

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: Rosieleide Marques da Silva
(Nome Completo)
Brasileira (o), solteira, recusa
(Nacionalidade) (Estado Civil) (Profissão)
portador(a) da Cédula de Identidade nº 5.534.434, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº
048.488.594-41 residente domiciliado(a) Rua Maria Alice
Nº 50, São Vicente Passos - PE CEP: 55660-000

OUTORGADOS: **EWERSON VILAR DE LIMA**, brasileiro, casado, advogado, portador, respectivamente, da
OAB-PE **28.570**, com endereço profissional na Avenida , endereço eletrônico:
evl.advogado@yahoo.com.br

PODERES: Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar ao **OUTORGADO** o percentual de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

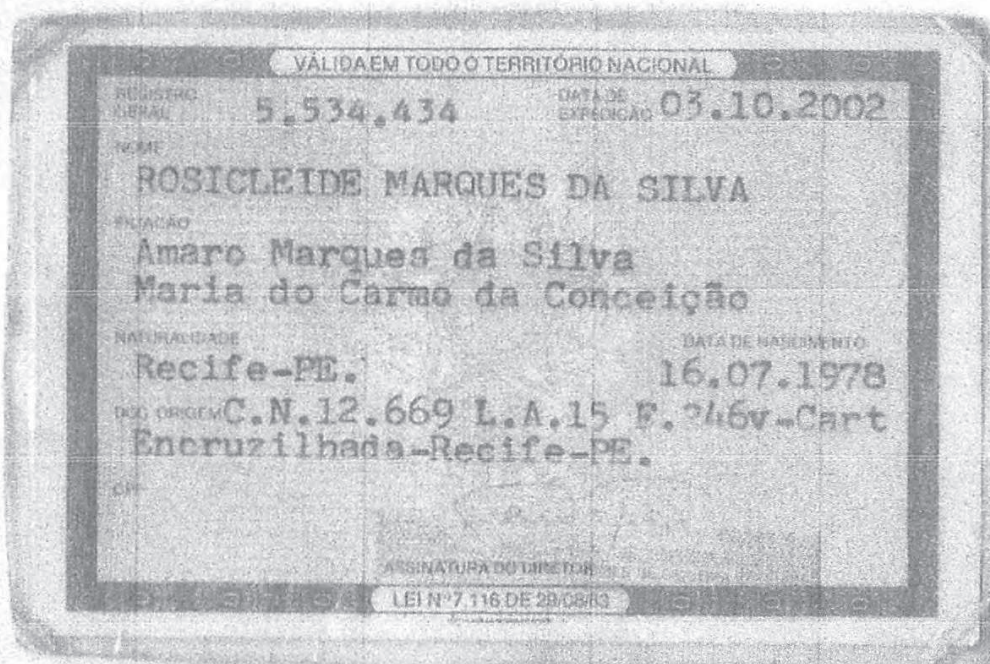
DECLARAÇÃO DE POBREZA: Eu, , DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

Outorgante/Declarante

Rosieleide Marques da Silva

1.







MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

048.488.594-41

Nome

ROSICLEIDE MARQUES DA SILVA

Nascimento

16/07/1978



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ROSICLEIDE MARQUES DA SILVA CPF: 048.488.594-41 NIS: 15566385364	DATA DE VENCIMENTO 04/06/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 53,35	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 28/05/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 28/05/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 063806242	CONTA CONTRATO 001415377033 Nº DO CLIENTE 2002333128 Nº DA INSTALAÇÃO 0000352304
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA MARIA ALICE N GARCIA 50 SAO VICENTE/BEZERROS 55660-000 BEZERROS PE		

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico

RESERVADO AO FISCO
D7DA.2C94.0447.9E3E.377B.E634.AAE4.0D22

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19562198	5,86
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,33535198	23,47
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	29,00	0,50302797	14,58
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,71
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,29
Multa por atraso-NF 056067115 - 27/03/19			0,72
Juros por atraso-NF 056067115 - 27/03/19			0,31
Atualização IGPM-NF 056067115 - 27/03/19			0,43
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			0,98
TOTAL DA FATURA			53,35

