

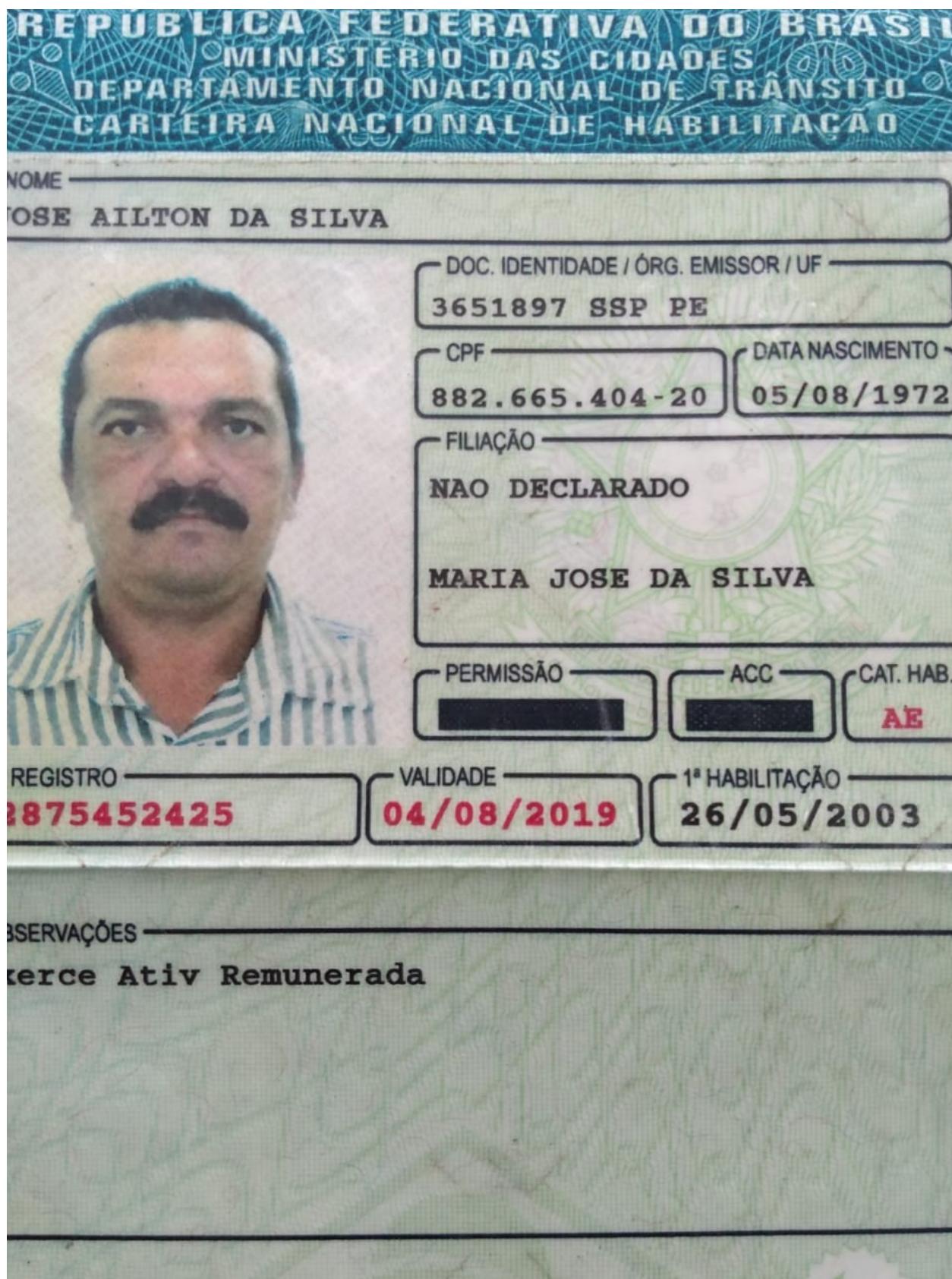


Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 12/08/2020 09:25:14

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081209251472200000064912351>

Número do documento: 20081209251472200000064912351

Num. 66160866 - Pág. 1





Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 12/08/2020 09:25:14  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081209251484000000064912348>  
Número do documento: 20081209251484000000064912348

Num. 66160863 - Pág. 1



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **099.451.764-55**

Nome: **MARIA ROSEANE DA SILVA**

Data de Nascimento: **28/12/1990**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **28/01/2009**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:36:39** do dia **22/05/2019** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **60F4.7168.61CC.70BD**



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”  
(/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp).



