

PESSOA TOMÉ

ADVOGADOS

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviço de Natureza Jurídica, que entre si fazem, de um lado a **MARIA APARECIDA DE HOLANDA**, brasileira, casada, agricultora, portador(a) da cédula de identidade com nº.: 60.210.310-1 SSP/PE, inscrito(a) sob o CPF: 027910914-83, residente e domiciliado(a) à Rua Vila do Cipo, n 80, Lagoa dos Gatos PE, CEP 55450000 e do outro lado o Dr. **ROMICEDES SILVESTRE TOMÉ**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº.: 35.432-D, inscrito no CPF 010.130.054-90, pertencente a **TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, sociedade unipessoal de advocacia inscrita no CNPJ sob o nº.: 35.564.984/00001-18, ambos com endereço profissional à Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 2, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE, endereço eletrônico: peessoatomeadvogados@hotmail.com, telefone(s): (81) 3034-188 / (81) 98406-5239 / (81) 99945-8474.

CLÁUSULA PRIMEIRA - O presente contrato tem como objeto a prestação de serviço de Natureza administrativa e jurídica.

CLÁUSULA SEGUNDA - A prestação do referido serviço se detém à participação do advogado nos seguintes atos: Acompanhamento da ação até o pronunciamento da decisão monocrática em 1ª instância e na 2ª instância, sendo está ultima acrescida de honorários no importe de R\$ 2.000,00 (dois mil reais), sem prejuízo da fixação do percentual de 30% e dos honorários sucumbenciais.

CLÁUSULA TERCEIRA - Caso tenham o interesse de desistir do referido contrato, ambas as partes terão que avisar com antecedência mínima de 30 dias, tomando por base a data da celebração do respectivo contrato por tempo determinado, devendo ser pago todos os serviços até então realizados de acordo com o que foi determinado entre os contratantes. Caso haja o descumprimento desta cláusula, a parte que lhe deu causa pagará o equivalente a 05 (cinco) salários mínimos.

CLÁUSULA QUARTA - Tendo em vista o risco da demanda e todo o trabalho realizado pelos **CONTRATADOS**, ainda autoriza o(a) **OUTORGANTE** a retenção do percentual de 30% (trinta por cento), seja na via administrativa ou judicial, calculados sobre os valores a serem expedidos em alvará em seu nome, o que inclui toda e qualquer vantagem financeira auferida, **independente da fixação de honorários sucumbenciais**, a serem expedidos em favor da **TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, sociedade unipessoal de advocacia inscrita no CNPJ sob o nº.: 35.564.984/00001-18 e localizada à Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 2, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE, endereço eletrônico: peessoatomeadvogados@hotmail.com.

E, por estarem justos e contratados, assinam o presente instrumento, em 02 (duas vias) de igual teor e forma, o qual de agora em diante passará a vigorar.

Caruaru, 22 de julho de 2020.

Maria Aparecida de Holanda
MARIA APARECIDA DE HOLANDA
CONTRATANTE

DR. ROMICEDES SILVESTRE TOMÉ
CONTRATADO

TESTEMUNHA 1: _____

TESTEMUNHA 2: _____

TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, situada em:

"Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 02, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE".

E-mail: peessoatomeadvogados@hotmail.com, Telefone(s): (81) 3034-188 / (81) 98406-5239 / (81) 99945-8474.



PESSOA TOMÉ

ADVOGADOS

PROCURAÇÃO AD JUDICIA E ET EXTRA

OUTORGANTE: MARIA APARECIDA DE HOLANDA, brasileira, casada, agricultora, portador(a) da cédula de identidade com nº.: 60.210.310-1 SSP/PE, inscrito(a) sob o CPF:027910914-83, residente e domiciliado(a) à Rua Vila do Cipo, n 80, Lagoa dos Gatos PE, CEP 55450000

OUTORGADOS: ROMICEDES SILVESTRE TOMÉ, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº.: 35.432-D, inscrito no CPF 010.130.054-90, pertencente a **T. SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, sociedade unipessoal de advocacia inscrita no CNPJ sob o nº.: 35.564.984/00001-18, ambos com endereço profissional à Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 2, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE, endereço eletrônico: peessoatomeadvogados@hotmail.com, telefone(s): (81) 3034-188 / (81) 98406-5239 / (81) 99945-8474.

