

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

DA IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES:

Pelo Presente Instrumento Particular:		<i>Franca Lanzia de Lima Real</i>			
Nacionalidade:	brasileira	Estado Civil:	<i>Solteira</i>		
RG:	<i>8.108.237</i>	CPF:	<i>091.187.934-01</i>	Nasc.:	<i>02/09/1982</i>
Profissão:	<i>Recepcionista</i>				
Endereço:	<i>Rua Apuiégio Guimaraes nº 620</i>				
Bairro:	<i>Tejipió</i>				
Município:	<i>Recife</i>				
	Estado: <i>PE</i>				

CONTRATADO: ESCRITÓRIO SENA E PAPARIELLO ADVOCACIA & ASSOCIADOS, INSCRITO NO CNPJ 19.454.173/0001-08, juntamente com a Bela. **CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES**, advogada, solteira, inscrita na OAB/PE 32.262, Rua Sergio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Prestação de Serviço, ficando desde já aceito, pelas cláusulas abaixo descritas.

DO OBJETO DO CONTRATO

Cláusula Primeira: O presente contrato tem como OBJETO a prestação de serviços pelos **CONTRATADOS** para promover em nome do **CONTRATANTE** todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho do seu mandato do contrato.

Parágrafo único: estes serviços poderão ser feitos administrativamente ou por vias judiciais, caso necessário.

DA FASE JUDICIAL

Cláusula Segunda: caso necessário A intervenção judicial para o desempenho do seu mandato do contrato, pela procuração outorgada, os **CONTRATADOS**, constituirão, em nome do contratante, profissionais especializados para tais fins. A opção do **CONTRATANTE** em propor demanda judicial é expressa por sua concordância nos termos do presente contrato.

Parágrafo único: as despesas referentes ao trâmite judicial serão, a princípio, suportadas pelos **CONTRATADOS** e não se constituem em honorários profissionais objeto deste instrumento, ficando o **CONTRATANTE**, no ato do recebimento do seguro, obrigado a resarcí-las.

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Cláusula Terceira: A **CONTRATANTE** obriga-se pela veracidade e exatidão das informações prestadas aos **CONTRATADOS**, fornecendo-lhe procuração e aos seus sócios com fins específicos para agir em seu nome, além de todos os documentos pessoais e demais documentos indispensáveis que lhe forem solicitados etc. devendo pagar a importância equivalente a **30% (trinta por cento)** do proveito econômico auferido na fase judicial do presente instrumento, caso se faça necessário.

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Cláusula quarta: é obrigação dos **CONTRATADOS** realizar a prestação de contas nos moldes do presente contrato.

Rua Sergio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770
Fones: 3241.4001 / 8876.5452

x Franca, Bela



Cláusula quinta: a partir da entrega da documentação, os **CONTRATADOS** serão responsáveis pela sua guarda e utilização devida.

DO RECEBIMENTO

Cláusula sexta: Os **CONTRATADOS** estão autorizados a praticar todo e qualquer ato que julgue necessário para um bom resultado. Poderá, portanto, receber, passar recibos, endossar cheques, depositar os cheques em sua conta corrente, dar quitação dos valores por si recebidos.

Cláusula sétima: Os **CONTRATADOS** estão autorizados a promover a abertura de conta corrente e poupança para recebimento do seguro DPVAT nas instituições bancárias credenciadas em nome da **CONTRATANTE**.

Cláusula oitava: Não há prazo determinado para o término do procedimento.

Cláusula nona: Os comprovantes, cópias e documentos serão mantidos nos arquivos dos **CONTRATADOS** por 12 (doze) meses após o fim do processo. Após esse período, os **CONTRATADOS** estão autorizados a dar o encaminhamento devido aos documentos relativos aos serviços prestados à **CONTRATANTE**.

DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Cláusula décima: A **CONTRATADA** se compromete a prestar toda e qualquer informação que a **CONTRATANTE** julgue necessária sobre a prestação de seus serviços. Tanto na fase administrativa como na judicial, se necessária.

Cláusula décima primeira: A **CONTRATANTE** pagará aos **CONTRATADOS** 30% (trinta por cento), do proveito econômico que for auferido, a título de remuneração pelos serviços prestados.

Cláusula décima segunda: A **CONTRATANTE** aceita e autoriza os **CONTRATADOS** a proceder os descontos de seus honorários em percentual acima descrito e demais despesas administrativas como cartório, sedex, eventuais consultas médicas, serviços despachante, perícias, etc; tudo que envolva o fiel cumprimento deste mandado, tais como a do parágrafo único da Cláusula Segunda, entre outras, no ato de prestação de contas e repasse da importância recebida, que deverá ser feito através de débito, saque ou transferência em conta que houver o recebimento do seguro DPVAT.

DA RESCISÃO

Cláusula décima terceira: Em havendo desistência, distrato, revogação do presente instrumento ou prática de qualquer ato violador destes termos, reputar-se-á vencido e exigível o total da remuneração dos serviços contratados, bem como as despesas descritas na Cláusula Décima Segunda, constituindo o presente contrato em título executivo extrajudicial, nos termos do Código de Processo Civil.

DO FORO

Cláusula décima quarta: Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do CONTRATO, as partes elegem o foro da comarca de Recife/Pernambuco.

Recife, 05 de

Abril

de 2019.