22/05/2019

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

[servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublicaExibir.asp](http://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublicaExibir.asp)

2/2



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 12/08/2020 09:25:14  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081209251484000000064912348>  
Número do documento: 20081209251484000000064912348

Num. 66160863 - Pág. 3

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Marcos Sebastião da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 045.492.094-61 e portador da cédula de identidade nº 01230 681, residente e domiciliado(a) na St. Bananeira do Sul, nº 398, bairro de Entre Rios do Norte, na Brumado, cidade PE, de CEP 55680-000.

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: [anasantosadv@gmail.com](mailto:anasantosadv@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 da 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.

Recife, 22 de 05 de 2019

Outorgante



Manoel Roseane da Silva - 099.45176455 -  
TESTEMUNHA

Jasim Gullam da Silva  
TESTEMUNHA 882.66540420





Notificado  
26/08/16  
Vigilância Epidemiológica Hospitalar  
VEH-HR/SES - NEPI

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

ETIQUETA

## Ficha de Atendimento

Número do Registro

**689517**

Data e Hora de Atendimento:  
22/08/2016 18:27

Local de Entrada: **EMERGENCIA GERAL**  
Atendimento Manual :

|  |   |   |
|--|---|---|
| Cod. Paciente: 1555899   | Paciente: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA                               |   |
| Data de nascimento: 26/12/1972   | Idade: 43a 7m 26d   |   |
| Estado Civil: SOLTEIRO   | Profissão:  | Acompanhante:   |
| DOC ID / Data expedição<br>4230681 / 09-Sep-89                             | Mãe: MADALENA MARIA DA CONCEICAO<br>Pai: FRANCISCO PEDRO DA SILVA | Cartão SUS: 898004848800996                               |
| Endereço: SITIO PEDRA REDONDA<br>Bairro: ZONA RURAL<br>Cidade: BONITO      |   | Numero 1<br>Complemento:<br>UF: PE<br>Telefone: 997711914 |
| Ocorrências:   |   |   |
| ) do atendimento: ENCAMINHAMENTO NEURO CIRURGICO / ORANICO / DE EMERGENCIA |   |   |
| Procedência: OUTRO HOSPITAL  |   |   |

### Informações do Serviço Social:

|   |  |
|---|--|
| Confirmação de nome: 23/08 - Dr. TECNICO: DATA: MÉDICO:   | Assistente Social: <i>(Assinatura)</i>   |
| Confirmação de endereço: Cui  |  |
| Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>  |  |
| Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons.Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Publico <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Outros <input type="checkbox"/>   |  |
| Observação: 26/08/2016 ACOGIMENTO A MARIA ROSEANE DA SILVA (filha)<br>(01) 87711914.  | Assistente Social: <i>(Assinatura)</i><br>Assistente Social: <i>(Assinatura)</i><br>Assistente Social: <i>(Assinatura)</i> |

História Clínica: Paciente vítima de queda de moto, alcoolizado, sofrendo trauma cranioencefálico, evoluindo com RNC e lesões pelo corpo, não consciencia.

Atendimento Médico

|   |   |   |
|---|---|---|
| Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                         | Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                         | Tipo: <input type="checkbox"/>  | Transporte realizado Por:   |
| Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                        | Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>     | Altura:   |
| Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê? |   |   |

### Exame Físico:

|   |  |  |       |
|---|--|--|-------|
| A: Geral                                  | Via aérea está pélvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Temp: |
| BGR, inconsciente, descorado, desidratado |  |  |       |
| B: Respiratório                           | MV rate 247  |  |       |
| C: Circulatório                           | PA: X mm   | P脉:  |       |
| RCR2T BNP FC: 60 bpm                      |  |  |       |

|   |   |   |
|---|---|---|
| D: Exame Neurológico  | Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas |   |
| Glasgow: Abertura Ocular<br>Escore: Hora:   | Glasgow: Resposta Verbal<br>Escore: Hora:   | Glasgow: Resposta Motora<br>Escore: Hora: |
| Glasgow: $1 + 2 + 4 = 7$  |   |   |
| E: Exposição/Abdômen:<br><i>pacote, desorientado, sem VMS</i><br><i>Econegativo em MID,</i><br><i>Pupilas ausbachianas (<math>B &gt; D</math>)</i> Não reagentes. |   |   |
| Diagnóstico Inicial: ① TCE  | Cod. Procedimento   |   |
| Conduta: ① Solicito TAC crânio s/ contrade + rel. clínico<br>② Realizo IOT  | Ass. Médico   |   |
| Evolução de Enfermagem:   | Ass. Enfermagem   |   |

