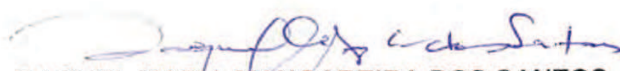


SUBSTABELECIMENTO

RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada, regularmente inscrita na OAB/PE 39.442, **SUBSTABELECE SEM RESERVA DE PODERES** a pessoa de **EWERSON VILAR DE LIMA**, brasileiro, casado, advogado regularmente inscrito na OAB/PE 28.570, e **RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA**, brasileira, casada, advogada, regularmente inscrita na OAB/PE 22.362, os poderes a mim conferidos através de Instrumento Particular de mandato anexo.

Recife/PE, ____/____/____.


RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS
OAB/PE 39.442



INSTRUMENTO DE MANDATO**OUTORGANTE:**

JOEL MARQUES MARIANO, brasileiro (a), Casado(a), Marceneiro (a) portador (a) da cédula de identidade de nº 2380997 SDS/PE, inscrito (a) no CPF de nº 756.254.074-87, residente e domiciliado (a) Rua Bernardo Guimarães, nº 25 – Jardim Brasil II - Olinda/PE CEP: 53000000.

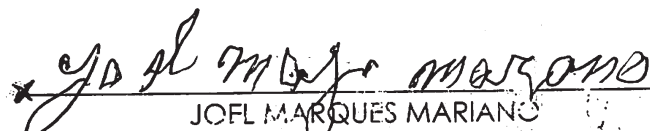
OUTORGADO:

RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita regulamente na OAB/PE: 39.442, com endereço profissional a AV. Fagundes Varela, nº 365, Loja 09, Jardim Atlântico, Olinda/PE, CEP: 53.140-080.

PODERES:

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicium", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica** em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC/15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados.

Olinda/PE, ____ de _____ de 2019.


JOEL MARQUES MARIANO
Outorgante

Av. Fagundes Varela, nº 365, Loja 09, Jardim Atlântico, Olinda/PE, CE : 53.140-080.
Email: rmangabeira.advocacia@outlook.com - mmmsdv@outlook.com
Fone: 81 98201-1003/ 99950-6436/ 98626-0126/ 012-0189.



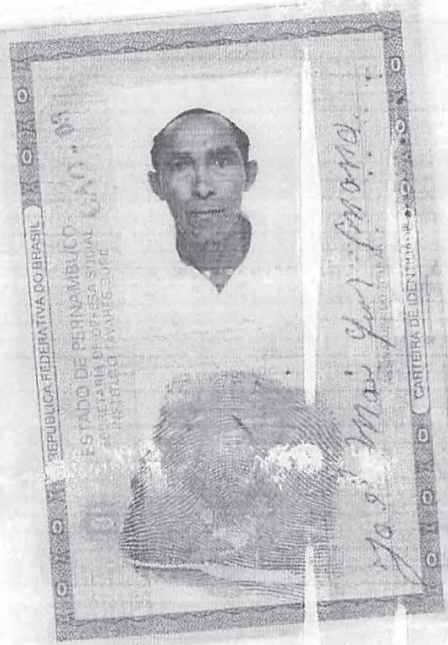
DECLARAÇÃO DE POBREZA

JOEL MARQUES MARIANO, brasileiro (a), Casado(a), Marceneiro (a) portador (a) da cédula de identidade de nº 2380997 SDS/PE, inscrito (a) no CPF de nº 756.254.074-87, residente e domiciliado (a) Rua Bernardo Guimarães, nº 25 – Jardim Brasil II - Olinda/PE CEP: 53000000. De acordo com as Leis n.º 1.060/50 e 7.510/86, para o fim de obter a GRATUIDADE DE JUSTIÇA que não possui condições financeiras para arcar com o ônus das custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família. Declara conhecer que está sujeito às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, em sendo comprovada a falsidade das afirmações supra.

Olinda/PE, ____ de ____ de 2019.