P. Senna / P. Lopes

CONTRATANTE

SENA E PAPARIELLO ADVOCACIA & ASSOCIADOS
CNPJ 19.454.173/0001-08

CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES
OAB-PE 32.262

Testemunha

Testemunha

Rua Sergio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770
Fones: 3241.4001 / 8876.5452





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Beana Cania de Lima Freal

RG 3.308.237 CPF 091.387.934-01 PROFISSÃO recepionista

ESTADOCIVIL sótilia ENDEREÇO Rua Apúgio Guimaraes

nº 3020 Tejipió Pernambuco - PE

EMAIL Beana.Freal.Pera@gmail.com

OOUTORGADOS: DIEGO MEDEIROS PAPARIELLO, inscrita na OAB/PE sob o nº 29.143,
CAMILA ALMEIDA LOPES TAVARES, OAB PE – 32.262 todos com endereço
profissional na Rua Bartolomeu de Medeiros, nº104, Guadalupe, Olinda - PE
CEP:53240-540

PODERES: Para o foro em geral, com cláusula “*ad judicia*”, para defender os interesses e direitos do outorgante, e mações e processos de qualquer natureza, até o final da decisão como autor, réu, assistente ou oponente, perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartições, órgãos ou autarquias Federais, estaduais e Municipais, contra qualquer pessoa física ou jurídica de direito público ou privado, em defesa dos legítimos interesses do outorgante, conferindo-lhe poderes ainda para confessar, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, desistir renunciar e assinar, interpor recursos necessários, tomar vistas em processos, representar em audiência ou judicialmente, contestar qualquer ação, receber notificação e intimação, incluindo também os poderes da procura “*ad negotia*”, a fim de requerer e fazer levantamento de valores creditados em favor do outorgante, através de alvará judicial, RPV ou Precatório, junto às instituições financeiras (CEF, Banco do Brasil S/A e outros), que façam referência aos depósitos judiciais que os outorgados atuaram como patrocinador da ação, podendo ainda pedir retenção de honorários advocatícios combinados de acordo com contrato de honorários, ou seja, 30% (trinta por cento) do proveito econômico, sem prejuízo dos honorários sucumbenciais, enfim requerer, assinar e praticar tudo o mais que se fizer necessário para o perfeito desempenho do mandato em conjunto ou separadamente, inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes que lhe são outorgados.

Recife, 05 de Abril 2019

Local e Data

X Beana Freal

Outorgante

Rua Bartolomeu de Medeiros, nº104, Guadalupe, Olinda - PE CEP:53240-540
Fones: 3241.4001 / 8876.5452



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 07/05/2019 13:03:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050713031027800000044061365>
Número do documento: 19050713031027800000044061365

Num. 44734029 - Pág. 3



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, Igorane Paria de Lima Real,
brasileiro(a) portador do RG: 8308.0237 e
CPF: 091.887.934-01, DECLARO, nos termos das Leis nº 7.115/1983 e
1060/50, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não
dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do
sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira
responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente
declaração para que produza seus efeitos legais.

Recife, 05 de abril de 2019.

Local e Data

DECLARANTE

Rua Sergio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770
Fones: 3241.4001 / 8876.5452



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 07/05/2019 13:03:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050713031027800000044061365>
Número do documento: 19050713031027800000044061365

Num. 44734029 - Pág. 4

file:///C:/Users/Policia%20civil/infoexplorer/1310Preview.html

05/05/2016

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
CIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO
DIMA/DESEG**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 16E0102003454

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/08/2016 às 17:35

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpeiro (Consumado) que aconteceu no dia 23/5/2016 no berlindu da Tarde

Falso ocorrido no endereço: **RUA APRIGIO GUIMARAES, 4 - Bairro: TEJIPÍO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Falso: **VIA PÚBLICA**

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

PAULO (AUTOR - AGENTE)
MILTON DE SOUZA FAI (OUTROR)
LUANA CASSIA DE LIMA LEAL (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO
VEICULO: (usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): LUANA CASSIA DE LIMA LEAL

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

LUANA CASSIA DE LIMA LEAL (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mês: MARIA JOSE DE LIMA
LEAL Pai: NAO DECLARADO Data de Nascimento: 11/01/1983 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO /
BRASIL Documental: 81082371608/PE (RG), ds112793461 (cPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Cognitivo: 3º.
GRAU INCOMPLETO Profissão: VENDEDOR(A) Telefones Celulares:
- 9879007001

**Endereço Residencial: RUA APRIGIO GUIMARÃES, 1020 - CEP: 55000-000 - Bairro: TEJIPÍO -
Bragança/Pará/BRAZIL**

PAULO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: BAIRRO DE IBURA (BAIRRo), 711, RUA PEDRA UVA - CEP: 55600-000 - Bairro: IBURA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

MILTON DE SOUZA LEAL (não presente ao plantão) - Gênero: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ຄູນຄອງໃຫ້ເຫັນວິທີ ດົບ(ສ) ພົມ(ສ) ແກ້ວປິຈິຕົບ(ສ)



Bolotim de Ocorrência.

Página 2 de 2

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): **MILTON DE SOUZA LEAL**, que estava em posse do(s) Sr(a):

LUANA CASSIA DE LIMA LEAL

Categoria/Marca/Modelo: **CICLOMOTOR SHINERAY/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCY9551** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Descrição: **MOTO**

CAMINHAO (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): **PAULO**, que estava em posse do(s) Sr(a): **PAULO**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

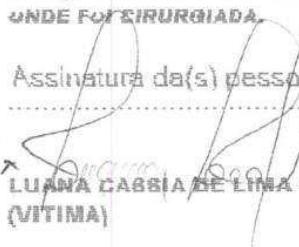
Placa: **PEV5027** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Descrição: **CAMINHAO**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA VOLTANDO DO TRABALHO QUANDO O CAMINHAO EM TELA FOI FAZER A VOLTA NA RUA , SEM A DEVIDA ATENÇÃO NAO PERCEBEU O CICLOMOTOR DA VITIMA QUE VINHA ATRÁS , E A VITIMA BATEU NA LATERAL DO CAMINHAO indo ao chão e sofrendo fratura exposta no segundo dedo do pé direito, foi socorrida pelo seu tio o sr MILTON DE SOUZA LEAL, para a UPA DOS TORROES, de lá foi encaminhada para o HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS , onde foi cirurgiada

