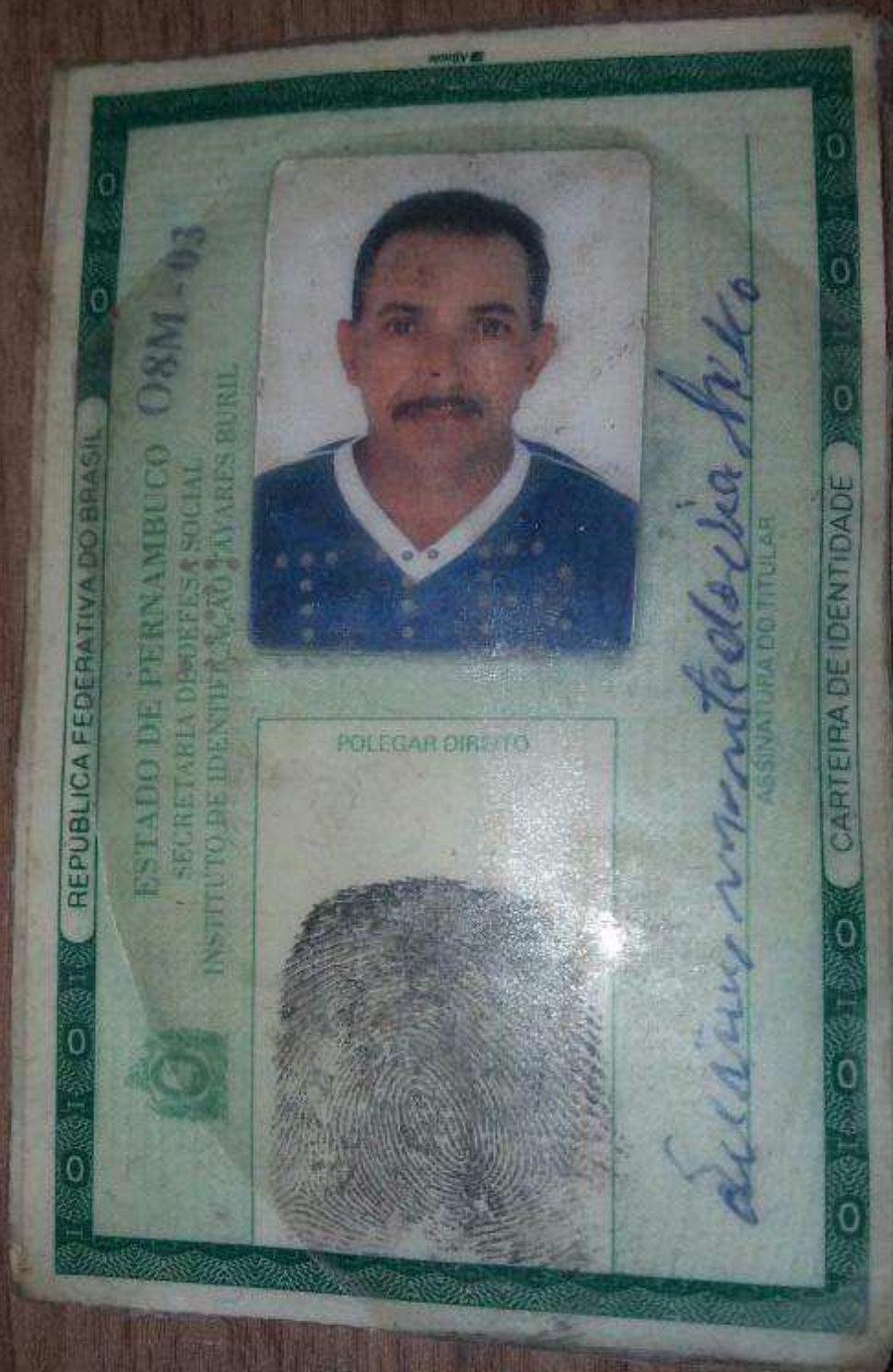
NATURALIDADE CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE DATA DE NASCIMENTO 18/12/1962

