

Assinado eletronicamente por: WALERIA SOUZA LIMA - 27/09/2019 10:40:45
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092710404551600000050702517>
Número do documento: 19092710404551600000050702517

Num. 51513432 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: WALERIA SOUZA LIMA - 27/09/2019 10:40:45
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092710404551600000050702517>
Número do documento: 19092710404551600000050702517

Num. 51513432 - Pág. 2

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: RENILSON SANTOS SILVA, brasileiro, portador da cédula de identidade nº 9.204.323 SDS/PE e portador do CPF nº 111.044.954-22, com endereço na Rua José cadete, 41, Bela Vista, Belo Jardim, Estado de Pernambuco.

OUTORGADOS: WALÉRIA SOUZA LIMA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE sob o nº 24.223, portadora da cédula de identidade de nº 6279922 SSP/PE, inscrita no CPF/MF sob o nº 043.190.344-14, com endereço profissional sito na Rua Regina Alves, 37, Bairro Edson Mororó Moura, Município de Belo Jardim-PE, telefones: (81) 9 9773-0270, 9 9161-1362, 9 9677-8228, 9 9160-7661, e-mail: waleria_souzalima@hotmail.com, Souza & Lima Advogados.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *AD JUDICIA ET EXTRA*, para o foro em geral, e especialmente para: AÇÃO DE COBRANÇA DPVAT, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reservas de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos advogados acima descritos, os poderes para o foro em geral em qualquer instância ou tribunal, para em nome do outorgante propor, contestar, recorrer, firmar compromisso, reconvir, concordar, discordar, oferecer provas, desistir, transigir, fazer declaração, protestar, receber e dar quitação, ingressar em qualquer juízo, podendo ainda requerer, confessar, receber intimações/notificações, celebrar e/ou assinar acordos, aceitar ou impugnar laudos, contas, habilitações, avaliações e partilhas, bem como interpor qualquer espécie de recurso, tanto nas fases administrativas como judiciais, requerendo e acompanhando tudo quanto for de direito do outorgante. Enfim, os outorgados podem praticar todos e quaisquer atos, conexos e consequentes, a fim de agirem em defesa dos direitos e interesses pessoais do outorgante na presente ação, podendo inclusive substabelecer a quem lhes prover, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, tudo em conformidade com a norma do art. 105 do Novo Código de Processo Civil.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA: A outorgante declara que não tem condições de arcar com as custas processuais e as demais despesas decorrentes do processo, pelo qual requer os benefícios da justiça gratuita, ao teor do art. 98 do Novo Código de Processo Civil.

Belo Jardim, 04 de janeiro de 2018.


Renilson Santos Silva
RENILSON SANTOS SILVA





CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

RENILSON SANTOS SILVA, brasileiro, portador da cédula de identidade nº 9.204.323 SDS/PE e portador do CPF nº 111.044.954-22, com endereço na Rua José cadete, 41, Bela Vista, Belo Jardim, Estado de Pernambuco. nomeia e constitui sua procuradora. **DORAVANTE**, denominado **CONTRATANTE** e **WALÉRIA SOUZA LIMA**, brasileira, solteira, advogada, portadora do CPF nº 043.190.344-14, RG nº 6279922 SSP/PE, OAB/PE 24.223, **DORAVANTE** denominada de **CONTRATADA**, firmam e acordam entre si o presente contrato de honorários advocatícios, nos termos das cláusulas a seguir:

1.^a O CONTRATANTE acorda com a CONTRATADA, o pagamento dos serviços advocatícios prestados, em AÇÃO DE COBRANÇA DPVAT que tramitará com a Justiça Federal da Comarca de Caruaru, e que será patrocinada ela CONTRATADA;

2.^a O CONTRATANTE, pagará a CONTRATADA, a título de honorários de êxito o percentual de 30% (trinta por cento) **DOS VALORES A SEREM RECEBIDOS EM SEDE DE ACORDO OU CONDENAÇÃO**, valor este que deve ser **RETIDO NA SECRETARIA**. Em caso de substabelecimento ou em caso de não comparecimento do **CONTRATANTE EM AUDIÊNCIA QUE IMPORTE ARQUITVAMENTO DO PROCESSO PAGARÁ O VALOR DE R\$ 5.000,00 (CINCO MIL REAIS)**;

3.^a O CONTRATANTE obriga-se a fornecer, dentro dos prazos de necessidade, todos os documentos necessários e/ou meios financeiros para obtê-los na promoção das defesas e representações;

4.^a O CONTRATANTE obriga-se ainda ao pagamento das despesas eventuais com deslocamentos, hospedagens, taxas e custas processuais e as despesas necessárias ao andamento dos interesses contratados, provendo por antecipação, ou por iniciativa do contratado, imediatamente após suas realizações.