PODERES: O presente mandato tem por finalidade conferir aos outorgados os poderes para o foro em geral, com as cláusulas “ad judicium e et extra” em qualquer juízo ou tribunal, para atuar e acompanhar o processo até a decisão final, inclusive utilizando os recursos legais, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para desistir, receber, dar quitação, bem como receber alvará judicial, reconhecer a procedência do pedido, transigir, firmar acordo e compromisso, requerer, solicitar e retirar documentos em qualquer repartição ou órgão público, agindo em conjunto ou separadamente, impetrar quaisquer medidas judiciais para defender os interesses do(s) Outorgante(s), inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes aqui outorgados. Ainda conferindo **PODERES ESPECIAIS** para interpor recursos às instâncias superiores, tomar informações necessárias a concretização do(s) direito(s) do(s) outorgante(s), praticar e recorrer a todos os meios necessários ao fiel cumprimento do presente mandato, poderes ainda de levantar e receber alvará.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO: Tendo em vista o risco da demanda e todo o trabalho realizado pelos **CONTRATADOS**, ainda autoriza o(a) **OUTORGANTE** a retenção do percentual de 30% (trinta por cento), seja na via administrativa ou judicial, calculados sobre os valores a serem expedidos em alvará em seu nome, o que inclui toda e qualquer vantagem financeira auferida por este, **independente da fixação de honorários sucumbenciais**, a serem expedidos em favor da **TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, sociedade unipessoal de advocacia inscrita no CNPJ sob o nº.: 35.564.984/00001-18 e localizada à Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 2, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE, endereço eletrônico: peessoatomeadvogados@hotmail.com.

Caruaru, 22 de julho de 2020

Maria Aparecida de Holanda
MARIA APARECIDA DE HOLANDA
OUTORGANTE

TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, situada em:

“Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 02, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE”.

F-mail: peessoatomeadvogados@hotmail.com, Telefone(s): (81) 3034-188 / (81) 98406-5239 / (81) 99945-8474.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBELTON DAUNT

8660-5

5A653952

Assinatura do Titular

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

60.210.310-1 1 via EXPEDIÇÃO 05/08/2015

REGISTRO
CERTEJAL

NOME
MARIA APARECIDA DE HOLANDA

RELACÃO
COLINDINO GONÇALVES DE HOLANDA
MARIA NAZARÉ DE JESUS

NATURALIDADE
LAGOA DOS GATOS - PE

DATA DE NASCIMENTO
29/10/1976

DOC ORIGEM
LAGOA DOS GATOS - PE LAGOA DOS GATOS CC:LV.B03 /FLS.115V/
Nº00827

CNPJ
027910914/83

Assinatura do Titular

Digitalizada com CamScanner



Mostre 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 adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" corram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

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 predis põem 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 guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

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

Conheça 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

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número

44781

Série

00040



** Maria Aparecida de Holanda*

ASSINATURA DO PORTADOR



Nome

Loc. Naso

Los Gatos

Est.

۵۴۰

Data

29.10.76.

Filiacão

Filiação OLINDINO GONÇALVES DE HOLANDA

MARIA NAZARÉ DE JESUS

Doc. n.º

CERT. DE NASE / Nº 3032

Chegada ao Brasil em.

Doc. Ident. n°

Exp. sp

Estado

Obs

LA GOA DOS GATOS - PE

Data Emissão

20 11 95

DRT

Assinatura do Funcionário

Daniel M. Silva

Mat. No. 0003

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

5

Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 30/07/2020 15:27:02

<https://pje.tipe.jus.br:443/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073015270203600000064305622>

Número do documento: 20073015270203600000064305622

Num. 65535078 - Pág. 2

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

Registrado em/...../..... como
..... sob

N¹⁰..... Liv..... Fls..... Data..... 50b

Ass. do Funcionário

Registrado em/...../....., como
....., sob

No. _____ Liv. _____ Fls. _____ Data _____

DRT *****

Ass. do Funcionário

Registrado em / / como
..... sob

N^o Liv. Fls. Data

Ass. do Funcionário

Registrado em/...../....., como

.....sofi

Nº.....Liv.....Fis.....Data.....