*Dr. Dhyego Lacerda  
Neurocirurgia  
CRM-177*

|   |  |
|---|--|
| Definição do Caso:  | Condição de Alta:  |
| <input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta à Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input type="checkbox"/> Alta<br>Internado na Clínica:<br>Transferido para: | <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado<br><input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado<br><input type="checkbox"/> Óbito |

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:  
Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Termo de responsabilidade para Internamento:  
- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_  
No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Termo de responsabilidade de alta a pedido:  
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_  
No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data e Hora Impressão: 22-Aug-16

22/08/16  
18:38h

*NO. (DHEDA)  
Paciente gravado  
Nº de vrs: NEDA voluntaria  
co (D)ludio so @ CST + 21*

*TPO*  
Dr. Dhyego Lacerda  
Neurocirurgia  
CRM-177



# HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

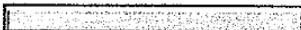
MANCHESTER\_V2

22/08/2016 18:20

|  |                     |                          |
|--|---------------------|--------------------------|
|  | Nome Paciente:      | MARCOS SEBASTIO DA SILVA |
|  | Cód. Paciente:      |                          |
|  | Data de Nascimento: | 26/12/1972               |
|  | Sexo:               | Masculino                |
|  | Idade:              | 43                       |
|  | Senha:              | U0049                    |
|  | Convênio:           | -                        |
|  | Atendimento:        |                          |

22/08/2016 18:20 - JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO - COREN: 142475 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:  LARANJA

Queixa Principal: PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO APÓS INGERIR BEBIDA ALCOOLICA HA CERCA DE 06H, APRESENTANDO RNC, LESÃO EM REGIÃO CRANIANA+ LESÃO EM MSD E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NÃO CONTACTUA.

Observação: SENHA: 4986764

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA DE PULSO: 76.00 BPM (RÍTMICO)  
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM  
- GLICEMIA: 106.00 MG/DL  
- ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 3

Acolhido(a) por: JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO  
Data: 22/08/2016 18:20





## Prefeitura Municipal de Bonito

SECRETARIA DE SAÚDE / SUS / HOSPITAL DR. ALBERTO DE OLIVEIRA

### LAUDO DE TRANSPORTE DE PACIENTES

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Nome do paciente:     | Maria Lúcia   |
| Quadro clínico:       | Doença de Alzheimer avançado com<br>Bixa velocidade despropositada verbal e<br>doloroso e espasmo. Peso: 218 (3 Vias) |
| Diagnóstico:          | TLE   |
| Auxiliar responsável: |   |
| COREN:                |   |

|   |                             |                                    |
|---|-----------------------------|------------------------------------|
| 1ª REMOÇÃO                                |                             |                                    |
| Destino:                                  | Município:                  | Hora da saída:<br>Hora da chegada: |
| Motivo: (Registrado e detalhado)          | Bonito - PE<br>Reenciamento |                                    |
| Médico assistente: (Assinatura e carimbo) | Nº CRM:                     | Data:                              |
| Local:                                    | Data:                       |                                    |
| Médico que atendeu:                       | Nº CRM:                     | Hora:                              |

|                                  |                               |                                    |
|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| 2ª REMOÇÃO                       |                               |                                    |
| Destino:                         | Município:                    | Hora da saída:<br>Hora da chegada: |
| Motivo: (Registrado e detalhado) | - Belo Horizonte - MG<br>- HR |                                    |

|   |            |       |
|---|------------|-------|
| Médico assistente: (Assinatura e carimbo) | Nº CRM:    | Data: |
| Local:                                    | Data:      |       |
| Médico que atendeu:                       | Nº CRM:    | Hora: |
| Unidade prestadora do atendimento:        | Município: |       |
| Especificação do atendimento prestado:    |            |       |





# Bio Implantes

## Produtos médico-hospitalares

- 1<sup>a</sup> Via Branca - Fornecedor
- 2<sup>a</sup> Via Amarela - Hospital
- 3<sup>a</sup> Via Rosa - Hospital

