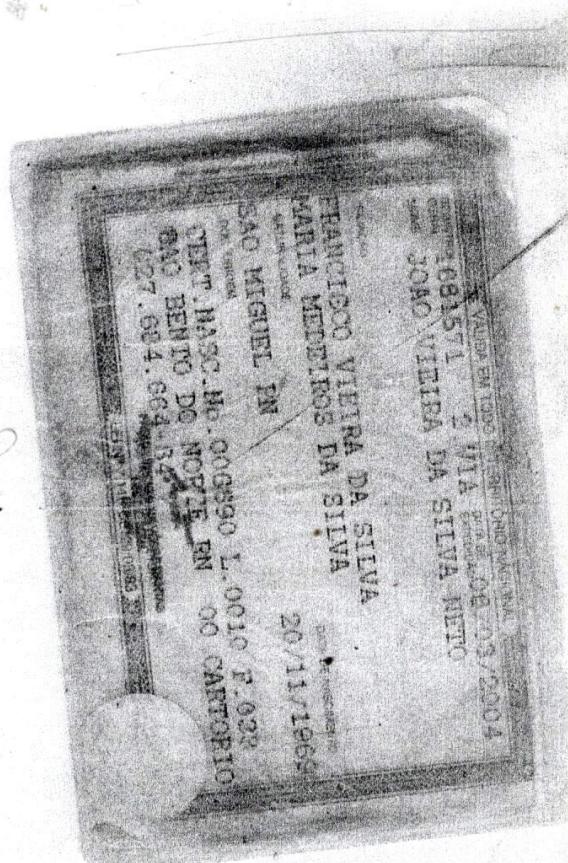
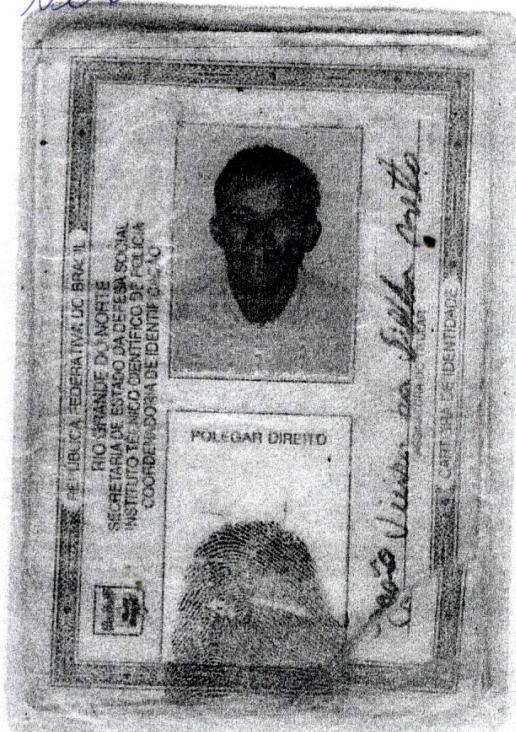


João Vieira da Silva Neto



PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** João Viana da Silva Neto  
brasileiro(a), estado civil solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o  
nº 027 684 664 870 e portador da cédula de identidade  
nº 16 815 71, residente e domiciliado(a) na  
João Pessoa  
nº 10, bairro Centro de Centro  
CEP 55636-000 na P.E cidade de Recife - Grande

**OUTORGADA:** ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/ PE 28.697, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 102, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630 E-mail: [anasantosadv1@gmail.com](mailto:anasantosadv1@gmail.com), onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

**PODERES:** Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações, renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam, mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas, inclusive receber a citação inicial, confessar; reconhecer a procedência do pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de poderes.

**JUSTIÇA GRATUITA:** Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

**CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL:** Pelo exercício do mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto, desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se, ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios celebrado em instrumento próprio.

Recife, 23 de 06 de 2020

João Viana da Silva Neto  
Outorgante



Atendimento: 261043

Pedido:   
58832

Data Pedido: 30/09/2016

Controle: 47877

Paciente: 283324 JOAO VIEIRA DA SILVA NETO  
Leito.: 107 005-27 Unid. Intern: 8

Nascimento: 20/11/1969 (46a 10m 11d)

Medico Solicitante: 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
Setor Solicitante: ORTOPEDIA  
Setor Executante: RADIOLOGIA  
Convenio: SUS - INTERNACAO  
Motivo: ROTINA

ORTOPEDIA

Local: SALA DE EXAME  
Plano: PLANO UNICO

Sexo: MASCULINO

Observações:

Médico Executante: 0 Não Informado

Accession Number	*Access. N. Hex.	Código	Descrição	Entrega
121069	 1D8ED	1015	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO (AP)	30/09/2016
121070	 1D8EE	845	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO (PERFIL)	30/09/2016

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE | SES/PE



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 28/06/2020 19:43:20  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062819432059900000062756438>  
Número do documento: 20062819432059900000062756438

Num. 63936302 - Pág. 1



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0045007171**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/12/2016** às **16:04**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **17/9/2016** no período da **Noite**.