DRT
Ass. do Funcionário

DEPENDENTES

[illegible]

CARTEIRAS ANTERIORES

Número	Série	Data da Entrega



Empregador

A. C. ALVES PAIS BUFE

CGC/MF

ROD. PRESIDENTE DUTRA Nº 628 KM 318,5

Rua

CENTRO - CEP: 27580-000

Município

Est.

Esp. do estabelecimento

ITATIAIA - RJ

Cargo

Serviços gerais

CBO nº

514225

Data admissão

01 de julho de 2012

Registro nº

01 Fls/Ficha 10

Remuneração especificada

R\$ 670,00 (seis

centos e setenta reais) p/m

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

Data saída

11 de fevereiro de 2013

2º

A. C. ALVES PAIS BUFE

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

Com. Dispensa CD Nº

ITATIAIA - RJ

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CGC/MF

Rua

Nº

Município

Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

CBO nº

Data admissão

de de 19

Registro nº

Fls/Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

2º

Data saída

de de 19

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

2º

Com. Dispensa CD Nº



Empregador

CGC/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento.....

Cargo

..... CBO nº.....

Data admissão de de 19

Registro nº..... Fls./Ficha.....

Remuneração especificada.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de 19

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº.....

Empregador

CGC/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento.....

Cargo

..... CBO nº.....

Data admissão de de 19

Registro nº..... Fls./Ficha.....

Remuneração especificada.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de 19

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº.....



Empregador

CGC/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento.....

Cargo

..... CBO nº.....

Data admissão de..... de 19

Registro nº..... Fls./Ficha.....

Remuneração especificada.....

.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de..... de 19

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº.....

Empregador

.....

CGC/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento.....

Cargo

..... CBO nº.....

Data admissão de..... de 19

Registro nº..... Fls./Ficha.....

Remuneração especificada.....

.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de..... de 19

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº.....



ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de.....
 CBO por motivo de.....

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de.....
 CBO por motivo de.....

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de.....
 CBO por motivo de.....

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de.....
 CBO por motivo de.....

Assinatura do empregador

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de.....
 CBO por motivo de.....

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de.....
 CBO por motivo de.....

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de.....
 CBO por motivo de.....

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de.....
 CBO por motivo de.....

Assinatura do empregador



ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

.....
 Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

.....
 Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

.....
 Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

.....
 Assinatura do empregador

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

.....
 Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

.....
 Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

.....
 Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

.....
 Assinatura do empregador



ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de.....
 de / / a / /

 Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
 de / / a / /

 Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
 de / / a / /

 Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
 de / / a / /

 Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
 de / / a / /

 Assinatura do empregador

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de.....
 de / / a / /

 Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
 de / / a / /

 Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
 de / / a / /

 Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
 de / / a / /

 Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
 de / / a / /

 Assinatura do empregador



ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de.....
de / / a / /
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
de / / a / /
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
de / / a / /
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
de / / a / /
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
de / / a / /
Assinatura do empregador

15 - Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
(Lei nº 5.10/66, regulamentada pelo Dec. nº 59.820/66)

OPÇÃO RETRATAÇÃO
01 / 07 / 2012 / /
Dia Mês Ano Dia Mês Ano
Banco depositário..... C.E. S/A
Agência..... Renda
Praça..... Renda Estado RJ
Empresa..... A.C. ALVES PAIS BUFE
Carimbo e assinatura do empregador

OPÇÃO RETRATAÇÃO
..... / / / /
Dia Mês Ano Dia Mês Ano
Banco depositário.....
Agência.....
Praça..... Estado.....
Empresa.....
Carimbo e assinatura do empregador



FGTS – Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
(Lei nº 5.107/66, regulamentada pelo Dec. nº 59.820/66)

OPÇÃO

RETRATAÇÃO

..... / / / /
Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Banco depositário.....

Agência.....

Praça..... Estado.....

Empresa.....

Carimbo e assinatura do empregador

OPÇÃO

RETRATAÇÃO

..... / / / /
Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Banco depositário.....

Agência.....

Praça..... Estado.....

Empresa.....

Carimbo e assinatura do empregador

FGTS – Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
(Lei nº 5.107/66, regulamentada pelo Dec. nº 59.820/66)

OPÇÃO

RETRATAÇÃO

..... / / / /
Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Banco depositário.....

Agência.....

Praça..... Estado.....

Empresa.....

Carimbo e assinatura do empregador

OPÇÃO

RETRATAÇÃO

..... / / / /
Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Banco depositário.....