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


LUANA CASSIA DE LIMA LEAL
(VITIMA)

R.G. registrado por: **JOSE EDSON DA SILVA** - Matrícula: 127728-6 





UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Nome: LUANA CASSIA DE LIMA LEAL

Nº registro: 286392

Dt. Nasc.: 01/09/92 - 23 ano (s)

Sexo: Feminino

Mãe: MARIA JOSE DE LIMA LEAL

Fone: 8708-3663

Endereço: RUA APRÍGIO GUIMARÃES , nº 1020, TEJIPIO. RECIFE - PE

Data/hora: 23/05/2016 - 17:09 Nº pág.: 1/2

FICHA DE ATENDIMENTO CR: ORTOPEDIA - VERDE

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA
- TRAUMA EM MIE POR ACIDENTE DE MOTO AGORA(SIC).

ORIGEM

-

TIPO DE CHEGADA

-

OBSERVAÇÕES

-

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor leve recente *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLÍNICAS

- DOR 4

DOR 4

DOR 4

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

-

JUSTIFICATIVA

MEDICA:

FERIMENTO NO 2º PDD DEVIDO A ACIDENTE DE MOTO HOJE

EXAME FÍSICO:

Peso: Altura: IMC: () Temperatura: °

PA: x mmHg HGT: mg/dL

FERIMENTO SANGRANTE PLANTAR EM 2º PDD

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S91.1 - FERIMENTO DO(S) ARTELHO(S) SEM LESÃO DA UNHA | FERIMENTO DE ARTELHO(S) SOE

Dr. Lucas de Sa
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PE 10571 TECI 14317

Esta conta dever ser paga com recursos públicos.

Avenida Engenheiro Abdias de Carvalhos, nº 1455, Torrões CEP: 50720-635 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 07/05/2019 13:03:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1905071303104950000044061361>
Número do documento: 1905071303104950000044061361

Num. 44734025 - Pág. 1



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Nome: LUANA CASSIA DE LIMA LEAL

Nº registro: 286392

Dt. Nasc.: 01/09/92 - 23 ano (s)

Sexo: Feminino

Mãe: MARIA JOSE DE LIMA LEAL

Fone: 8708-3663

Endereço: RUA APRÍGIO GUIMARÃES , nº 1020, TEJIPPIO. RECIFE - PE

Data/hora: 23/05/2016 - 17:09 Nº pág.: 2/2

OBSERVAÇÕES :

Resultados de Exames:

FRATURA EXPOSTA DE F2 DO 2º PDD

Evolução do paciente:

ANALGESIA

CEFALOTINA

CURATIVO

ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE REFERÊNCIA

Dr. LUCAS DE SA CAVALCANTI
CRM: 19671

Dr. Lucas de Sá
Ortopedista e Traumatologista
CRM - PE 19671 TECF 14317

Esta conta dever ser paga com recursos públicos.

Avenida Engenheiro Abdias de Carvalhos, nº 1455, Torrões CEP: 50720-635 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 07/05/2019 13:03:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1905071303104950000044061361>
Número do documento: 1905071303104950000044061361

Num. 44734025 - Pág. 2



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Nome: LUANA CASSIA DE LIMA LEAL

Nº registro: 286392

Dt. Nasc.: 01/09/92 - 23 ano (s)

Sexo: Feminino

Mãe: MARIA JOSE DE LIMA LEAL

Fone: 8708-3663

Endereço: RUA APRÍGIO GUIMARÃES , nº 1020, TEJIPIO. RECIFE - PE

Data/hora: 23/05/2016 - 18:04 Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO : NÃO

AMBULÂNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO HOJE COM TRAUMA NO 2º PODODÁCTILO ESQUERDO. FERIDA SANGRANTE, PLANTAR, NESSE ARTELHO.
RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DE F2 DO 2º PDD

EXAME FÍSICO:

Peso: Altura: IMC: () Temperatura: °
PA: x mmHg HGT: mg/dL
FERIMENTO SANGRANTE PLANTAR EM 2º PDD

CONDUTA:

CEFALOTINA 2G
CURATIVO
ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE REFERÊNCIA

Exames Complementares/Resultados:

FRATURA DE F2 DO 2º PDD

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S911 - FERIMENTO DO(S) ARTELHO(S) SEM LESÃO DA UNHA | FERIMENTO DE ARTELHO(S) SOE

OBSERVAÇÕES : À TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

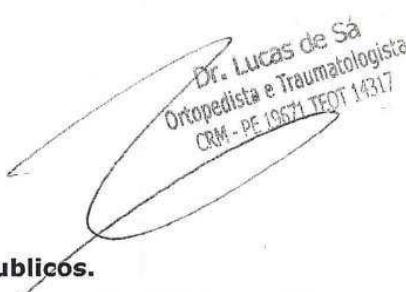
Transferência encaminhado para: Hosp. Otávio de Freitas

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 4925502

**ESTE PACIENTE TEM CONDIÇÕES DE SER TRANSFERIDO
POR MEIOS PRÓPRIOS :SIM**

**Dr. LUCAS DE SA CAVALCANTI
CRM: 19671**



Dr. Lucas de Sa
Ortopedista e Traumatologista
CRM - PE 19671 TEOF 1437

Esta conta dever ser paga com recursos públicos.