DOC ORIGEM << CN.7162 LA07 F.49V CAPT.30DIST. CABO-PE 26.08.2005 >>

CNPJ 023.912.724-21

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83







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
MÁRIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO
PROX BARRACA DE TETA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DEZ 5

CPF: 793.773.004-87 NIS: 16414240444

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

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
BARRACENDA COM NS
Monofásico

CONTA CONTRATO 4010073451 MÊS/MO 08/2016
DATA DE VENCIMENTO 22/08/2016 DATA DE CANCELAMENTO 08/09/2016

Nº DA NOTA FISCAL
000694459

SÉRIE
UNICA

EMIÇÃO
09/08/2016

APRESENTAÇÃO
09/08/2016

Nº DO CLIENTE
2002506997

Nº DA INSTALAÇÃO
50635

TOTAL A PAGAR (R\$) 31,58

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,15952355	4,78
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,27347949	19,14
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	8,0000000	0,41021397	3,28
Contribuição Iluminação Pública			3,96
ICMS Subvenção-CDE-NF 000734953-09/05/16			0,38

TOTAL DA FATURA

31,58

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE CONSTANTES	CONSUMO (kWh)
MY55342	CAT	06/07/2015	20.165,00	06/08/2015	20.273,00	1.000,00	108,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

MÊS/ANO DE CONSUMO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Valor	%
AGO 16 108				14,01	51,51
JUL 16 102				0,51	1,56
JUN 16 119				6,12	29,05
MAY 16 143				3,17	11,85
ABR 16 144				1,39	5,11
MAR 16 151				27,28	186
FEV 16 150					
JAN 16 187					
DEZ 15 183					
NOV 15 170					
OCT 15 111					
SET 15 114					
AGO 15 176					

44E8 6824 D37F E02F C045 BF89 7825 DEEF

44E8 6824 D37F E02F C045 BF89 7825 DEEF

44E8 6824 D37F E02F C045 BF89 7825 DEEF

Não existem débitos de 2015 e anos anteriores. Esta declaração é emitida para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, de acordo com a Lei nº 10.438/02. Esta declaração não libera o cliente de parcelamentos anteriores de débitos em litigância em curso judicial que poderão ser cobrados após o fim 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 LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÃO DOS CONJUGES

SEVERINO MONTE DA SILVA FILHO, nacionalidade brasileira, nascido em Cabo de Santo Agostinho, Estado de Pernambuco, a 18 de dezembro de 1962, filho de **SEVERINO 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 EXTENSO

Vinte e três de janeiro de dois mil e quinze

DIA
23

MES
01

ANO
2015

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão Parcial de Bens

NOME QUE CADA UM DOS CONJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO SILVA (ela)

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro B-51, às folhas 246, sob o nº 20566.



1º Primeiro Serviço Notarial e Registral

Ildefonso Torres de Sá

Rua Dr. Antônio de Sousa Leão, 188 - Centro - CEP 54.500-000 - Cabo de Santo Agostinho / PE - Fone: (81) 3521-0330 - Fax: (81) 3521-0033

Reconheço Sinal Público a firma de Maria Helena Lopes Lins dou fé. Em test. da verdade.