Agência.....

Praça..... Estado.....

Empresa.....

Carimbo e assinatura do empregador

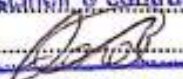


ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato do trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

Contrato em caráter experimental pelo prazo de 45 dias a partir de 01/07/2012.
Podendo, neste período, qualquer uma das partes rescindir o contrato sem aviso prévio.


A. C. ALVES PAIS BUFO

ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato do trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)



ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato de trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato de trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)



PARA USO DO INSS

INSCRIÇÃO DE SEGURADO, DE SEUS DEPENDEN-
TES E DESIGNAÇÃO, EQUIPARAÇÃO E CONCOR-
RÊNCIA DE DEPENDENTES

REGISTRO DE INSCRIÇÕES

PARA USO DO INSS

INSCRIÇÃO DE SEGURADO, DE SEUS DEPENDEN-
TES E DESIGNAÇÃO, EQUIPARAÇÃO E CONCOR-
RÊNCIA DE DEPENDENTES

REGISTRO DE INSCRIÇÕES

B/80-134.139.951-3
DER-25.08.04

Melena P. M. Moraes
Ag. Administrativa
Mat. 2.333.710


PARA USO DO INSS

DESEMPREGO OU AFASTAMENTO DA ATIVIDADE
- CONSERVAÇÃO DA QUALIDADE DE SEGURADO

REGISTRO DAS SITUAÇÕES

PARA USO DO INSS

DESEMPREGO OU AFASTAMENTO DA ATIVIDADE
- CONSERVAÇÃO DA QUALIDADE DE SEGURADO

REGISTRO DAS SITUAÇÕES



PARA USO DO INSS

PRESTAÇÕES**REGISTRO DAS PRESTAÇÕES**

PARA USO DO INSS

PRESTAÇÕES**REGISTRO DAS PRESTAÇÕES**

RECOMENDAÇÕES MÉDICAS

Instruções para o preenchimento da CARTEIRA DE SAÚDE:

A - 1ª página: Reservada às anotações constitucionais e de estados nosológicos porventura presentes no segurado.

- | | |
|----------------------------|--|
| 1 - Grupo Sanguíneo | 4 - Se portador de Diabetes Mellitus |
| 2 - Fator RH | 5 - Idem de Hemofilia |
| 3 - Antecedentes alérgicos | 6 - Fórmula dentária; assinação dos dentes ausentes; |

B - No espaço reservado a MATRÍCULAS em ambulatórios logo após a anotação dos dentes ausentes:

Na coluna - AMB - O nome do ambulatório onde for feita a matrícula.

Na coluna nº... - O número da matrícula do segurado no ambulatório.

C - No espaço reservado às LICENÇAS devem ser feitas as seguintes anotações:

Na coluna DIAS - O número de dias de licença concedido.

Na coluna A PARTIR DE - Data do início da licença.

Na coluna - CRM - CRO - A rubrica e o número de inscrição do médico ou dentista que prestar o atendimento.

D - No espaço reservado às INTERNAÇÕES devem ser feitas, pela Secretaria do Hospital, as seguintes anotações:

HOSPITAL - Nome do Hospital.

REGISTRO - Número do registro do segurado no Hospital.

ALTA EM - Data da alta.

RUBRICA - A rubrica do servidor que fizer as anotações.

MATRÍCULA - O número de matrícula deste mesmo servidor.

OBS.: 1 - Depois de efetuadas as anotações, o funcionário encarregado das mesmas deverá apor, sob as anotações, o carimbo da Secretaria do Hospital.

2 - Aplicabilidade da CARTEIRA DE SAÚDE

A Carteira de Saúde será um documento pessoal e intransferível do seu portador.

Deverá ser apresentada sempre que o segurado pretender utilizar os serviços de assistência médica do INSS, tanto em regime ambulatorial como hospitalar. As diversas unidades assistenciais de serviços médicos deverão fazer, obrigatoriamente, as anotações especificadas dela constantes.