No 00411

## **RELATÓRIO DE MATERIAL UTILIZADO**

## INFORMAÇÕES DO HOSPITAL & PACIENTE

|                                     |                      |
|-------------------------------------|----------------------|
| HOSPITAL: Da Restauração            | CONVÉNIO: SUS        |
| PACIENTE: Mancor Sebastião da Silva |                      |
| CIRURGIÃO: Alvaro Ximenes           | PRONTUÁRIO N° 687517 |
| DATA DA CIRURGIA: 24/09/2016        | CARTEIRA N°          |

|  |                            |
|--|----------------------------|
| VISTO E CARIMBO DO CIRURGÃO:                         | REPRESENTANTE RESPONSÁVEL: |
| Ass:   |                            |
| Conferido / Atestado de uso      Data:      /      / |                            |

Bio Implantes Produtos Médico-Hospitalares LTDA-EPP | CNPJ Nº 17.085.673/0001-94  
Av. dos Engenheiros, nº 431, sl 1001 | B.Manacás | Belo Horizonte | Minas Gerais | CEP 30.840-300  
TeleFax: (31) 3418-8517 | 3643-7649





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Pernambuco

## FICHA DE ESCLARECIMENTO

|                                    |                                |                          |
|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| NOME:<br>MARcos SEBASTIAo DA SILVA | PRONTUÁRIO:<br>1555899         | ATENDIMENTO:<br>00689639 |
| DATA DE NASCIMENTO: 26/12/1972     | FOI ATENDIDO EM: 22/08/2016 ÀS |                          |
| DATA DA ALTA: 29/08/2016 ÀS 18:06  |                                |                          |

### Diagnóstico Provável:

1. HEMATOMA EXTRADURAL
2. CONTUSÃO CÉREBRAL

COD-10: S06

### Tratamento Realizado:

DRENAGEM DE HEDA  
CONTUSÃO - TRATAMENTO CONSERVADOR

### Observação:

REPOSO DOMICILIAR POR 30 DIAS  
PAUTENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO COM HISTÓRIA DE INGESTA ALCOOLICA + ACIDENTE DE MOTO

### Encaminhado para:

1. AO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA 30 DIAS APÓS ALTA
2. RETIRAR PONTOS EM 10 DIAS
3. LAVAR FERIMENTO COM SABONETE NEUTRO E APLICAR ÁLCOOL A 70%
4. SEGUIR ORIENTAÇÕES FORNECIDAS NA ALTA

Dr. Dhyego Lacerda  
Neurocirurgia  
CRM: 19617

DHYEGO FERREIRA MOREIRA DE LACERDA - CRM: Nº.19617

Recife, 29, AGOSTO ,2016

### ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

IDENTIFICAÇÃO

NOME: MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA

IDADE: 43 ANOS

REGISTRO: 1555899

ADMISSÃO HR: 22/08/16

ADMISSÃO SENEC: 23/08/16

#HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

PACIENTE ADMITIDO COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO HÁ CERCA DE 6H. À ADMISSÃO, ECG 07, SENDO INTUBADO. REALIZOU TC DE CRANIO QUE EVIDENCIOU HEDA VOLUMOSO TPO ESQ. SUBMETIDO A DRENAGEM DO HEMATOMA SEM INTERCORRENCIAS NO PO.

#ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:

NEGA HAS, DM E ALERGIAS.

AO EXAME:

EGB, CONSCIENTE, DESORIENTADO, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL.

C/P: DRENO CEFALICO DEBITO SANGUINOLVENTO, 150ML.

ACV: RCR2T S/SOPROS

AP: MV AHT, SEM RA

ABD: DEPRESSIVEL, INDOLOR, TIMPANICO.

EXT: SEM SINAIS DE TVP.

NEURO: ECG: 14; PUP ISOFOTO, MOE+, FACIAL SIMETRICO. FORÇA, REFLEXOS E SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES.





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Marcus Sebastião da Silva

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

22/08/16

NOTA OPERATÓRIA

Paciente submetido a craniotomia para drenagem da HEDA F-T-P esquerda. Chegou gravissimo e SO, apresentando discreta postura extensora.