Avenida Engenheiro Abdias de Carvalhos, nº 1455, Torrões CEP: 50720-635 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 07/05/2019 13:03:10
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1905071303104950000044061361>
Número do documento: 1905071303104950000044061361

Num. 44734025 - Pág. 3

Nome: LUANA CASSIA DE LIMA LEAL
Nº registro: 286392
Dt. Nasc.: 01/09/92 - 23 ano (s)
Pai: MARIA JOSE DE LIMA LEAL
Endereço: RUA APRÍGIO GUIMARÃES , nº 1020, TEJIPIO. RECIFE - PE
Data/hora: 23/05/2016 - 18:04 Nº pág.: 1/1

Sexo: Feminino
Fone: 8708-3663

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO : NÃO

AMBULÂNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO HOJE COM TRAUMA NO 2º PODODÁCTILO ESQUERDO. FERIDA SANGRANTE, PLANTAR, NESSE ARTELHO.
FOTOGRÁFIA EVIDENCIA FRATURA DE F2 DO 2º PDD

EXAME FÍSICO:

Peso: _____ x mmHg Altura: _____ IMC: () Temperatura: °
Pulseira: _____ HGT: mg/dL
FERIMENTO SANGRANTE PLANTAR EM 2º PDD

CONDUTA:

DE SALOTINA 2G

COPATIVO

ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE REFERÊNCIA

Exames Complementares/Resultados:

FRATURA DE F2 DO 2º PDD

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FERIMENTO DO(S) ARTELHO(S) SEM LESÃO DA UNHA | FERIMENTO DE ARTELHO(S) SOE

OBSERVAÇÕES : À TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hosp. Otávio de Freitas
Motivo: Tratamento Cirúrgico
Senha: 4925502

ESTE PACIENTE TEM CONDIÇÕES DE SER TRANSFERIDO
POR MEIOS PRÓPRIOS :SIM

Dr. LUCAS DE SA CAVALCANTI
CRM: 19671

Dr. Lucas de Sá
Ortopedista e Traumatologista
CRM - PE 19671

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Avenida Engenheiro Abdias de Carvalhos, nº 1455, Torrões CEP: 50720-635 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 07/05/2019 13:03:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050713031049500000044061361>
Número do documento: 19050713031049500000044061361

Num. 44734025 - Pág. 4

Nome: LUANA CASSIA DE LIMA LEAL
nº registro: 236392
Dt. Nasc.: 01/09/92 - 23 ano (s)
Pai: MARIA JOSE DE LIMA LEAL
Endereço: RUA APRÍGIO GUIMARÃES , nº 1020, TEJIPIO, RECIFE - PE
Data/hora: 23/05/2016 - 18:04 Nº pág.: 1/1

Sexo: Feminino
Fone: 8708-3663

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO : NÃO

AMBULÂNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO HOJE COM TRAUMA NO 2º PODODÁCTILO ESQUERDO. FERIDA SANGRANTE, PLANTAR, NESSE ARTELHO.
RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DE F2 DO 2º PDD

EXAME FÍSICO:

Peso: Altura: IMC: () Temperatura: °
PA: x mmHg HGT: mg/dL
SANGRAMENTO SANGRANTE PLANTAR EM 2º PDD

CONDUTA:

CEFALOTINA 2G
CURATIVO
ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE REFERÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS:

FRATURA DE F2 DO 2º PDD

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FERIMENTO DO(S) ARTELHO(S) SEM LESÃO DA UNHA | FERIMENTO DE ARTELHO(S) SOE

OBSERVAÇÕES : À TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hosp. Otávio de Freitas
Motivo: Tratamento Cirúrgico
Senha: 4925502

ESTE PACIENTE TEM CONDIÇÕES DE SER TRANSFERIDO
POR MEIOS PRÓPRIOS :SIM

Dr. LUCAS DE SA CAVALCANTI
CRM: 19671

CRM
de 19571 PSC 14317
Dr. Lucas de Sa
Ortopedista e Traumatologista

Esta conta dever ser paga com recursos públicos.

Avenida Engenheiro Abdias de Carvalhos, nº 1455, Torrões CEP: 50720-635 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 07/05/2019 13:03:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1905071303104950000044061361>
Número do documento: 1905071303104950000044061361

Num. 44734025 - Pág. 5



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: LUANA CASSIA DE LIMA LEAL
Data Nasc.: 01/09/1992 Idade: 23
CPF: 123-4567890
Endereço: RUA APRIGIO GUIMARAES
Bairro: TEJIPÍO
CEP: 55100-000 Fone: 55100-000
Acompanhante:
Nome da Mãe: MARIA JOSE DE LIMA
Nome do Conjugue:
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 521138
Sexo: FEMININO Cor:
Cidade: RECIFE

Pronto: io, 254/34

Cor: PARDAS
CNS:

Relig.
No.
Est.

Acompanhante:
Nome da Mãe: MARIA JOSE DE LIMA LEAL
Nome do Conjugue:
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 23/05/2016 19:24
Consulta Principal / UPA

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Plants no 28 P.D. H.A. 56, or former Loco
assessors. Root diameter greater $f_2 + f_3$ as 3' P.D.

Exame Físico:

PA: EC: ER:

HO: FORTS EXPRESSED DO 2nd ADD
FORTRESS FOR GUARDS DO 31 DEC

Diag. Provisório:

P. MORROW WOOD THOMAS CIRKUS
URANIE

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

9705 16
Cassiopeia



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

23/05/2016 19:39

Nome Paciente:	LUANA CASSIA DE LIMA LEAL
Cod. Paciente:	254364
Data de Nascimento:	01/09/1992
Sexo:	Feminino
Idade:	23
Senha:	EA0078
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	521138



23/05/2016 19:39 - MARLY MOTA DA SILVA SOUZA - COREN: 55110 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Classificado:

AMARELO - URGENTE

AMARELO

Quinta Principal:

PACIENTE VEIO ENCAMINHADA DA UPA DOS TORROES. SOFREU QUEDA DE VOTO APOS COLISAO MOTO/ CAMINHAO HOJE DE TARDE . ESTAVA PILOTANDO A MOTO. TRAUMA EM 2 PDE. QUEXA DE DOR.