ANOTAÇÕES MÉDICAS E ODONTOLÓGICAS

GRUPO SANGÜÍNEO		FATOR RH
ALERGIA		DIABETE
EM CASO AFIRMATIVO REGISTRE O TIPO À PÁGINA Nº 69		HEMOFILIA

		MATRÍCULAS							
		1	2	3	4	5	6	7	8
AUSENTES	1	AMB.	.....	Nº	.....				
	2	AMB.	.....	Nº	.....				
	3	AMB.	.....	Nº	.....				
	4	AMB.	.....	Nº	.....				
	5	AMB.	.....	Nº	.....				
	6	AMB.	.....	Nº	.....				
	7	AMB.	.....	Nº	.....				
	8	AMB.	.....	Nº	.....				
DENTES	1	AMB.	.....	Nº	.....				
	2	AMB.	.....	Nº	.....				
	3	AMB.	.....	Nº	.....				
	4	AMB.	.....	Nº	.....				
	5	AMB.	.....	Nº	.....				
	6	AMB.	.....	Nº	.....				
	7	AMB.	.....	Nº	.....				
	8	AMB.	.....	Nº	.....				

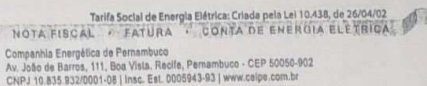


INTERNAÇÕES

Hospital	Registro
Internado em	Alta em
Rubrica	Matrfe.
Hospital	Registro
Internado em	Alta em
Rubrica	Matrfe.
Hospital	Registro
Internado em	Alta em
Rubrica	Matrfe.
Hospital	Registro
Internado em	Alta em
Rubrica	Matrfe.
Hospital	Registro
Internado em	Alta em
Rubrica	Matrfe.
Hospital	Registro
Internado em	Alta em
Rubrica	Matrfe.
Hospital	Registro
Internado em	Alta em
Rubrica	Matrfe.

ANOTAÇÕES GERAIS A CARGO DO INSS





ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VILA DO CIPÓ 80

LAGOA DOS GATOS/LAGOA DOS GATOS

LAGOA DOS GATOS PE

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
025521061	UNICA	25/07/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
25/07/2018	2002642020	1848007

55450-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2593136011	07/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETIVA
01/08/2018	24/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	17,53

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30.0000000	0.10586888	5,57
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	27.0000000	0.31880379	8,60
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,40
Contribuição Iluminação Pública			0,98
PRO.CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8069			0,99

TOTAL DA FATURA

17.53

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MC62058	CA1	25/08/2018	10 286,00	26/07/2018	10 343,00	30	1,00000		57,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Month	WV
JUL 18	57
JUN 18	59
MAY 18	54
APR 18	60
MAR 18	59
FEV 18	56
JAN 18	53
DEC 17	62
NOV 17	58
OCT 17	59
SET 17	66
AGO 17	85
JUL 17	71

INFORMAÇÕES DE PRODUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR IMPOSTO
	15,57	0,92	
	15,57	4,78	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Energia	R\$	7,57	48,62%
Água	R\$	0,92	5,91%
Alc. (Celpa)	R\$	4,31	27,08%
Energia	R\$	1,35	8,87%
Serv. Gerais	R\$	0,52	3,98%
	R\$	0,80	5,14%
	R\$	15,57	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Alivo até 30 kWh	0,178296
Consumo Alivo superior a 30 até 100 kWh	0,302226

RESERVADO AO FISCO

D717 DC76 1518 D420 AEDA B00C 82B3 54FF

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no porta mala pelo de vocal mixta e oliveira cunha - me rua comercio no 35 centro / nel informatica - rua do comercio 53 centro/lata completa em www.cpepe.com.br / Na data da leitura e bandada em vigor e a Vermeilha. Mas informações - an-
www.anel.gov.br O Cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensões de fornecimento.
Pague em Misso para multa 2%/(RENJAIANER), Juro 1%/(NL 0143602) e atualização monetária no pro - mas não do ICMS
conforme art. 9º, XLV, e 22.2 do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarefa Social Emergência para o Estado de Pernambuco
0.438 de 28/04/02 - R\$18.77 O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de limpo por os pais fed de atendimento
comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na leitura e qualquer tempo - Art. 7º REN 581/R3

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 099ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DOS
GATOS - DP99ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0189000304**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/09/2018** às
12:10

Complementa o BO Número: **18E0189000252**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **23/6/2018** às **06:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 1, SÍTIO
LAJEDO - Bairro: ZONA RURAL - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO
/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ ROSENILSON DE OLIVEIRA (TESTEMUNHA)
MARIA APARECIDA DE HOLANDA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSÉ ROSENILSON DE OLIVEIRA