OB: ② A SRA

③ Cicatrizes neurointensivas

Dr. Abraão Ximenes  
Neurocirurgia  
CRM-PE: 21845

22/08/16 Paciente admitido em POI de correção de HEDA (21:52) com o de HEDA. Sono intenso, em níveis moderados, curto de 10 a 20 minutos, com surtos de agitação e ansiedade, com surtos de agitação de 10 a 15 segundos. Taxa metabólica, egr, uréia. Abdomen firme, AP c/ dor; SRR 100L; PA= 140x67mmHg.

Vânia Bráz  
ENFERMEIRA  
CRM-PE: 10485

22/08/16 # SRA #

# POI Drenagem de HED

Ple grave, intubado em AV, extubado hidronefrose

TA = 130x10 mmHg

ABP: 140(+/-) mmHg

# Col. Oside

② VII

S. Lemos  
12/08/16

COD. 00



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente

Enfermaria/Leito

Marcos Sebastião da Silva

SRPA 1/16

PERNAMBUCO

Registro

1655899

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

23/08/16

# SRPA - Dionene #

(0<sup>o</sup>, 43a, 10<sup>o</sup> D/H)

- # HD: 1) Politrauma pl ac. moto ciclista  
2) re DPO de abnegação da HEDA

# em uso de sed: romel

DVA Ø

ATB: cefazolina profilática

Paciente sedado, sed UMA, TOT n. 8,0, cuff insuflado, modo PCV, venas adaptadas ao respirador. Estômagos hemorrágicos comente, sem uso de DVA.

- # Cd.: 1) baixa sedação. vigiar nível de consciência.  
2) Ag. UTI.

~~00~~ Maio 2016

23/08/16 SRPA 1/16

8h, pat T66 tnt brancos, neep 6  
PL 40, pup 20 FR16, FIO2 20%, FC 68 bpm  
SpO2 100%, pA 142/97 mmHg  
dreno cefálico com drainer removido  
DVS MSA, com dispositivo Urinário  
desligado. Sedação, oxigênio, apnéia  
separada, ag-UTI

COD. 01

Produzido no Sistema Gráfico Hospitalar da Alto Nível

DD  
19/08/16



Hospital Dr. Alberto de Oliveira

## **BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

istro Atendimento Medico : 41.256 Data: 22/08/2016 Hora: 13:51:24

**dade de Origem:** : **Profissional ACS:** :

ne do Paciente: : MARCOS SEBASTIAO DA SILVA Genitor MADALENA MARIA DA CONCEIÇÃO

ta Nascimento: : 26/12/1972 Idade: : Idade : 43 anos 07 meses 27 dias Sexo Feminino :  Sexo Masculino :  Cor: M

derecho: - SITIO PEDRA REDONDA N.º: -

**Ponto Referência:** ZONA RURAL

**Tipos de Acompanhante:**  Outros

al de Ocorrência: :

o de Ocorrência: : **Acidente de Trânsito**

Paciente Chegou: : Ambulância

100-100400 08/11/2003

Page 7

Hipótese Diagnóstico: : CID :

**names Solicitados:** :

**Ataamento Proposto:**

1995-1996  
1996-1997

卷之三

**Dr. Jackson Lago e Lima**  
**Médico**  
**CRM 12126**

Médico Responsável:

Dr. Jackson

Destino do Paciente: : -1

exceptionista.: Mariete

Atendimento Consultório: : 22/08/2016

Hora Atendimento Consultório: : 13:50

Hospital Dr. Alberto de Oliveira





**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**  
**Central de Agendamento Ambulatorial**  
**COMPROVANTE DE AGENDAMENTO**



- Informações do Atendimento

Consulta.....: 07/10/2016 13:00Hr  
Serviço.....: NEUROCIRURGIA ADULTO  
Médico.....: 136 - GIOVANNI GRASSI  
Agenda.....: 29600

Informações do Paciente

Paciente.....: 1555899 Same.....:  
Nome.....: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA  
Sexo.....: MASCULIN  
Fone.....: Residencial: (81) - 997711914 / Celular: () - Nasc.....: 26/12/1972  
Endereço.....: SITIO PEDRA REDONDA, 1 - ZONA RURAL - BONITO - PE - Cep: 55680000  
Cidade.....: BONITO