Quinta Secundária:

Problema sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Descrição(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendente:

Síntese Vias Lidos: - REGUA DE DOR: 5

Acolhido(s) por: MARLY MOTA DA SILVA SOUZA
Data: 23/05/2016 19:39

Resumo de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPEZ TAVARES - 07/05/2019 13:03:10
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050713031049500000044061361>
Número do documento: 19050713031049500000044061361

Num. 44734025 - Pág. 7

SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SERVIÇO SOCIAL



ENTREVISTA SOCIAL

NOME: Luana Caria de Lima Beal

IDADE: 23 DATA: 01/09/92 TELEFONE: 32547744 CEL.: 32526728 Graça (tia)

RESPONSÁVEL: Maria das Graças de Lima Beal

ENDEREÇO: Rua - Aprígio Guimaraes 1020

PONTO DE REFERÊNCIA: Taxídio

INFORMES: Candidata neste serviço, encaminha
da da UPA - Abdias do Cavalho.
Referiu trânsito em Pé Direito, após
exprimir quedas de morte (sic).
Ciente e atinente e competente.

Lauda 24/05/16

043-HOF

043-HOF/SOCIAL/HOF

SES/FUSAM HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS	Nº REGISTRO:
---	--------------

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:		EVOLUÇÃO CLÍNICA	
CLÍNICA:	C.R. - MUL.	ENF.:	LEITO:
DATA	HORA	EVOLUÇÃO	
24/05/16	16:16	<p>Admitida com FPR. Enq d. 2º PD R. Coração. Aver de: Dor lumbosacral. Paus de respiração cíclica nos últimos dias. HAS em aeroporto</p> <p>Y80</p>	
24/05/16	8:10	<p>paciente EGR, consciente, orientada, alertada, afebril, eupneica e normocorada. Sem queixas no momento. AVP em MSE. Disse (±), evacuação (+). Aguarda reav. médica.</p> <p>Assinado: Dr. George Rocha CRM 15860 TEOF 1151</p>	
24/05/16	16:26	<p># Bloco cirúrgico</p> <p>Paciente subiu a tra um no bloco expira FI 25 min.</p> <p>Quarto: 01 AM R + usos máis</p> <p>Dr. George Rocha CRM 15860 TEOF 1151</p>	
24/05/16		<p>Admidação procedente da SEFA, cons ciente, orientada. Sufreva AVP/HSP, FO at. lumbosacral. Nega DHT/HAS/talgão.</p> <p>PD/AVP</p>	
25 MAIO 2016		<p>Paciente Bebe, no 1º</p> <p>DPO de exp do FI do 2º PDI</p> <p>Sel RX Controll</p> <p>Dr. Paulo Granja CRM/MEPE 4273</p>	

003-HGOF



LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:		Luisa Rezende de Lima LOPES		
DATA DO NASCIMENTO:		01/09/1992	SEXO	F
NOME DA MÃE:		Ana Lúcia de Lima LOPES		
ENDERECO: (AV./RUA)				
Nº	BLOCO:	APTº	BAIRRO:	
MUNICÍPIO:			UF:	CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:
<p>Exame de rotina feito no dia 07/05/2019.</p> <p>Naquela ocasião foi feita a exa...</p> <p>Exa. de rotina feita no dia 07/05/2019.</p>

EXAME FÍSICO:
<p>Exa. de rotina feita no dia 07/05/2019.</p> <p>Exa. de rotina feita no dia 07/05/2019.</p>

PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES:
<p>Exa. de rotina feita no dia 07/05/2019.</p> <p>Exa. de rotina feita no dia 07/05/2019.</p>
DIAGNÓSTICO INICIAL:
PROCEDIMENTO SOLICITADO:
DESCRIPÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE:
CÓDIGO:
CARATER DA INTERNAÇÃO:

DATA: 01/05/19	DATA: 02/05/19
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO	
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR DA INTERNAÇÃO	

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS	
AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR	
NOME DA UNIDADE:	
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO	
HGOF-333	
DATA DO ENCAMINHAMENTO	



DATA	HORA	EVOLUÇÃO
25/5/16	Vi o cinturão de lombar e auxiliar	<p>Algo levitado</p> <p>Maurício Sávio C. de M. Rondon Assessoria de Comunicação e Marketing COMCE 105</p>
27/5/16	Pt. convulso, derrubado pelo teto aberto, levado para o banheiro de casa. Vida regular em casa. Recuperação de feridas.	<p>EAPM das Prazeres COREM 01/06</p>





SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

NOTA DE SALA DE CIRURGIA/CENTRO CIRÚRGICO

Nome:	<u>Edilson Ferreira Oliveira Leite</u>	Registro:	<u>294364</u>
Data:	<u>14/10/97/2021</u>	Sala:	<u>02</u>
Cirurgião:	<u>Dra. Leopolda + Dr. Cesar</u>	Emergência:	<u>Sim () Não ()</u>
Instrumentador:	<u>Edilson</u>	Anestesista:	<u>Guy</u>
Anestesia:	Analgesia () Bloqueio () Local ()	Circulante:	<u>Flávio</u>
Cirurgia:	<u>Fistula recto-uretral</u>	Peridural () Ráque ()	Sedação ()
		Geral ()	