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

**MARIA APARECIDA DE HOLANDA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
MARIA DE NAZARÉ DE JESUS Pai: OLINDINO GONÇALVES DE HOLANDA Data de
Nascimento: 29/10/1976 Naturalidade: LAGOA DOS GATOS / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 82, RUA CICERO LAURENTINO
DA SILVA - CEP: 8 - Bairro: VILA CIPO - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSÉ ROSENILSON DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Data de Nascimento: 1/1/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL**

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

Digitalizada com CamScanner



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSÉ ROSENILSON DE OLIVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ ROSENILSON DE OLIVEIRA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Descrição: PAS/MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN KS PLACA KKA7732 E CHASSI 9C2KC02107R148302

Complemento / Observação

INFORMA A DECLARANTE QUE NO DIA 23/08/2018 ESTAVA NA GARUPA DA MOTO DO SR. JOSÉ ROSENILSON QUANDO UMA MOTOCICLETA DE ALGUÉM DESCONHECIDO PAROU ABRUPTAMENTE NA FRENTE E VIERAM A COLIDIR COM A MESMA, DERRUBANDO-LHE AO CHÃO; QUE DA QUEDA QUEBROU O BRAÇO DIREITO. NADA MAIS FOI DITO. A VITIMA NÃO TEM INTERESSE EM DAR SEGUIMENTO AO PROCEDIMENTO CRIMINAL, SERVINDO APENAS PARA FINS DE REGISTRO.

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

MARIA APARECIDA DE HOLANDA
(VITIMA)

Maria Aparecida de Holanda

B.O. registrado por: SILVIO CECILIO DA SILVA - Matrícula: 3875199

Silvio



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS PESSOAS

DETRAN - PE
Nº 014205342345
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM RNTIC EXERCÍCIO
1 915222400 777777777 2018

NOME
ROBERTO DA SILVA

AGRESTINA-PE

PLACA
KKA7732

CHASSI
902800107R140302

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

ANO MOD.
2007 2007

COR PREDOMINANTE
PRETA

CATEGORIA
PARTIC

VENÇ. COTA ÚNICA
1º 2º 3º

PREMIO TARIFÁRIO (R\$)
1º 2º 3º

PARCELAMENTO / COTAS
1º 2º 3º

PREMIO TOTAL (R\$)
1º 2º 3º

DATA DE PAGAMENTO
28/04/18

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

DETRAN - PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014205342345 BILHETE DE SEGURO DPVAT

AGRESTINA-PE

PLACA
KKA7732

CHASSI
902800107R140302

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

ANO MOD.
2007 2007

COR PREDOMINANTE
PRETA

CATEGORIA
PARTIC

VENÇ. COTA ÚNICA
1º 2º 3º

PREMIO TARIFÁRIO (R\$)
1º 2º 3º

PARCELAMENTO / COTAS
1º 2º 3º

PREMIO TOTAL (R\$)
1º 2º 3º

DATA DE PAGAMENTO
28/04/18

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

DETRAN - PE

SINISTRO 3190546771 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA APARECIDA DE HOLANDA

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO MARIA APARECIDA DE HOLANDA

CPF/CNPJ: 02791091483

Posição em 27-05-2020 17:25:51

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
18/10/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50





HOSPITAL REGIONAL DO ACRESTE
EMERGÊNCIA

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO ACRESTE

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 423667

Prontuário: 320512

Nome: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Data Nasc.: 29/10/1976

Idade: 41

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 02791091483

RG: 602103101

CNS: 163962029060018

Endereço: RUA CICERO LAURENTINO

Nº: 82

Bairro: VILA CIPO

Cidade: LAGOA DOS GATOS

Estado: PE

CEP: 55450000

Fone: 71213668

Profissão: AUTONOMO

Nome da Mãe: MARIA NAZARE DE JESUS

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 23/06/2018

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Boleto no dia de acidente motorizado
e dor na articulação do

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Edema e hematomas de membros

Diag. Provisório:

Fratura da tíbia e fíbula de membro inferior direito

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

1) Boleto e artroscopia do joelho direito
23/06/18
2) Boleto e artroscopia do joelho esquerdo