5.^a - Havendo descumprimento em qualquer das cláusulas contratuais, ficam mutuamente desobrigados, entre si, O CONTRATANTE e a CONTRATADA, respondendo o causador do rompimento contratual pela multa na ordem de R\$ 100% (cem por cento).

6.^a - E, por estarem, firmes e acordados, firmam o presente contrato de honorários advocatícios para produzir seus efeitos, estabelecendo o foro e comarca da cidade de Belo Jardim (PE) para dirimir dúvidas, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Belo Jardim (PE), 05 de janeiro de 2018.


RENILSON SANTOS SILVA
CONTRATANTE

WALÉRIA SOUZA LIMA







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM -
DP104ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **16E0194001398**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/06/2016** às
09:05

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 17/4/2016 às 11:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 1** - Bairro:
CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUTOR (AUTOR / AGENTE)
R.R.S. (OUTRO)
RENILSON SANTOS SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

RENILSON SANTOS SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LÚCIA DOS SANTOS** Pai: **JOSÉ NILSON DA SILVA** Data de Nascimento: **13/1/1994**
Naturalidade: **BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9204323/SDS/PE (RG), 11104406422 (CPF), 96671736964 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO ELETRÔNICO** Telefones Celulares: **- 81983238618**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 69, RUA REGINALDO - EDSON MORORÓ MOURA - CEP: 56660-000 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO /BRASIL**

R.R.S. (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

AUTOR (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO /**





Assinado eletronicamente por: WALERIA SOUZA LIMA - 27/09/2019 10:40:45
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092710404583700000050703220>
Número do documento: 19092710404583700000050703220

Num. 51513435 - Pág. 2

PERNAMBUCO / BRASIL**Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)**

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RENILSON SANTOS SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RENILSON SANTOS SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLN9888** (PERNAMBUCO/BELO JARDIM) Renavam: **983082600** Chassi: **9G2KD832D8R029763**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AUTOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RENILSON SANTOS SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHG0638** (PERNAMBUCO/BELO JARDIM)

Complemento / Observação

DECLARAR O MESMO QUE ESTAVA CONDUZINDO A REFERIDA MOTO EM VIA PÚBLICA, SENTIDO SEBASTIÃO CABRAL, E OUTRO CONDUTOR DE VEÍCULO EFETUANDO UMA MANOBRA PROIBIDA ACABOU COLIDINDO NO VEÍCULO, NÃO CHEGANDO A CAIR DA MOTO , PORÉM SOFREU LESÃO NO JOELHO FICANDO DOIS MESES AFASTADO DO TRABALHO.

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

Renilson Santos Silva
RENILSON SANTOS SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JENEFFER PEDRO DOS SANTOS** - Matrícula: **2733927**





1



Assinado eletronicamente por: WALERIA SOUZA LIMA - 27/09/2019 10:40:45
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092710404583700000050703220>
Número do documento: 19092710404583700000050703220

Num. 51513435 - Pág. 4



BELO JARDIM
PREFEITURA MUNICIPAL
CADA DIA MELHOR

HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM

CNPJ: 10.260.222/0001-05

Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000

Fone: (0**81) 3726.2233

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Remilson Santos
Silva residente Rua: José Ladete
nº 41 - Bela Vista esteve internado
nesta Hospital no período de 17/04/16 à
trauma leve com diagnóstico de CID:
prontuário nº Querqueue

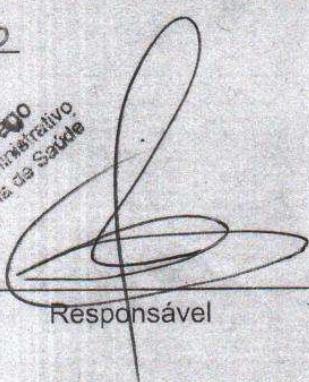
OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim

18/05/16

José Thiago
Diretor Administrativo,
Secretaria da Saúde


Responsável





Assinado eletronicamente por: WALERIA SOUZA LIMA - 27/09/2019 10:40:46
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092710404594100000050703221>
Número do documento: 19092710404594100000050703221

Num. 51513436 - Pág. 2



Hospital Júlio Alves de Lira
Secretaria de Saúde do Município
Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº



RECEITUÁRIO

Renilson Santos Silva

A ortopedia

Soluto analgésico
e conditivo



18-04-16

Voltando a consulta queira trazer esta receita.
Atenção: BALCONISTA TROCAR MEDICAMENTOS É CRIME...





Hospital Júlio Alves de Lira
Secretaria de Saúde do Município
Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº



RECEITUÁRIO

Renilson Santos silva

Sobrato

Rx de joelho ②

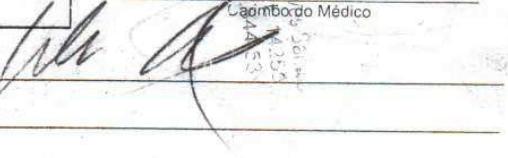
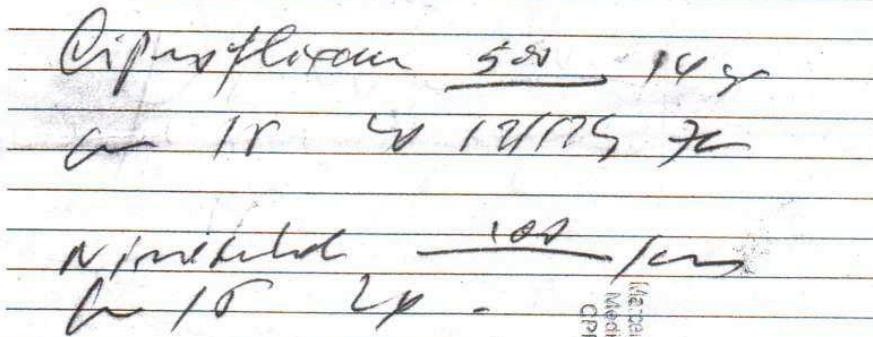
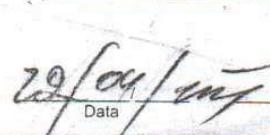
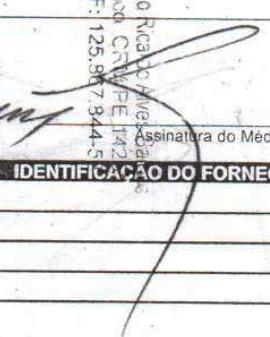
AP e perfil



17-04-16

Voltando a consulta queira trazer esta receita.
Atenção: BALCONISTA TROCAR MEDICAMENTOS É CRIME...



BELO JARDIM RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL	
 PREFEITURA MUNICIPAL CADAM DIA MELHOR	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo: PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO JARDIM SECRETARIA MUNICIPAL DE SÁUDE CNPJ: 10.241.913/0001-53 End.: Rua Manoel Gabriel de Almeida, nº 111 - Boa Vista Fone: (81) 3726.8720 Cidade: Belo Jardim UF: PE	
1º VIA - FARMÁCIA OU DROGARIA 2º VIA - PACIENTE	
 ME: 350 / 1234567890 / 261100 Médico: CR 1234567890 / 261100 CPF: 123.456.789-00	
Paciente:  Endereço: Prescrição:	
 <p>Ciprofloxacin 500 mg x 10x a 1r ev 10/10/2018 nimodipine 100 mg a 10 2x -</p>	
 Data: 29/09/2018	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo: Identidade: Órgão Emissor: End.: Cidade: UF: Tel.:	
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
 Assinatura do Farmacêutico / / Data	