ITD	Medicamento	QTD	Descritóveis	QTD	Fios
	Adrenalina ampola	1	Aguilha 13 x 4,5 Unid.		Algodão Sem Agulha
	Água biseutilada 10ml amp.	1	Aguilha 26 x 07 Unid.		Algodão Com Agulha
	Áqua biseutilada 500ml FA	1	Aguilha 40 x 12 Unid.		Cat Gui Cromado nº
	Ammonílica ampola		Aguilha prisional N°		Cat Gui Simples nº
	Anticardio		Aguilha p/Raqui N°		Seda n°
	Atropina ampola		Ajg. Ortopediogram		Mononylon n°
	Bicarbonato de Sódio	21	At. da Crepa CM	10	Monilon n°
	Cloreto de Sódio		Cat. Subclávia Adulto		Fita Cardíaca
	Decadron		Cat. Subclávia Pediátrico		Prolene n°
	Diclofenaco de Sódio		Cateter Peridural		Vioryl n°
	Dipirona		Coletor Sist. Aberto		
	Diprivan (Propofol) amp.		Coletor Sist. Fechado		
	Dopamina		Compreesa Crimpeia		
	Efertil ampola		Dreno Láminar N°		
	Etileno (ML)		Dreno Penrose N°		
	Fenargan		Dreno de Succção N°		
	Flagyl (Metronidazol) TB		Dreno Torácico N°		
	Forane (ML)	21	Equipo Microgota/microgote		
	Glicose		Espadrado Ant. CM		
	Gluconato de Cálcio		Espadrado Imperm. CM		
	Halotano (ML)		Gasa		
	Heparina		Compreesa c/04 Unid.		
	Hidrocortisona		Lâmina Biaturi N°		
	Hicina		Luva Cirúrgica 7,0		
	Hipaque		Luva Cirúrgica 7,5		
	Isofturano (ML)		Luva Cirúrgica 8,0		
	Kefazol 1g		Luva Para Procedimento		
	Keflin 1g		Máscara		
	Laxix		S. Endotraqueal C/B N°		
	Manitol (3%) / (20%)		S. Endotraqueal S/B N°		
	Micacina		Seringa 01cc		
	Neocaina 0,5% C/A		Seringa 05cc		
	Neocaina 0,5% S/A	21	Seringa 10cc		
	Neocaina 5% pesada		Seringa 20cc		
	Pavulon amp.		Seringa 60cc		
	Pissal amp.		Sonda Asp. Traqueal N°		
	Prostaglandina amp.		Sonda Foley N°		OUTROS
	Rantidine		Sonda Nasogástrica N°		
	S. Fisiológico 0,9% 1000ml	64	Sonda uretral N°	74	
	S. Fisiológico 0,9% 500ml		Sonda Retal N°		
	S. Glicosado 5% 500ml		Surgical Unid		
	S. Glicosado 10% 500ml		Tela Prolena CM		
	S. Ringer Lactato 500ml		Turbante / Touca		
	Titell & Ding FA		Jeico n°	20	
	Theodium amp.		Liga Clip N° 300		
			Liga Clip N° 100		
	CONTROLADOS		Xylocaina Gelada		
	Dinorf 10mg amp.		Xylocaine Spray		
	Dolantina amp.		Torrinhas 3 vias		
	Dormone 10mg amp.		Boas de Colostomia		
	Landekamp amp.		Atedura Gessada		
	Rapifen amp.		Eletrodos		
	Vallum 10mg amp.	25	Traqueobatismo		
	SOLUÇÕES		Cateter Nasal		
	Água Oxigenada (ML)	1	Cera para Oso		
	Álcool 70% (ML)				
	Álcool Iodado (ML)				
	Clorexidina				
	Detergente Enzimático				
	Eter (ML)				
	PVPI Desgermantia (ML)				
	PVPI Tópico (ML)				
	Tetra Brumelin (ML)				
	HORARIO				
	CIRURGIA				
INÍCIO:					
TERMINO:					
	ANESTESIA				
INÍCIO:					
TERMINO:					
	EQUIPAMENTOS				
	HORARIO				
	INI				
	FIM				
	Arthroscopia				
	Arcô Cirúrgico				
	Biaturi Elétrico				
	Capnógrafo				
	Monitor Cardíaco				
	Oxímetro				
	Videos				
	AP Endoscopia Digestiva				

CIRURGIA

100-1000

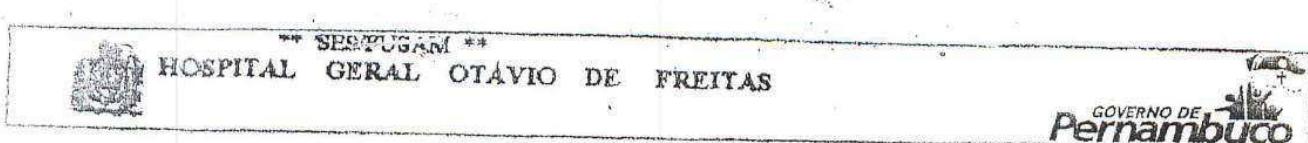
ANESTHESIA

INICIO 18

TERMINAL:

EQUIPAMENTOS

HORÁRIO	INI	FIM
Arthroscopia		
Arco Cirúrgico		
Bisturi Elétrico		
Capnógrafo		
Monitor Cardíaco	X	
Oxímetro	an	
Vídeo		
AP Endoscopia Digestiva		