Escreventes: JACQUELINE RAFAELA CANDIDO DE OLIVEIRA

Emol. R\$ 2,96, TSNR R\$ 0,66, FERC R\$ 0,33 Total R\$ 3,95

Selo: 0150615.TFR10201401.39721 26/02/2015 09:44:54

Consulte autenticidade em www.tjpe.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

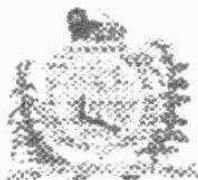
Cabo de Santo Agostinho

ENDEREÇO

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 - DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0130003161

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **16/5/2017** às **08:00**

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

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 geração 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: 228994/SDS/PE (RG), 02391272421 (CPF) Estado Civil: CASADO(A)
Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)**
Endereço Residencial: **RUA ALTO DA BELA VISTA (), 05, RUA DEZ - CEP: 55000-000 -**
Bairro: TORREINHA - 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: - Telefons 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: **107119498** Chassi: **LWYMC201E0001100**
 Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

ALEGA QUE ESTAVA PILOTANDO A SUA MT COM DESTINO PARA GAIBU E QUANDO CHEGOU JUNTO AO VIADUTO DA RITA 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 INFRAMACAO

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

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

Eliezer Rosa dos Santos
B.O. registrado por: ELIEZER ROSA DOS SANTOS

20/05/2017 10:38





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO IMIP
HOSPITALAR

EMERGÊNCIA / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

NOME Souza Monte da Silva Filho IDADE 54 anos

DATA 18, 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 bpm ☐ 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 acometimento 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 - Tumor pastoso ☐ Mucosas Ressecadas ☐
- 6 - Queimaduras de 2° e 3°, áreas não críticas, SCQ < 10% ☐
- 7 - Vítila 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: <u>Silberino Monte da Silva Filho</u> Registro: _____	
Data: <u>18/12/62</u> Sexo: <u>masculino</u>	
Responsável: _____	
Endereço: <u>R 10</u> Nº <u>05</u>	
Bairro: <u>Alto Bela Vista</u>	Cidade: <u>Caruaru</u> UF: <u>PE</u>
Ass: _____	
Hora atendimento: _____ Peso: _____ Altura: _____ Temp: _____ Pa: _____	
Data: <u>16/05/2017</u> Hora: _____	
QUEIXA PRINCIPAL: <u>Queixa do mto 1º. 30min + das</u> <u>em mto 2º. E. Noss. alegrias. HAZO DINT?</u>	USO EXCLUSIVO DA INFORMÁTICA: _____ _____
EXAME FÍSICO: <u>CSB, 1016, axando, hidratado,</u> <u>gengivário, apical</u>	USO EXCLUSIVO DA INFORMÁTICA: _____ _____ _____
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:	
HD 1. <u>Trauma anteparticular</u>	CID: _____
HD 2. _____	CID: _____
HD 3. _____	CID: _____
CONDUTA TERAPÊUTICA: <u>Rt anódio E:</u> <u>Profilaxia 1º. 30min + das</u> <u>Prescrições.</u>	<u>Dr. Delgado</u> <u>CRM/PE 20.000</u>
DESTINO: <u>11.426 chusso 3x e não DT. 10.000</u>	
Encaminhamento ao Ambulatório: _____ Residência: _____	
Internamento: _____ Transferido: _____ Para Onde: _____	
Hora: <u>12:40h</u> <u>pac 51 gquerer com monitores de</u> <u>pressão e saturação. Noss. com exatidão e fidelidade</u> <u>em relação a captação. Não pôde elonar. ou</u> <u>em relação a captação. Não pôde elonar. ou</u>	

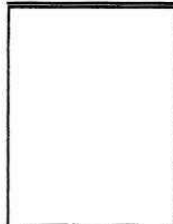



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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:

Período: 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

Jucy Mary Pereira Sampaio de Souza
Enfermeira
COREN/PE 402.283

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

Data Impressão: 23/05/2017 13:58

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



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

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

Número do documento: 17092915401411400000023823640

Num. 24104397 - Pág. 1



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: EDICLECIAJS
RG (Identidade): 2228994 SDS PE Data de Emissão: 19/08/2009
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 02391272421 Fone:
Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Cedente motorizadora há 07 dias. Trauma direto em ombro esquerdo.