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
0,00		0,00	44,62	1,16	0,51	44,62	5,37
							2,39

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.			
Vencido	Dt Reav	Valor	
06/05/19	28/05/19	46,53	

Esta comunicação NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,19284787	MAI 19	129
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31345350	ABR 19	120
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47018025	MAR 19	117
		FEV 19	109
		JAN 19	115
		DEZ 18	100
		NOV 18	112
		OUT 18	101
		SET 18	94
		AGO 18	96
		JUL 18	108
		JUN 18	103
		MAI 18	112

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Descrição	R\$	%	
Geração de Energia	20,08	45,01	
Transmissão	2,26	5,06	
Distribuição (Celpe)	13,72	30,75	
Encargos Setoriais	1,34	3,00	
Tributos	2,90	6,50	
Perdas de Energia	4,32	9,68	
TOTAL	44,62	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
T63189	CAT	26/04/2019	17.592,00	28/05/2019	17.721,00	32	1,00000	0,00	129,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 26/06/2019

DURAÇÃO E FREQUENCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mar/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	BEZERROS	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 12,22	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 21,35					
Todo consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de Você! I laurinda de morais variedade: rua henrique dias 308 santo antonio / li material de construçao: r henrique 308 ato antonioLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Baixa Tensão e 3,76% para Alta Tensão-REH 2.535/18.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 32,12.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001415377033	05/2019	53,35	04/06/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838400000006 533500110016 415377033107 140688248930



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



SINISTRO 3190274239 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ROSICLEIDE MARQUES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MLB

CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO ROSICLEIDE MARQUES DA SILVA

CPF/CNPJ: 04848859441

Posição em 06-06-2019 09:43:18

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/06/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 097ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOAQUIM DO MONTE -
DP97ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0187000145**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/02/2019** às **16:22**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **18/9/2018** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SATURNINO DE BRITO, 01** - Bairro: **CENTRO** -
BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

//// (AUTOR \ AGENTE)
ROSICLEIDE MARQUES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ROSICLEIDE MARQUES DA SILVA

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

ROSICLEIDE MARQUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino**Mãe: **MARIA DO CARMO DA CONCEIÇÃO** Pai: **AMARO MARQUES DA SILVA** Data de Nascimento: **16/7/1978** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5534434/SDS/PE (RG), 04848859441 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**
Endereço Residencial: **RUA MARIA ALICE NUNES GARCIA, 50 - CEP: 0 - Bairro: GAMELEIRA - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

//// - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

MOTONETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROSICLEIDE MARQUES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROSICLEIDE MARQUES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ 110i** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDO1938** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **1122172409** Chassi: **9C2JC7000HR510403**
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA TRAFEGAVA CONDUZINDO SUA MOTONETA PELO CENTRO DA CIDADE QUANDO NO CRUZAMENTO DE ASSUSTOU COM UM ONIBUS QUE PASSAVA SENTIDO CONTRARIO A ELA, VITIMA; QUE,

28/02/2019 16:18



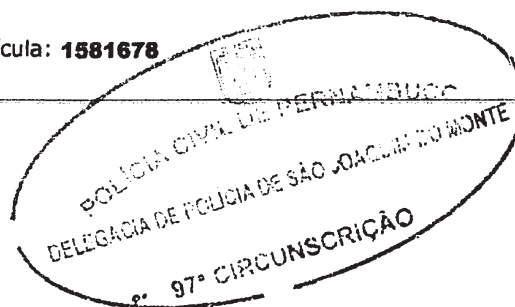
ELA VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTONETA AO COLIDIR NA LATERAL DO ONIBUS, CAINDO EM SEGUIDA AO CHÃO, QUE, ELA VITIMA, ACREDITA QUE O CONDUTOR DO ANIBUS NEM PERCEBEU A COLISÃO E SEGUIU SEM PARAR O REFERIDO ONIBUS; QUE, ELA, VITIMA FICOU CAINDA AO CHÃO E EM SEGUIDA COM AJUDA DE POPULARES A VITIMA PROCUROU ATENDIMENTOS MEDICOS NA UNIDADE MISTA SÃO JOSE (HOSPITAL MUNICIPAL), LOCAL ESTE ONDE A VITIMA FORA ATENDIDA CONFORME CONSTA NA FICHA DE Nº 88411, QUE SEGUNDO ELA, VITIMA, EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE FOI ATENDIDA NA UPB ESTADUAL NO DIA 26/09/2018 ONDE FOI SUBMETIDA A EXAME DE RAIOS X, SENDO EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU-PE, CONFORME PRONTUÁRIO DE Nº 326008, DOCUMENTAÇÃO ESTA APRESENTADA PELA PRÓPRIA VITIMA. NADA MAIS A DECLARAR.