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NAME DO PACIENTE: <i>Lúcio Cícero de Souza</i>	Nº DO REGISTRO: <i>00000000000000000000000000000000</i>	
CLÍNICO: <i>Dr. George</i>	Nº DO LEITO: <i>00000000000000000000000000000000</i>	
OPERADOR: <i>Dr. George</i>		
1º ASSISTENTE: <i>Dr. George</i>	2º ASSISTENTE: <i>Dr. George</i>	
INSTRUMENTADOR: <i>Dr. George</i>	ANESTESISTA: <i>Dr. George</i>	
ANESTESIA: <i>GA</i>	DURAÇÃO: <i>00:00:00</i>	
HORA DA OPERAÇÃO: <i>10:15 AM</i>	INÍCIO: <i>10:15 AM</i>	FIM: <i>10:15 AM</i>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fratura aberta da clavícula com deslocamento e instabilidade.</i>		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERAÇÃO: <i>Fratura aberta da clavícula com deslocamento e instabilidade.</i>		
OPERAÇÃO PROPOSTA: <i>Redução aberta da clavícula com fixação interna.</i>		
OPERAÇÃO REALIZADA: <i>Aqui</i>		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Dr. George Rocha
Ortopedista Traumatologista
CRM-PE 1996 TEC 1157

IM-EGOF

** SES/FUSAPE **

CNS: 700306994498435	Atendimento: 521172
Paciente: 254364 LUANA CASSIA DE LIMA LEAL	
Clinica: CORREDOR SUL	Leito : COR-17-S
Nasc.: 01/09/1992 Idade : 23 Anos 8 Meses Sexo : FEMININO	
Mãe: MARIA JOSE DE LIMA LEAL	
End.: RUA APRIGIO GUIMARAES	Nº: 1020
Bairro: TEJIPIO	Cidade: RECIFE
Telefone: 558132526728	Data At: 23/05/2016 21:59

Nome: _____

Reg.: _____

DATA DE ENTRADA: _____ **DATA DE SAÍDA:** 25/05/16

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: Fraqueza cl.
F2 25 90º Dm

DIAGNÓSTICO FINAL: Fatigue

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): /

DEVERÁ COMPARCER AO AMBULATÓRIO DE: _____

PARA CONTROLE EM: _____

Mauricio Sérgio C. de Vasconcelos
 Acupuntor, Ortopedista e Traumatologista
 CRM-PE 10252

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

105-BGOF





**** SES/FUSAM **
HOSPITAL CRISTO VIVO DE FREITAS**

Atendimento: 521172

Leito : COR-17-S

CNS: 700306994498435
Paciente: 254364 LUANA CASSIA DE LIMA LEAL

Clinica: CORREDOR SUL

Nº: 1020

Nasc.: 01/09/1992 Idade : 23 Anos 8 Meses Sexo : FEMININO

Mãe: MARIA JOSE DE LIMA LEAL

End.: RUA APRIGIO GUIMARAES

Cidade: RECIFE

Data At: 23/05/2016 21:59

Bairro: TEJIPÍO

Telefone: 558132526728

ES/INTERNO
PARA: AMBULATÓRIO

HOSPITALAR EM: / /

EM: / /

COM: 15 DIAS.

DO SETO
NOME DO
PRONTUÁRIO

RETOURAR AO AMBULATÓRIO DE:

MÉDICO:

MOTIVO:

RECIFE:

Maurício Sérgio C de Vasconcelos
Adolesc Ortoped e Traumatolog
CREF 1042

Assinatura do responsável e carimbo

Visto - Chefe do Ambulatório

OBS.: ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;

- A) ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
- B) TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
- C) SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM ALTA HOSPITALAR E NECESSITEM RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO).

011-HGOF





SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Karine Camila de
luna Leal

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____
necessita de 15 (dez) dias de afastamento
do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

a) Diagnóstico Fratura exposta 2^o
de clav. pt D 592

b) Tratamento

tutti cmy

Deverá retornar ao Ambulatório de: _____

Com _____ dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

Karol 23/05/16

HOSPITAL/AMBULATÓRIO

LOCALIDADE/DATA

Mauricio Sérgio C. de Vasconcelos
Acupuntura, Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 10452

Ass. do Médico – CRM N.º

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO
PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO
130-HGOF





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

DECLARAÇÃO

Recife, 18 de julho de 2016.

Declaramos para os devidos fins que sra. Luana Cassia de Lima Leal, esteve internado nesta Unidade de Saúde, conforme descrição abaixo:

Prontuário Médico: 254364

Dia: 23/05/2016

Alta: 25/05/2016

Cl. Traumatologia: 2º. Andar – pré-op.

Atenciosamente,

Maria Inês Azevedo
Maria Inês Azevedo
2016 / SAMU

Rua Aprigio Guimarães, S/N – Tejipió - Recife /PE

CEP. 50.920-640 FONE: 3182-8500



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 07/05/2019 13:03:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050713031064600000044061360>
Número do documento: 19050713031064600000044061360

Num. 44734024 - Pág. 8



SES

Peri

CNS: 700306994498435

Atendimento: 521172

82-8500

R

CNS:70030699490453 RECHAGAMENTO 32117-2
Paciente: 254364 LUANA CASSIA DE LIMA LEAL
Clinica: CORREDOR SUL Leito : COR-17-S
Nasc.:01/09/1992 Idade : 23 Anos 8 Meses Sexo : FEMININO
Mãe: MARIA JOSE DE LIMA LEAL
End.: RUA APRIGIO GUIMARAES Nº: 1020
Bairro: TEJIPIO Cidade: RECIFE
Telefone:558132526728 Data At: 23/05/2016 21:59

Norr

End.: RUA APRIGIO GUIMARAES N°: 1020
Bairro: TEJIPÍO Cidade: RECIFE
Telefone: 558132526728 Data At: 23/05/2016 21:59

Clín

Telefone: 558132526728 Data At: 23/05/2016 21:59

MES

- CEFALEXINA 500 —— 20 Cx.
Tomar 1 comp. de 8/6 Hs.
durante 5 días
 - FLANCOX 400 —— 01 Cx.
Tomar 1 comp. de 12/12 Hs.