Agendado por: GILBERTOMSJ





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Pernambuco

## FICHA DE ESCLARECIMENTO

|                                    |   |                          |
|------------------------------------|---|--------------------------|
| NOME:<br>MARCOS SEBASTIAO DA SILVA | PRONTUÁRIO:<br>1555899  | ATENDIMENTO:<br>00689639 |
| DATA DE NASCIMENTO: 26/12/1972     | FOI ATENDIDO EM: 22/08/2015 ÀS<br>DATA DA ALTA: 29/08/2016 ÀS 18:06 |                          |

### Diagnóstico Provável:

1. HEMATOMA EXTRADURAL
2. CONTUSÃO CEREBRAL

CID-10: S06

### Tratamento Realizado:

DRENAGEM DE HEDA  
CONTUSÃO - TRATAMENTO CONSERVADOR

### Observação:

REPOSO DOMICILIAR POR 30 DIAS  
PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO COM HISTÓRIA DE INGESTA ALCOOLICA + ACIDENTE DE MOTO

### Encaminhado para:

1. AO AMBULATÓRIO DE NEUROCRURGIA 30 DIAS APOS ALTA
2. RETIRAR PONTOS EM 10 DIAS
3. LAVAR FERIMENTO COM SABONETE NEUTRO E APlicar ALCOOL A 70%
4. SEGUIR ORIENTAÇÕES FORNECIDAS NA ALTA

Dr. Dhiego Lacerda  
Neurocrurgia  
CRM: 19617

DHYEGO FERREIRA MOREIRA DE LACERDA - CRM: NO.19617

Recife, 29, AGOSTO ,2016

### ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04-2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400





**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**  
**Central de Agendamento Ambulatorial**  
**COMPROVANTE DE AGENDAMENTO**



**Informações do Atendimento**

Consulta.....: 07/10/2016 13:00Hr  
Serviço.....: NEUROCIRURGIA ADULTO  
Médico.....: 136 - GIOVANNI GRASSI  
Agenda.....: 29600

**Informações do Paciente**

Paciente.....: 1555899 Same.....:  
Nome.....: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA  
Sexo.....: MASCULIN  
Fone.....: Residencial: (81) - 997711914 / Celular: () - Nasc.....: 26/12/1972  
Endereço.....: SITIO PEDRA REDONDA, 1 - ZONA RURAL - BONITO - PE - Cep: 55680000  
Cidade.....: BONITO

Agendado por: GILBERTOMSJ





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Pernambuco

## FICHA DE ESCLARECIMENTO

|                                    |                                   |                          |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| NOME:<br>MARCOS SEBASTIAO DA SILVA | PRONTUÁRIO:<br>1555899            | ATENDIMENTO:<br>00689639 |
| DATA DE NASCIMENTO: 26/12/1972     | FOI ATENDIDO EM: 22/08/2016 Às    |                          |
|                                    | DATA DA ALTA: 29/08/2016 ÀS 18:06 |                          |

**Diagnóstico Provável:**

1. HEMATOMA EXTRADURAL
2. CONTUSÃO CEREBRAL

CID-10: S06

**Tratamento Realizado:**

DRENAGEM DE HÉDA  
CONTUSÃO - TRATAMENTO CONSERVADOR

**Observação:**

REPOSO DOMICILIAR POR 30 DIAS  
PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO COM HISTÓRIA DE INGESTA ALCOOLICA + ACIDENTE DE MOTO.

**Encaminhado para:**

1. AO AMBULATORÍO DE NEUROCIRURGIA 30 DIAS APOS ALTA
2. RETIRAR PONTOS EM 10 DIAS
3. LAVAR FERIMENTO COM SABONETE NEUTRO E APLICAR ALCOOL A 70%
4. SEGUIR ORIENTAÇÕES FORNECIDAS NA ALTA

Dr. Dhiego Lacerda  
Neurocirurgia  
CRM: 19617

DHYEGO FERREIRA MOREIRA DE LACERDA - CRM: NO.19617

Recife, 29, AGOSTO ,2016

**ATENÇÃO:**

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 64/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400



Carido  
Marcus Sébastião da  
Silva  
Nº 945114

Relato de TCE com HEDA  
e contusões cerebrais  
em 22/8/16

Sendo operado para dre-  
nagem emigral  
evitando com batidas  
serm defint longas

em  
relatado Tomografia com  
trole e parecer ORL

CIO 806  
Recife 7/10/16

Giovanni Grassi  
Neurocirurgia  
CPEMEPE 1089  
Jucy





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 092ª CIRCUNSCRIÇÃO - BONITO - DP92ºCIRC  
DINTER1/14ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 16E0182000909