Exame Físico

Dor e limitação de movimento

Diagnóstico

Fratura de escápula esquerda

Conduta Terapêutica

Alta hospitalar c/ retorno ambulatorial

Prescrição Médica

1) TAC ombro esquerdo

Tipolo MT (E)

Tipolo MTJ MSE

23 05 17

22:50

Vinicius S. Couto
Médico
CRM 25533-PE

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 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 - BAIRRO ALTO DA BELA VISTA Bairro: CENTRO
Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE Usuário Atendimento: LAISMSR
RG (Identidade): 2228994 SDS PE Data de Emissão: 19/08/2009 Fone: 89. 3777
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 02391272421 Data de Emissão CRN: 89. 3777
CRN(Certidão de Registro de Nasc):

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

paciente com fratura de alantmo na
distal sendo imobilizado com gesso

EXAME FISICO

Temperatura: ()

Pressão Arterial: ()

Peso: ()

Altura: ()

Outros: ()

CD: orientação
Mundo Apr

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: 21/06

Hora do Retorno:

Médico do Retorno:

Anotações:




Dr. Eduardo B. Oliveira
CRM: 21007

Carimbo/Médico

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

01/06/17 R* OMBRO E 2



SOLICITAÇÃO DE EXAME DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM E MÉTODOS GRÁFICOS

NOME: Guilherme Montu da Silva IDADE: _____

REGISTRO: _____ SETOR SOLICITANTE: _____ DATA: ____/____/____

☐ AMBULATÓRIO ☐ HOSPITAL ENF: _____ LEITO: _____
☐ EMERGÊNCIA ☐ URGÊNCIA ☐ ROTINA ☐ CONTROLE

EXAME: _____



MOTIVO: _____

REQUISITANTE/CARIMBO: _____

LAUDO: _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

SOLICITAÇÃO DE EXAME DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM E MÉTODOS GRÁFICOS

NS Prontuário: 94321 Data do Atendimento: 01/06/17

Nome do Paciente: Guilherme Montu da Silva

☐ ECG ☐ Psicologia
☐ Curativo ☐ Nutrição
☐ Retirada de Ponto ☐ Fonocardiologia
☐ Retirada de Fio K ☐ Serviço Social
☐ Imobilização ☐ Alta Ambulatorial

Retorno ☒ Data: ____/____/____

Obs: _____



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

08:00h

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 DETERMINAÇÃO
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

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

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.

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

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

Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte

Francisco Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 23424

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: / /

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

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

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.

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

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

Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte

Francisco Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 23424

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: / /



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

Imobilização

Paciente: SEVERINO MONTE DA SILVA FILHO
Registro: 90710 Data da Alta: 23/05/2017

Solicito Imobilização:

TIPOIA MJ ESQUERDA


Francisco Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 23424

A Resolução nº 1.668/2002 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



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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013127302990

VIA 1 COB. RENAVAM 1071194990 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME ROSSON PAS DA SILVA

CABO STO AGOSTINHO - PE

CPF / CNPJ 066.449.994-50

PLACA PDQ4262

PLACA ANT. / UF ***** / PE

CHASSI LWYK1201E6001198

ESPECIE TIPO PAS / CICLOMOTOR

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO I / WUYANG WY880-2

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP. / POT. / CIL. 2P / 49CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA 2017 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

FAIXA L.R.V.A. 1

PARCELAMENTO / COTAS

1ª *****

2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) SEGURO PAGO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS

DETRAN / PE

CABO STO AGOSTINHO

DATA 30/01/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 013127302990 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ROSSON PAS DA SILVA

RUA ALTO DO CRUZEIRO 1140

54525-260

CASA - SANTA MONICA CRUZEIRO CABO STO AGOSTINHO

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 1 COB. RENAVAM 1071194990 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 30/01/17

CPF / CNPJ 066.449.994-50

PLACA PDQ4262

RENAVAM 1071194990

MARCA / MODELO I / WUYANG WY880-2

ANO FAB. 2013

CIL. 49

CHASSI LWYK1201E6001198

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE (R\$) SEGURO PAGO

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