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

Rosicleide Marques da Silva

**ROSICLEIDE MARQUES DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**



28/02/2019 16:18





Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: ROSICLEIDE MARQUES DA SILVA

Atendimento: 01158919

Data Nascimento: 16/07/1978 Idade: 40 Anos, 2 Meses e 10 Dias

Prontuário: 00458118

Sexo: Feminino

História Atual:

trauma em joelho ha 1 semana

Exame Físico:

dor e limitação de adm

Exames Complementares/Resultados:

RX

Hipóteses Diagnósticas:

fratura de plato tibial

Conduta:

orientações + encaminhada ao HRA

SENHA:

COM ACOMPANHAMENTO MEDICO:

☐

SIM

☒

NÃO

Transferido / Encaminhado para:

43 -TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Motivo:

acima

Data: 26 DE SETEMBRO DE 2018

Hora: 10:24

Jackson Jose Florencio Junior
CRM - PE 18573

Ass. e CRM do Médico

Dr(a): JACKSON JOSE FLORENCIO JUNIOR
CRM - 18573

Av. José Marques Fontes, S/N
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP.: 55026-530



Assinado eletronicamente por: EWERSON VILAR DE LIMA - 23/08/2019 16:06:38

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082316063867800000048995789>

Número do documento: 19082316063867800000048995789

Num. 49767275 - Pág. 9



Prefeitura Municipal de Bezerras
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



verde

SUS = 305409405103492

FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO:
DATA:	18.09.2018	HORA:	17:33	584113
NOME:	Rozilene Borges do Sivo	TELEFONE:		
NOME DA MÃE:	Clara da Carmo do Carmo	IDADE:	40	
DATA DE NASCIMENTO:	16.07.78	ACOMPANHANTE:		
END:	Rua Maria Alice Nims	BAIRRO:	São Vicente	
CIDADE:	Bezerras	SINAIS VITAIS	N.º	50
PA:	Box 80 mmHg	HGT:	— mg/dL	T: — °C
PESO:	— kg	Téc. Enfermagem/COREN		

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

I - Sinais de Emergência Imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

1. ☐ Apnéia ☐ Cianose ☐ Estridor ☐ FC < 50 ou > 140 bpm ☐ FR < 10 ou > 32 lpm
2. ☐ Extremidades frias ☐ Enchimento capilar letificado ☐ Pulso fraco ou ausente ☐ PCR ☐ Sudorese
3. ☐ PAS < 80 ou > 200 mmHg ☐ PAD < 40 ou > 130 mmHg ☐ HGT < 40 ou > 11 mg/dl ☐ Convulsão no momento
4. ☐ Politraumatismo/Glasgow <= 12 ☐ Letargia ☐ Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
5. ☐ Intoxicação exógena ☐ PAF ☐ PAB ☐ Sangramento intenso
6. ☐ Broncoaspiração ☐ Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

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 ☐ TCE leve ☐ PAS < 90 ou > 180 mmHg ☐ PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas
2. ☐ Febre > 39°C ☐ Febre com imunodepressão ☐ Histórico de convulsão nas últimas 24 horas ☐ Impossibilidade de deambulação
3. ☐ Tumor pastoso ☐ Mucosas ressecadas ☐ Vômitos no momento
4. ☐ Queimaduras de 1º e 3º áreas não críticas SCQ < 10% ☐ Vítila de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
5. ☐ Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
6. ☐ Dor Abdominal intensa ☐ Dor Torácica intensa ☐ Melena ☐ Hematêmese ☐ Enterorragia ☐ Epistaxe
7. ☐ Acidente perfuro-cortante com material biológico ☐ Crise asmática