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE GRAVATA, 01, RODOVIA ESTADUAL SENTIDO CHÁ GRANDE** - Bairro: **ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA ( AUTOR / AGENTE )  
JOÃO VIEIRA DA SILVA NETO ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOÃO VIEIRA DA SILVA NETO

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

**JOÃO VIEIRA DA SILVA NETO** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA MEDEIROS DA SILVA**  
Pai: **FRANCISCO VIEIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **20/11/1969** Naturalidade: **SAO MIGUEL / RIO GRANDE DO NORTE / BRASIL** Documentos: **1081571/SSP/RN (RG), 02768466484 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)**  
Endereço Residencial: **RUA SAO JOSE, 10 - CEP: 0 - Bairro: MANOEL SIMOES BARBOSA - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEM AUTORIA - 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)

**MOTOCICLETA (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO VIEIRA DA SILVA NETO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCB8108** (PERNAMBUCO/RIBEIRAO) Renavam: **1095275574** Chassi: **9C2KD0810GR449875**  
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**  
Descrição: **NXR 160 BROS ESDD / PROPRIETARIO: KEILA MARIA DA SILVA**

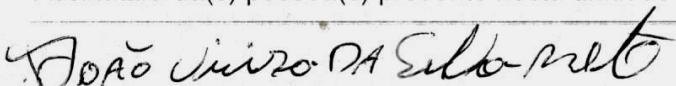
Complemento / Observação

29/12/2016 16:04



O SENHOR JOSE VIEIRA DA SILVA NETO, NOTICIA QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA DESCritos, ELE NA CONDIÇÃO DE VITIMA ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO, QUE NO TRAJETO SAINDO DA CIDADE DE GRAVATA SENTIDO A CIDADE DE CHÁ GRANDE, A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, AO SE CHOCAR COM OUTRA MOTOCICLETA; CONDUZIDA POR ALGUMES DESCONHECIDO; QUE, AFIRMA A VITIMA TER SIDO UMA COLISÃO DE RASPÃO ENTRE OS QUIDOES DAS MOTOCICLETAS, QUE FEZ COM QUE ELE VITIMA PERDESSE O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA, O QUE O FEZ CAIR AS MARGENS DA RODOVIA; E QUE O CONDUTOR DESCONHECIDO NÃO CHEGOU A CAIR, SE EVADINDO DO LOCAL APÓS O ACIDENTE SEM PRESTAR SOCORRO A VITIMA, O QUAL FOI SOCORRIDO POR POPULARES E QUE FOI LEVADO PARA O HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA, ONDE FOI ATENDIDO COMO CONSTA ATENDIMENTO DE Nº 56.171. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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



JOÃO VIEIRA DA SILVA NETO  
(VITIMA)

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



29/12/2016 16:03



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 28/06/2020 19:43:20  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062819432059900000062756438>  
Número do documento: 20062819432059900000062756438

Num. 63936302 - Pág. 3



**HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA**  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHÁ GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendimento em: 17/09/2016 21:30

Atendimento N.: 56.171

ID PAC PAC_243928	Cartão SUS: 29.921 0	Nome do Paciente: JOAO VIEIRRA DA SILVA NETO	
Dt. Nascimento: 20/11/1969	Idade: 47 anos	Sexo: FEMININO	Raça/Cor: PARDO
Nome do Pais: MARIA MEDEIRO DA SILVA		Observações 0	
Endereço:	RUA DA RODOVIARIA		0
CHÁ GRANDE PE			
ANTROPOMETRIA			
PESO:	Kg	ALTURA:	m MASSA:
SINAIS VITAIS / GLICEMIA			
P.A.:	mmHg	TEMPERATURA:	c GLICEMIA: mg/dl
FREQ.CARD.:	bpm	SAT. O2.:	% <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Pós-Prandial
FREQ.RESP.:	ppm	HGT:	
INFORMAÇÕES ADICIONAIS			

ALERGIAS?  QUAIS?

SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE: *Pente refere dor nos antebraços e apre. queimar-se com mais freq. na noite.*

EXAMES FÍSICOS

DIAGNÓSTICO

EXAMES COMPLEMENTARES

*o Rx das antebraços E.*

TRATAMENTO

*o Voltaren 50mg IM*  
*o Inj. b. ligacal*

Data do Atendimento: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

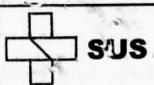
*Carimbo de Souza*  
Ten Médico-CRM 15755  
IDT 013007804-27/MC

Médico / CRM / Carimbo

Av. 20 de Dezembro - Chá Grande - PE

1





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Lemos de Souza Neto

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

283324

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

101900101361018150176132011169

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc.  1

Fem.  3

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

me m. Almeida da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD  N° DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD  N° DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R - Rua Nobre Viana, 10 Centro

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Chapada

PB 5563000

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pract esse des de 6 ver Prog. Pauzinh  
se Antes qd qd. Pos Proposta.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

me concedido curar

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exmo deico + ridagn

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Estus um gq

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procurando

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0308010019

29 - CLÍNICA

30 - CABEÇA DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

001

( ) CNS

( ) CPF

01924306958

59

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Ribeiro Noronha

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

19/10/16

CS

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PE - 40 - 004

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS

( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

</



SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

2 - CNES

2427419

4 - CNES

.

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Rosa Vieira de Freitas Neto

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1611116251551169

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de atropelamento com trauma em antebraço esq.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

necessita de tratamento cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx + anamnese

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fat - de uens esq.

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





### FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA

**■ IDENTIFICAÇÃO PACIENTE**

Nome: JOAS VIEIRA DUTRA SILVA NETO Sexo:  M Idade: 46 Cor: Pd  
 Endereço: Cidade: CARUARU UF: PE  
 Telefone: Profissão: PROFESSOR  
 Cirurgia Proposta: FRATURA DOS OSSOS DO MATEBRAZO ESO.  
 Cirurgião: Dr. Diogo Hospital: Data: 07/01/16

**■ ANTECEDENTES PESSOAIS/ FAMILIARES:**

Cirurgias/Anestesias Anteriores: N/A

Intercorrências:

Hemotransfusão: NEGA

Antecedentes Familiares:

<input checked="" type="checkbox"/> Tabagismo	Cigarros/Dia: NÃO	Tempo: 34 anos
<input checked="" type="checkbox"/> Urticárias	Quantidade: SOCIAL	Tempo:
<input type="checkbox"/> Uso de Tóxicos		

Alergias: N/A

**■ INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:**

(Marcar os sintomas/sinais positivos e detalhar abaixo)

SISTEMA CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Palpitação	<input type="checkbox"/> Edema MMII	<input type="checkbox"/> Dor precordial	<input type="checkbox"/> Marcapasso	<input type="checkbox"/> Varizes
SISTEMA RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Tossie	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> Apneia sono
SISTEMA DIGESTIVO	<input type="checkbox"/> Dor epigástrica	<input type="checkbox"/> Gastrite	<input type="checkbox"/> Refluxo	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Cirrose	
SISTEMA UROGENITAL	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> Dor lombar	<input type="checkbox"/> DUM (Mulher)		
SISTEMA ENDOCRINO	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Doenças da tireoíde	<input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea			
SISTEMA HEMATOLOGICO	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Sangramentos				
SISTEMA IMUNOLÓGICO	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Herpes				
SISTEMA LOCOMOTOR	<input type="checkbox"/> Fraq. muscular	<input type="checkbox"/> Dor articular	<input type="checkbox"/> Patol. coluna	<input type="checkbox"/> Déficit de locomoção		
SISTEMA NEUROLOGICO	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Parestesias		

OBS:

Medicamentos em Uso: Omeprazol, Dipirona, Nimesulide

**■ EXAME FÍSICO**

Estado físico: EG: 3 Peso: 60Kg Altura: 1,56 PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_  
 Avaliação via aérea: Mallampati: I Peso: 60Kg Altura: 1,56 PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_  
 Distância esterno/mento: <12,5cm  >12,5cm  Mobilidade pescoço: 80° Dentes: / Limitação ATM: N/A

SCV:

SR:

Outros: NDN.

**■ RESULTADOS EXAMES LABORATORIAIS:**

HT: 144 (%) : HB (g%): 15,6 Plaquetas (mm3): 227000 TP: AE: INR:  
 Ionograma (K): Na: Ca: HCO3: Outros:  
 Glicemia: Uréia: 37 Creatinina: 0,6

RX de Tórax:

ECG:

Risco cirúrgico:

Parecer Cardiológico:

Outros exames:

**■ CONDUTA**

LIBERADO: SIM  NÃO  Observação:

**■ ORIENTAÇÃO:**

Jejum: 8 horas pra sólido  
 Medicamento: Metformina  
 Cuidados: Necessário de oxigênio + braço  
 Anestesia Proposta: Necessário de oxigênio + braço + dor

Data consulta: 06/01/16

Assinatura médico/CRM/Carimbo: CRM-11490





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA**  
Avenida 20 de Dezembro, 148 - Centro - Chã Grande - PE  
Fone: (81) 3537 1316 - CNPJ: 11 049 806/0001-90 - CNES N° 2344408