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/11/2016 às 11:16

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 22/8/2016 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BONITO, 1, PE 103, PROXIMO AO SITIO BANANEIRA DO SUL** - Bairro: **CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSE AILTON DA SILVA ( AUTOR / AGENTE )  
MARCOS SEBASTIAO DA SILVA ( VITIMA )

Policia Civil de Pernambuco  
Diretoria de Polícia Judiciária

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**JOSE AILTON DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE DA SILVA  
Data de Nascimento: 6/8/1972 Naturalidade: GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
**2851897/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão:  
**AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:  
- 081986333213

Endereço Residencial: **RUA TABELIAO HERCILIO VILA NOVA, 34, PROXIMO AO CEARENSE RESTAURANTE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARCOS SEBASTIAO DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MADALENA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: FRANCISCO PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: 26/12/1972 Naturalidade: **BONITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4230081/SSP/PE (RG), 04549299461 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:  
- 081987711014

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BONITO, 1, SITIO BANANEIRA DO SUL, PROXIMO A MARIVALDO, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE AILTON DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE AILTON DA SILVA**

25/11/2016 11:09



oletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/BOEPreview.html

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 Bros** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **GYR8637** (PERNAMBUCO/BONITO) Renavam: **1013912182** Chassi: **9G2KD0550ER111900**  
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

**INFORMAM QUE ESTAVAM TRAFEGANDO COM A REFERIDA MOTOCICLETA QUANDO EM DETERMINADO MOMENTO A VITIMA TENTOU PEGAR UM PERTENCE QUE HAVIA CAIDO E SE DESEQUILIBROU DA MOTO, QUE EM DECORRÊNCIA DISTO A VITIMA VEIO A CAIR E SOFREU ALGUNS FERIMENTOS, QUE NA OCASIÃO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CIDADE DO RECIFE-PE, DIANTE DOS FATOS COMPARECERAM A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA NOTICIAR O OCORRIDO.**

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

*Jose Ailton da Silva*  
**JOSE AILTON DA SILVA**  
(AUTOR \ AGENTE)

*Marcos Sebastiao da Silva*  
**MARCOS SEBASTIAO DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARCELINO DOS SANTOS ALBUQUERQUE** - Matrícula: **319719-0**



**Policia Civil de Pernambuco**  
Diretoria de Polícia Judiciária

de 2

23/11/2016 11:09



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 12/08/2020 09:25:15  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081209251506000000064912344>  
Número do documento: 20081209251506000000064912344

Num. 66160859 - Pág. 8

**CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS  
IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES CONTRATANTES**

CONTRATANTE: Marco Sebastião da Silva, brasileiro, estado civil casado, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 015.920.946-681 e portador da cédula de identidade nº 42.306.81, residente domiciliado(a) ST Bananeiras do Sul, n° 298, bairro de Centro do Monte, CEP 55680-000, na cidade Bonito.

CONTRATADO: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha sala 104, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630 E-mail: [anasantosadv1@gmail.com](mailto:anasantosadv1@gmail.com), onde recebe intimações e/ou notificações judiciais. As partes acima identificadas têm, entre si, justo e certo o presente Contrato de Honorários Advocatícios, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.

**DO OBJETO DO CONTRATO**

Cláusula 1ª. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios na AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT proposta por: \_\_\_\_\_, como também com defesas e requerimentos em geral a serem realizados nesse processo.

**DAS ATIVIDADES**

Cláusula 2ª. As atividades inclusas na prestação de serviço objeto deste instrumento, são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

- a) Praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os especificados no Instrumento Procuratório.

**DOS ATOS PROCESSUAIS**

Cláusula 3ª. Havendo necessidade de contratação de outros profissionais, no decurso do processo, o CONTRATADO elaborará substabelecimento, indicando escritório de seu conhecimento, restando facultado ao CONTRATANTE aceitá-lo ou não. Aceitando, ficará sob a responsabilidade, única e exclusivamente do CONTRATANTE no que concerne aos honorários e atividades a serem exercidas.

**DAS DESPESAS**

Cláusula 4ª. Todas as despesas efetuadas pelo CONTRATADO, ligadas direta ou indiretamente com o processo, incluindo-se photocópias, emolumentos, viagens, custas, entre outros, ficarão a cargo do CONTRATANTE.