JOEL MARQUES MARIANO
Outorgante

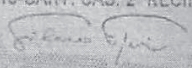




ANEXO
MAR 2011
SEGUROS



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.380.997	DATA DE EXPEDIÇÃO	08/10/2002
NOME	JOEL MARQUES MARIANO		
PILMEÃO	ALMIR MARQUES MARIANO		
	MARIA CÍCERA DINIZ MARIANO		
NATURALIDADE	RJ	DATA DE NASCIMENTO	10/01/1959
DOC. ORIGEM	CC. 12.202-L.238-F.119-CART. CAS. 2º RECIFE-PE-09.02.1982		
ASSINATURA			
	ESCRITURADOR DIRETOR		
	LEIN 7.111 DE 29/03/83		
	F-05 69663		





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **756.254.074-87**

Nome: **JOEL MARQUES MARIANO**

Data Nascimento: **10/01/1959**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data de Inscrição no CPF: **ANTERIOR A 10/11/1990**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:42:16** do dia **13/02/2019**
(hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante:
8106.8560.C4E2.80A5



look.live.com/mail/inbox/id/AQQkADAwATNiZmYAZC0wM2NjAC0xNzRkLTAwAi0wMAoAEAAPwjTVE6w3Tq%2FzlojXWIO1/sxs/AQMk... 1/2



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
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



WWW.CELPE.COM.BR
COMERCIAL 0800 081 012
PRONTIDÃO 0800 081 019
ARPE 0800 281 383
AGÊNCIA NACIONAL DE ENERGIA
ELÉTRICA - ANEEL 14
LIGAÇÃO GRATUITA DE TELEFONES FIXOS
TARIFADA NA ORIGEM PARA TELEFONES CELULARES

DADOS DO CLIENTE

IVONETE MARIA DE JESUS SILVA

CPF: 30128706449

ENDEREÇO

RUA BERNARDO GUIMARAES, 25

JARDIM BRASIL II - OLINDA
OLINDA-PE CEP-53000000

DATA DE VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

51,94

RESERVADO AO FISCO

B461.3C36.EFE5.49DA.16AA.9F8A.DC3C.BFB6

DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

15/03/2009

DATA DA APRESENTAÇÃO

20/03/2009

NÚMERO DA NOTA FISCAL

0000000003154183

NÚMERO DO CONTRATO

2240461016

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
MONOFÁSICO
B1-Residen

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL E INFORMAÇÕES IMPORTANTES

	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
DIF. CONSUMO ATIVO (ICMS 25%)			39,26
DIFERENÇA CIP			4,32
CORREÇÃO MONETÁRIA			8,36
TOTAL A PAGAR			51,94

SOLUÇÕES PARA O SEU DIA-A-DIA

SITUAÇÃO - Pessoa doente em casa, atendida por hospital residência
SOLUÇÃO - Cadastre sua casa para receber avisos de desligamentos programar apresentando a documentação comprovando o uso de equipamentos ligados continuamente garantindo a vida do paciente. Informe-se no site www.celpe.com.br, através do 0800 081 0120, Ponto Celpe ou Agências de atendimento.

SITUAÇÃO - Disjuntor desligando constantemente?
SOLUÇÃO - Provavelmente é sobrecarga ou curto-circuito. Chame um profissional habilitado para revisar as instalações elétricas do imóvel. Evite acidentes.

HISTÓRICO DO CONSUMO

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 456/2000), tarifas e tributos se encontram à disposição em nossas unidades de atendimento. Para esclarecimentos sobre o consumo, verifique o valor atual da leitura.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

Interrupção	SIGLA	Descrição	CONSUMO	VALOR APROXIMADO	VALOR MÁXIMO
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC e DMIC a qualquer tempo (Res. ANEEL 024/2000).	DIC	Número de horas, em média, que o cliente ficou sem energia			
	FIC	Número de vezes, em média, que o cliente ficou sem energia			
	DMIC	Duração máxima de interrupção contínua por unidade consumidora			

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO REDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		NÚMERO DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO KWH
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS				
BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO IMPOSTO	PIS	COPIS
47,62		11,86	0,34	1,64

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INFORMAÇÕES SOBRE A NOTA FISCAL

O Valor desta Fatura Demonstrativo-Fiscal, será dividido em 12 parcelas, sem juros e sem correção monetária, que serão cobradas nas suas contas mensais.

DESTAQUE AQUI

NÚMERO DO CONTRATO 2240461016	MÊS / ANO 03/2009	TOTAL A PAGAR (R\$) 51,94	VENCIMENTO *****	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
----------------------------------	----------------------	------------------------------	---------------------	---

FATURA DEMONSTRATIVO-FISCAL

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

03/09/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(1)

Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190136872 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOEL MARQUES MARIANO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO JOEL MARQUES MARIANO

CPF/CNPJ: 75625407487

Posição em 03-09-2019 11:35:31

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/02/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
09/03/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/W2zsry2TnMal4n6j2T0napi_key=JNZSNHQtdzoElDdKslu8oaKcV1r3m5nrg8c7__bTDIlo=
21/02/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/AwB3RokWmK9Nku1CjAlZapi_key=JNZSNHQtdzoElDdKslu8oaKcV1r3m5nrg8c7__bTDIlo=