**HOSPITAL DE DESTINO:** Hospital Regional do Agreste (HRA)

**SENHA DE REGULAÇÃO:** 5005415

**MÉDICO REGULADOR:** \_\_\_\_\_

**DATA DA RESERVA:** 19 / 05 / 2016      **HORA DA RESERVA:** 10:10h

*[Handwritten signature]*  
Médico assistente  
Carimbo

### LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

**UNIDADE DE ORIGEM:** \_\_\_\_\_

**UNIDADE DE DESTINO:** \_\_\_\_\_

**NOME DO PACIENTE:** José Viana de Freitas Neto

CPF	IDENTIDADE	DATA NASCIMENTO	SEXO
			FEM      MASC

#### HISTÓRIA CLÍNICA

*Pt 67 anos, se sente exausto e com fadiga óptica há 02 meses, com náuseas e vômitos, perda de apetite, perda de peso, dor abdominal.*

**CONDUTA INICIAL:** \_\_\_\_\_

**EXAMES REALIZADOS:** \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:** \_\_\_\_\_

**OUTROS DIAGNÓSTICOS:** \_\_\_\_\_

**MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:** \_\_\_\_\_

Data da transferência: \_\_\_\_\_



## SINISTRO 3170129428 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOAO VIEIRA DA SILVA NETO

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

**BENEFICIÁRIO** JOAO VIEIRA DA SILVA NETO

**CPF/CNPJ:** 02768466484

**Posição em 23-06-2020 12:00:28**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta Referência

Ver Carta

18/07/2017	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO
------------	-------------------------------



## 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  
Ouvíndia 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
ALINE SOARES DA SILVA
CPF: 115.725.164-10

DATA DE VENCIMENTO <b>26/12/2017</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 01/12/2017	CONTA CONTRATO <b>007018224709</b>
TOTAL A PAGAR (R\$) <b>81,11</b>	DATA DA APRESENTAÇÃO 15/12/2017	Nº DO CLIENTE 2013748451

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
LO SAO JOSE 10
CENTRO/CHA GRANDE 55636-000 CHA GRANDE PE

CLASSIFICAÇÃO <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> Monofásico
RESERVADO AO FISCO <b>9FA6.043C.CE23.9F9B.99F0.15F5.906A.B467</b>

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](http://www.celpe.com.br)

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	90,00	0,68681727	61,81
Acréscimo Bandeira VERMELHA			6,43
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,58
ICMS Subvenção-CDE-NF 000226887-05/09/17			0,78
ICMS Subvenção-CDE-NF 000228420-07/10/17			0,70
Multa por atraso-NF 000228420 - 07/10/17			1,74
Multa por atraso-NF 000268374 - 07/11/17			1,85
Juros por atraso-NF 000268374 - 07/11/17			0,43
Juros por atraso-NF 000228420 - 07/10/17			0,61
Atualização IGPM-NF 000268374 - 07/11/17			0,07
Atualização IGPM-NF 000228420 - 07/10/17			0,11
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			3,00
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>81,11</b>

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,48036000	kWh	
NOV 17		214	
OUT 17		119	
SET 17		111	
AGO 17		115	
JUL 17		105	
JUN 17		137	
MAI 17		132	
ABR 17		153	
MAR 17		191	
FEV 17		117	
JAN 17		131	
DEZ 16		149	
NOV 16		152	

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
68,24	25,00	17,06	68,24	0,90	0,61	68,24	4,16	2,83

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
000000003132167922	CAT	07/11/2017	4.700,00	30/11/2017	4.790,00	23	1.00000	0,00	90,00	set/2017			
<b>DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/12/2017</b>													
<b>EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 22,29</b>													
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.													

INFORMAÇÕES IMPORTANTES										NÍVEIS DE TENSÃO			
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> . Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. 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. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.										TENSÃO NOMINAL(V) LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			
										MÍNIMO	MÁXIMO		
										220	202	231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA													

DESTAQUE AQUI					TALÃO DE PAGAMENTO				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.					
007018224709	11/2017	81,11	26/12/2017						

838000000009 811100110076 018224709103 108725124638



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-----------------------

23/06/2020

2a Via de Fatura

[https://limento.celpe.com.br/NDP\\_DCSRUCES\\_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?redirfatura=t...](https://limento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?redirfatura=t...) 2/2



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 28/06/2020 19:43:20  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062819432082800000062756435>  
Número do documento: 20062819432082800000062756435

Num. 63936299 - Pág. 2

DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, João Viana da Silva Neto,  
brasileiro(a), estado civil sóltulo,  
profissão pintor Inscrito no CPF/MF sob o  
nº 027689664 84, e portador da cédula de  
identidade nº 1681571, residente e  
domiciliado(a) lbo São José,  
nº 10, bairro Centro,  
CEP 55636-000, na PE, cidade de  
Pe. Grande.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita,  
que não tenho condições de arcar com as custas e despesas  
processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo  
com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 23 de 06, de 2020

NOME: João Viana da Silva Neto