*O7 hours
19 hours*

	BELO JARDIM RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL
PREFEITURA MUNICIPAL CADA DIA MELHOR	
IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR	
Nome completo: PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO JARDIM	
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
CNPJ: 10.241.913/0001-53	
End.: Rua Manoel Gabriel de Almeida, nº 111 - Boa Vista Fone: (81) 3726.8720	
Cidade: Belo Jardim UF: PE	
1º VIA - FARMÁCIA OU DROGARIA 2º VIA - PACIENTE	
Carimbo do Médico	
Paciente:	<i>Hamilton Santos Silva</i>
Endereço:	<i>Rua 1000 nº 1000</i>
Prescrição:	<i>1 Cefadroxil 500mg - 206g Tomas os corpos de petichas durante colagens</i>
<i>22/09/2019</i>	
<i>(L13019042 180416)</i>	
<i>Assinatura do Médico</i>	
<i>Dr. Sergio Pereira dos Reis</i>	
<i>CRM MG 57479</i>	
<i>Assinatura do Farmacêutico</i>	
<i>Data</i>	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
Identidade:	Órgão Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Tel.:	
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	
<i>/ / Data</i>	





Assinado eletronicamente por: WALERIA SOUZA LIMA - 27/09/2019 10:40:46
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092710404605700000050703223>
Número do documento: 19092710404605700000050703223

Num. 51513438 - Pág. 5



DR. ALEXANDRE BRAGA / CRM 11991

ATESTADO MÉDICO

ATESTO para os devidos fins que o Sr.(a) Waleria Souza Lima

necessita de 15 dias de licença, por
motivo de doença a partir de 25/09/2019

25 de 09 de 19

Dr. Alexandre Braga
Ortopedia
CRM 11991

Rua Ibicui, 47 (Pronto Socorro de Fraturas)
M. de Nassau
Caruaru-PE
Fone:(81) 3722.8565

Rua Cel. Antonio Marinho, 36
Boa Vista
Belo Jardim-PE
Fone: (81) 3726.4950





(/)



Buscar no site



A COMPANHIA SEGURO DPVAT PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE 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. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180451220 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RENILSON SANTOS SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO RENILSON SANTOS SILVA

CPF/CNPJ: 11104495422

Posição em 01-04-2019 15:41:48

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a emissão do parecer final. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Comprovação de ato declaratório	Vítima	Pendente	

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
04/01/2019	Exigência Documental	Download
28/09/2018	Exigência Documental	Download
28/09/2018	Aviso de Sinistro	Download

[Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT](#)


Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: RENILSON SANTOS SILVA

Nº Sinistro: 3180451220
Vitima: RENILSON SANTOS SILVA
Data do Acidente: 17/04/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180451220**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias**, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01849/01850 - carta_01 - INVALIDEZ
Carta nº 13410019





Assinado eletronicamente por: WALERIA SOUZA LIMA - 27/09/2019 10:40:46
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092710404623400000050703225>
Número do documento: 19092710404623400000050703225

Num. 51513440 - Pág. 3

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: RENILSON SANTOS SILVA
Nº Sinistro: 3180451220
Vitima: RENILSON SANTOS SILVA
Data do Acidente: 17/04/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180451220**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13413336



Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180451220

Vítima: RENILSON SANTOS SILVA

Data do Acidente: 17/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RENILSON SANTOS SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180451220

Vítima: RENILSON SANTOS SILVA

Data do Acidente: 17/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RENILSON SANTOS SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01915/01916 - carta_03 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: WALERIA SOUZA LIMA - 27/09/2019 10:40:46
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092710404623400000050703225>
Número do documento: 19092710404623400000050703225

Carta nº 13778841

Num. 51513440 - Pág. 6



Assinado eletronicamente por: WALERIA SOUZA LIMA - 27/09/2019 10:40:46

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092710404623400000050703225>

Número do documento: 19092710404623400000050703225

Num. 51513440 - Pág. 7



BELO JARDIM
PREFEITURA MUNICIPAL
CADA DIA MELHOR

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL DO BELO JARDIM
Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

DECLARAÇÃO COMPARCIMENTO / ATENDIMENTO

Declaro que o paciente Renilson Santos
Silva, compareceu a esta unidade das _____ h _____ min

até _____ h _____ min. para realizar.

- Consulta
- Medicação / Observação
- Atendimento e Urgência
- Atendimento de Emergência
- Outros: _____

Devendo o mesmo:

- Retornar às atividades
- Repousar o restante do dia
- Repousar por _____ dia(s)

Belo Jardim, 17/04/16