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

1. ☐ Febre sem outros sinais clínicos < 39°C ☐ Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
2. ☐ Lombalgia intensa ☐ Entorse, suspeita de fraturas, luxações
3. ☐ Dor abdominal sem alterações de sinais vitais ☐ Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
4. ☐ Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação ☐ Enxaqueca ☐ Dor de ouvido moderada a grave
5. ☐ História de convulsão sem alteração do nível de consciência ☐ Abscessos ☐ Intercorrências ortopédicas

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

1. ☐ Quelmas crônicas sem alterações agudas ☐ Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ☐ Coriza crônica ou recorrente
2. ☐ Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
3. ☐ Troca de curativos ou retiradas de pontos
4. ☐ Administração de medicamento ☐ Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
5. ☐ Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional ☐ Solicitação de exames e receitas não urgentes
6. ☐ Constipação intestinal sem outros sintomas ☐ Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- ☐ Vermelho
☐ Amarelo
☒ Verde
☐ Azul

Don. Jaelho D
qps quida vod

Alergias: () NÃO () SIM, a

ENCAMINHADO:

ORIENTAÇÕES:

Assinatura da enfermeira e carimbo

Assinatura da Assistente Social e carimbo



FICHA DE ATENDIMENTO	Alergias: () NÃO () SIM, à	REGISTRO:
Queixas: Refere queda de moto.		
Exame físico: Dor no joelho direito		
H.D.: Fratura platô tibial direito		
CONDUTA/REAVIAÇÃO/CONDUTA MEDICAÇÃO		
Conduta: ① voltar para IP ② Desejar para IP 18:05		
Elisama Santo Téc. em Enfermagem COREN-PE: 056.887		
③ Alta Gravidade joelho		
TIPO DE CONSULTA ☒ Consulta simples ☐ Consulta e/ou Observação ☐ Indicação (Internamento)	MOTIVO DA ALTA ☒ Melhora ☐ Solicitação ☐ Transferência ☐ Indisciplina ☐ Óbito	ÓBITO Data: ____/____/____ Hora: _____ ATESTADO SIM () NÃO () DIAS: _____
Data: ____/____/____ Hora: _____		 Dr. Rafael Cunha Diretor Médico CRM-PE: 23896 Grupo de Trauma Médico - CREMEPE (Carimbo)





HOSPITAL
JESUS PEQUENININO

Livro Memória

Declaro para os devidos fins
que a Sra. Rosicene Moraes
da Silva, 40 anos, se encontra
em tratamento contínuo por
fratura de fêmur direito lateral
de fratura direita co - S.82.
Fintum secundária a acidente
de trânsito.

Dr. Mário Alves
Traumatologia / Ortopedia
CRM: 17178

11/10/18.

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



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Proscídia Augusto da Silva

Prontuário: 326 008

Data: / / Hora:

DIAGNÓSTICO:

Exame físico geral normal.

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Exame em 30 dias.

TRATAMENTO REALIZADO:

Recebera tratamento.

Alta Hospitalar: Data: 26/08/18

29-10-18
Dr. Mesquita

Hora:

Dr. Paulo Varre
Cirurgião
CPF: 621.386/344-34

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª. VARA DA FAZENDA PUBLICA DA COMARCA DO RECIFE/PE.

-
-
-

Processo n. 50297-13.2019

ROSICLEIDE MARQUES DA SILVA

já devidamente qualificada, por seu advogado infra-assinado, nos autos da AÇÃO proposta contra **CIA EXCELSIOR**, vem, respeitosamente, requerer a **DESISTÊNCIA DO FEITO**, tendo em vista ter sido distribuído erroneamente.

Pede Deferimento.

Recife, 23 de agosto de 2019.

EWERSON VILAR DE LIMA

Advogado – OAB/PE 28.570