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS -
DP25ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0115005124**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/11/2018** às
14:48

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia **21/10/2018** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA AGUAS COMPRIDAS, 1 - Bairro: AGUAS
COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOEL MARQUES MARIANO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO

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

JOEL MARQUES MARIANO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA CICERA DINIZ
MARIANO Pai: ALMIR MARQUES MARIANO Data de Nascimento: 10/1/1969 Naturalidade: RIO DE
JANEIRO / RIO DE JANEIRO / BRASIL
Endereço Residencial: BAIRRO DE JARDIM BRASIL (BAIRRO), 26, RUA BERNARDO GUIMARAES -
CEP: 66000-000 - Bairro: JARDIM BRASIL - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse
do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: ~~MOTOCICLETA NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO~~ Objeto apreendido: ~~Não~~
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **PFX8636** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

6/11/2018 14:44

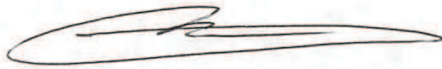


Complemento / Observação

JOEL MARQUES MARIANO ALEGA QUE ESTAVA DE BICICLETA NA ESTRADA DE AGUAS COMPRIDAS, PROXIMO AO CEMITERIO, QUANDO UMA MOTOCICLETA COLIDIU CONTRA ELE VINDO A QUEBRAR SUA PERNA. INFORMA QUE O CONDUTOR DO VEICULO NAO PRESTOU SOCORRO E EVADIU-SE DO LOCAL. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA HOSPITAL DA RESTAURACAO PARA ATENDIMENTO MEDICO.

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

Joel Marques Mariano
JOEL MARQUES MARIANO
(VITIMA)



B.O. registrado por: RICARDO BARBOSA LEITE - Matrícula: 2211998

2ª Circunscrição

3 CIVIL - PE

6/11/2018 14:44





PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAÚDE
SAMU OLINDA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins que o Sr. **JOEL MARQUES MARIANO**, portador do R.G. 2.380.997 SDS-PE, foi socorrido pelo SAMU-192 Olinda- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, nº de ocorrência 542568, no dia 21/10/2018, aproximadamente as 18:00h, na Estrada de Águas Compridas , Águas Compridas - Olinda-PE, em frente ao Cemitério e da galeria São Luiz, via pública causas externa, acidente de trânsito (atropelamento por moto).

Olinda, 19 de novembro de 2018.


Rosilene Mª Monte Gomes
Téc. Administrativo
SAMU 192 Olinda
Mat.: 25.724-9
Rosilene Mª Monte Gomes
Téc. Adm./SAMU-192 Olinda

Avenida Santos Dumont, N.º 177 – Varadouro Olinda - PE CEP: 53.010-230.
E-mail: samu.olinda@hotmail.com
Fone: 81 – 3439-6523



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 26/10/2018 09:58

Atendimento: 295388 Entrada: 22/10/2018 Hora: 14,46
Acomodação: LEITO 02
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Enfermaria: ENFERMARIA 07
Permanência: 3 Dia(s), 19 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 705206499421379

Paciente: 1618052 JOEL MARQUES MARIANO
Nascimento: 10/01/1959 (59 Anos e 9 Meses)
Endereço: RUA BERNARDO GUIMARAES
Bairro: JARDIM BRASIL C.E.P.: 53300-430
Cidade: 2609600 OLINDA
Pai: ALMIR MARQUES MARIANO
Mãe: MARIA CICERA DINIZ MARIANO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 75625407487
Identidade: 2380997 - SDS - PE
Telefone: / 984517621
G. Instrução:
Ocupação: PEDREIRO
Naturalidade: RIO DE JANEIRO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 22/10/2018 - 15:04

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19952)

FICHA DE ADMISSÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (S): FRATURA DO TORNOZELO

DOENÇAS DE BASE: NEGA

MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO: NEGA

ORIGEM: HR

DATA TRAUMA: 21/10/2018

TIPO DE TRAUMA: REFERE ATROPELAMENTO

CONDIÇÕES DE PELE: BOAS

*ALERGIAS: NEGA

ENCAMINHAMENTO: DR.