3) Boleto e artroscopia do joelho esquerdo





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



Evolução / Exames

Realize um exame físico no
paciente, procure a presença
de sinais de infecção
na ferida
Tratamento com penicilina
e analgésico de acordo com a necessidade

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente ☐ Familiar ☐

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____

Endereço: _____

Data: ____/____/____

RG: _____

Tel.: _____

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente ☐ Familiar ☐

Nome: _____

RG: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Ass Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta (x) Cirurgia () Óbito

() Evadi-se

() Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____

(x) Internamento

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

Médico: _____

CRM: _____

6/23/2018 11:37:19 AM

2 de 2

Usuário do Atendimento

MEYDSONWBC



PREFEITURA MUNICIPAL DA LAGOA DOS GATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

DATA: 23/06/18 HORA: 7:33 REGISTRO: 1000199

NOME: Maria Aparecida de Holanda

IDADE: 44 anos DATA DE NASCIMENTO: 29/10/75 SEXO: _____

ENDEREÇO: Vila Cipo

NATURALIDADE: L. dos Gatos PROFISSÃO: Agricultor COR: _____

RESPONSÁVEL: A mesma IDENTIDADE: _____

CARTÃO DO SUS: _____ FILIAÇÃO: _____

PESO: _____ PA: _____ TEMPERATURA: _____ PULSO: _____ EC: _____ FR: _____

QUEIXA PRINCIPAL: Paciente vítima de acidente de moto com

DADOS CLÍNICOS: Suspeita de fratura no Râdio (D),
apresentando edema, dor + dificuldade de

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: Moib hgoas

EXAMES SOLICITADOS: _____

TRATAMENTO PROPOSTO: HD = Polifarmácia

EXAME SOLICITADOS: 545 3819

1) Trauma / 50 mp - JUI

2) Encaminhado ao Trauma Ortopedia

do HRA - senha 545/3819

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO: _____

DIAGNÓSTICO INICIAL: _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

João Bosco de Albuquerque
MÉDICO
CREMEPE 20.161

DESTINO DO PACIENTE

☐ INTERNADO PARA OBSERVAÇÃO

☐ LIBERADO PARA RESIDÊNCIA C/ MEDICAÇÃO PRESCRITA

☐ ALTA PEDIDO

☐ LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA

☐ TRANSFERIDO PARA OUTRA CIDADE

☐ ÓBITO

TRANSFERIDO PARA: _____





HOSPITAL JESUS PEQUENINO

NOME: Maria Aparecida de Almeida

REG.: 119950

DATA DE NASCIMENTO: 29 / 10 / 1976

DATA DA CIRURGIA: 26 / 06 / 18

DIAGNÓSTICO: Fratura Radio ulna
e fêmur, fratura

TRATAMENTO: Cirurgia e fêmur, fratura

DATA DO RETORNO: 24 / 07 / 18

MOTIVO DO RETORNO: 1 mês de
paciente 90 dias

Dr. Marilton V. Costa
Ortopedia
CRM - 5980



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 23/06/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 23/06/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Maria Amadora de Azevedo	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura do Rádio Distal	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Fixação com placa e parafusos	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM [] NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? [] SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: [] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Articulação do ombro - 50%.
2º	
3º	
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 10/01/19 A 12/01/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL: Caruaru	DATA: 10/01/19
	ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Marcos Bezerra
Ortopedia e Traumatologia
Doenças do Ombro e Cotovelo
CRM: 14584 / TEOT: 12036





NOME: Maria Aparecida de Almeida

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo o diagnóstico de: Fratura do fêmur direito CID-10: S52.2, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

26/02/18. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

84 cm do fêmur amputado
57 amputado e unido por
cureta no dia 01/10/18

Bezerros, 18/09/18. 4/15 Amputado

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM - 5980





RECEITUÁRIO

DATA: 28/07/20

NOME: Maria Aparecida de Holanda

Atesto para as devidas fins
que a paciente supracitada
foi acamada com prate-
ra de diâmetro de 14cm,
direito C10-D10: 552-3, ter-
do sido submetida a pro-
cedimento cirúrgico em
26/06/2018. No momen-
to, apresenta déficit de
perca em diâmetro direi-
to e encontra-se em a-
camamento ambu-
latorial

Vitor Rocha
Médico
CRM-PE 23148

ASSINATURA DO MÉDICO