Mauricio Sérgio C. de Vasconcelos
Acupuntura, Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 10452

Data: / /

Médico-CRM

075-HOF



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 07/05/2019 13:03:10
<https://pjje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050713031064600000044061360>
Número do documento: 19050713031064600000044061360

Num. 44734024 - Pág. 9

SINISTRO 3180208819 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUANA CASSIA DE LIMA LEAL

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA EXCELSIOR
DE SEGUROS

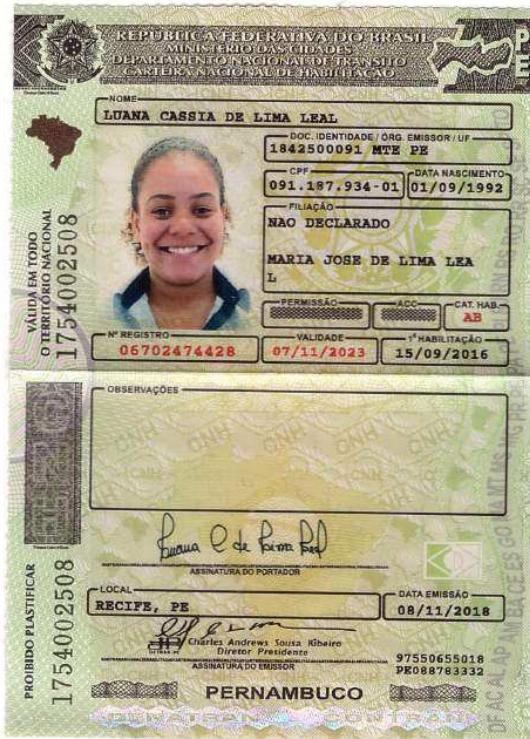
BENEFICIÁRIO LUANA CASSIA DE LIMA LEAL

CPF/CNPJ: 09118793401

Posição em 16-04-2019 10:00:35

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.





Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 07/05/2019 13:03:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050713031087200000044061363>
Número do documento: 19050713031087200000044061363

Num. 44734027 - Pág. 1

compesa CNPJ 09.769.035/0001-64
ATENDIMENTO: RUA ONZE DE AGOSTO - NUM. - 00564 - TOTO RECIFE
PE 50791-480 INSC.EST. N° 18.1.001.0014398-2

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
HIDRÔMETRO A10B205430	DATA LEIT. ANTERIOR 02/03/2019	DATA LEIT. ATUAL 02/04/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL
ÁGUA:			
LEIT ANT: 3519 CONSUMO:33			
LEIT ATU: 3552			
LEIT FAT: 3552			
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO			
02/2019	42	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS
01/2019	36	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.
12/2018	44	104	104
11/2018	46	104	92
10/2018	36	104	104
09/2018	34	104	101
MEDIA: 40 Qualidade de Água: www.compresa.com.br			
OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS			
(2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA			
(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS			
AGUA	CONSUMO	TOTAL(R\$)	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 POR UNIDADE	10 M3	41,30	
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	10 M3	47,40	
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,63 POR M3	10 M3	56,30	
31 M3 A 50 M3 - R\$ 7,75 POR M3	3 M3	23,25	
PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 25/48 DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA 03/2019			
76,84			
1,00			
TRIBUTOS		BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)
PIS CORFINS	168,25	1,65	2,78
	168,25	7,60	12,79
VENCIMENTO: 15/04/2019		TOTAL A PAGAR: 246,09	
MENSAGEM:			

IMPRESSO EM: 02/04/2019 10:04:11

VIA DO CLIENTE



obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mestre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequadamente. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente; amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las. Atenda às recomendações dos membros da CIPA, e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guarda-protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Habilite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Correça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



2º VIA

Número 18425 Série 00091

ASSINATURA DO PORTADOR



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 07/05/2019 13:03:11
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050713031095300000044061364>
Número do documento: 19050713031095300000044061364

Num. 44734028 - Pág. 1

QUALIFICAÇÃO CIVIL

QUALIFICAÇÃO CIVIL
Nome Rouana Cássia de Leima Local
Loc. Nasc. Recreio Est. PE Data 01.09.92
Filiação Maria José de Leima Local
Doc. Nº RG 8108237-505866 Sp. 31.07.06

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. N°
Exp. em Estado
Obs.:
Data Emissão 29/09/15 SRTE PE
Tânia M. S. Barbosa
Sist. de Treinamento e Qualificação
Assinatura do Funcionário
.....

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação a nome, est. civil e data nasc.)

Dec

Name _____

Doc

Name _____

Doc.

卷之三

卷之三

卷之三

Nascimento

卷之三

卷之三



CONTRATO DE TRABALHO

**ECOPE ESCOLA DE ECOGRAFIA DE
PERNAMBUCO LTDA ME**

CNPJ: 14.360.081/0001-45
END. AV ENGENHEIRO DOMINGOS FERREIRA, 4060,
SALA 1603 - BOA VIAGEM - RECIFE - PE

CARGO: Recepção
CBO: 4221-05

ADMISSÃO: 02/01/2018

SAL: R\$ 1.137,00 (um mil cento e
trinta e sete reais) Por mês.

Até Escola de Ecografia de PE
CNPJ 14.360.081/0001-45

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída.....de.....de.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

CNPJ/MF

Rua Nº

Município..... Est.

Esp. do estabelecimento.....

Cargo..... CBO nº

Data admissãode..... de.....

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída.....de.....de.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD nº





Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 07/05/2019 13:03:11
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050713031104100000044062968>
Número do documento: 19050713031104100000044062968

Num. 44735782 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 07/05/2019 13:03:11
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050713031104100000044062968>
Número do documento: 19050713031104100000044062968

Num. 44735782 - Pág. 2