TIPO DE ENCAMINHAMENTO: (X) SES () DEMANDA

EXAMES COM O PACIENTE:

() LABORATÓRIO

() RNM / TAC

(X) RADIOGRAFIAS

CONDUTA NO INTERNAMENTO

RX: () COXA () JOELHO () PERNA (X) TORNOZELO () ANTEBRAÇO () COTOVELO () PUNHO

TALA: () COXOPODÁLICA (X) BOTA () AXILOPALMAR

(X) LABORATÓRIO PRÉ-OPERATÓRIO (X) PARECER CARDIOLÓGICO () PROFILAXIA TVP/TEP

Arquivo Médico e Estatística
S/N-Moreno-Fr
(01) 3535-2013

Página 1 de 1





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

NRKIC 0114MF 177
030/0600 29
0303090200 77
ETIQUETA
04040200 97-BMK
02060/0079+C

1043024	Data e Hora de Atendimento: 21/10/2018 18:50	Local de Entrada: EMERGENCIA GERA Atendimento Manual :
----------------	---	---

Cod. Paciente: 681013 Paciente: JOEL MARQUES MARIANO
Data de nascimento: 10/01/1959 Idade: 59a 9m 11d Sexo: MASCULINO

Estado Civil: DIVORCIADO Profissão: Acompanhante: LUCICLEIDE PATRICIA

DOC ID / Data expedição 2380997 / 08-Oct-02 Mãe: MARIA CICERA MUNIZ MARIANO
Pai: Cartão SUS:

Endereço: RUA BERNARDO GUIMARAES
Bairro: JARDIM BRASIL
Cidade: OLINDA
UF: PE Telefone: 984461905

Ocorrências:

Motivo do atendimento: ENCAMINHAMENTO NEURO CIRURGIAO

Procedência: VIA PUBLICA

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐ Contraste:		
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐		
Outros ☐		
Observação:		Assistente Social

História Clínica:

Item de despendimento pelo de encerramento
no momento sem dor abdominal e distensão de tórax direito
apneia

Haroldo Kleres
22/10/2018 16:30

Assistente Social
22/10/2018 16:30

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☒ Tipo: Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☒ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Quê?

Exame Físico:

A: Geral Vía aérea está pervia: Sim ☐ Não ☒ O paciente fala: Sim ☐ Não ☒ Temp:

sem neurologia

B: Respiratório

apneia espontânea

C: Circulatório

PA: X mm

Pulso: 80 bpm

Numeração, pelo estom



Nome Neurológico: B Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
 Abertura Ocular: _____ Glasgow: Resposta Verbal _____ Glasgow: Resposta Motora _____
 Hora: _____ Escor: _____ Hora: _____ Escor: _____ Hora: _____

Posição/Abdômen: Am fletido adolor

Envolvimento

Rx de tra

Rx de brach

Costo Inicial

Cod. Procedimento

Ass. Médica: Antônio Honorato e NCR

Ass. Médico

NCR

22110114 - 05:30h

PC 5666 O2 6mmHg, CUF 6mmHg, GCS E1, P2 F2, MURICIN

Cap de Enfermagem: NGUM BUES

Ass. Enfermagem

CA de ENFERM: SUM 6mmHg NANCROUSCHI NGUM

CM = 10mmHg de NCR / A 01:00:00

ção do Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta

ado na Clínica:

erido para:

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

ação para Alta / Internamento / Transferência:

CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

de responsabilidade para Internamento:

Paciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Nome completo legível: _____

Identidade: _____

Assinatura: _____

de responsabilidade de alta a pedido:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento de todas as consequências que deste ato possam advir.

Nome completo legível: _____

Identidade: _____

Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 21-Oct-18



Atendimento: 295388 Entrada: 22/10/2018 Hora: 14:46
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsavel:
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Saida: 26/10/2018 Hora: 16:11
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 705206499421379

Paciente: 1618052 JOEL MARQUES MARIANO
Nascimento: 10/01/1959 (60 Anos)
Endereco: RUA BERNARDO GUIMARAES
Bairro: JARDIM BRASIL C.E.P.: 53300-430
Cidade: 2609600 OLINDA
Pai: ALMIR MARQUES MARIANO
Mãe: MARIA CICERA DINIZ MARIANO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 75625407487
Identidade: 2380997 - SDS - PE
Telefone: / 984517621
G.Instrução:
Ocupação: PEDREIRO
Naturalidade: RIO DE JANEIRO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Presc Em: 25/10/2018 - 15:11

DESCRIÇÃO CIRURGICA (Dr. ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA CRM 17606)

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, **JOEL MARQUES MARIANO** é portador do diagnóstico: <<**FRATURA DO TORNOZELO DIR**>>.

CID: <<S82>

Permaneceu internado de dia 22/10/2018 a 26/10/2018, sendo submetido a tratamento ortopédico em 25/10/2018.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial.

Moreno, 26/10/2018.

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - CREMEPE: 17606

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

01 Cópia autenticada para a empresa

01 Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N - Moreno-PE

Página 1 de 1