Cláusula 5ª. Todas as despesas serão acompanhadas de recibo, devidamente preparado e assinado pelo CONTRATADO.

**DA COBRANÇA**

Cláusula 6ª. As partes acordam que facultará ao CONTRATADO, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

**DOS HONORÁRIOS**

Cláusula 7ª. Fica acordado entre as partes que os honorários a título de prestação de serviço recairá sobre o percentual de 30% sobre o valor recebido pelo contratante.

Parágrafo único: Os pagamentos acima descritos serão garantidos através da emissão de cheques ao portador nos valores e datas acima descritos.

Cláusula 8ª. Caso haja morte ou incapacidade civil do CONTRATADO, seus sucessores ou representante legal receberão os honorários na proporção do trabalho realizado.

Cláusula 9ª. As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários, serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês e multa de 10% sobre o valor a ser pago.

**DA RESCISÃO**

Cláusula 10ª. Agindo o CONTRATANTE de forma dolosa ou culposa em face do CONTRATADO, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas obrigações.

**DO FORO**

Cláusula 11ª. Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do CONTRATO, as partes elegem o foro da comarca de Recife; Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor.

Recife - PE 22 de 05 de 2019

X \_\_\_\_\_  
Contratante

Contratado



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Marcos Sebastião da Silva,  
brasileiro(a), estado civil casado,  
profissão agricultor inscrito no CPF/MF sob o  
nº 05 001 094 61, e portador da cédula de  
identidade nº 42 30 681, residente e  
domiciliado(a) St. Bananeira do Quil,  
nº 398-A, bairro Estreito do Norte  
CEP 55 680-000 na cidade de  
Bonito / PE.

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, 22 de 05 de 2019.

NOME: X



22/05/2019

2a Via de Fatura

## 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

MARIA ROSEANE DA SILVA  
CPF: 099.451.764-55 NIS: 20464683755

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI BANANEIRA DO SUL 398 --A  
SITIO BANANEIRA DO SUL/ESTREITO DO NORTE  
55680-000 BONITO PE

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)

DATA DE VENCIMENTO  
**10/05/2019**TOTAL A PAGAR (R\$)  
**29,88**DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL  
**03/05/2019**DATA DA APRESENTAÇÃO  
**03/05/2019**NÚMERO DA NOTA FISCAL  
**060303447**CONTA CONTRATO  
**007011734299**Nº DO CLIENTE  
**2012295981**Nº DA INSTALAÇÃO  
**0005641879**

## CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS**  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

**E3C4.BCB8.25F7.DE3E.C829.2C76.2E69.5805**

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRÍÇÃO                                | QUANTIDADE | PREÇO      | VALOR (R\$)  |
|--|------------|------------|--------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh                 | 30,00      | 0,18986073 | 5,69         |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  | 63,00      | 0,32547555 | 20,50        |
| Acréscimo Bandeira AMARELA               |            |            | 0,04         |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal         |            |            | 2,87         |
| Multa por atraso-NF 056552722 - 03/04/19 |            |            | 0,44         |
| Juros por atraso-NF 056552722 - 03/04/19 |            |            | 0,14         |
| Atualização IGPM-NF 056552722 - 03/04/19 |            |            | 0,20         |
|  |            |            |              |
|  |            |            |              |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                   |            |            | <b>29,88</b> |

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| ICMS            | PIS | COFINS           |                 |      |                   |                 |      |                  |
|-----------------|-----|------------------|-----------------|------|-------------------|-----------------|------|------------------|
| BASE DE CALCULO | %   | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CALCULO | %    | VALOR DO IMPPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO |
| 0,00            |     | 0,00             | 26,23           | 1,16 | 0,30              | 26,23           | 5,37 | 1,40             |

| Tarifas Aplicadas                       |            | HISTÓRICO DO CONSUMO |
|---|------------|----------------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh                | 0,17746283 | kWh                  |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh | 0,30422200 |                      |
|   |            |                      |
|   |            |                      |
| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO                   |            |                      |
| R\$                                     | %          |                      |
| Geração de Energia                      | 11,38      | 43,38                |
| Transmissão                             | 1,68       | 6,40                 |
| Distribuição (Celpe)                    | 7,86       | 29,97                |
| Encargos Setoriais                      | 1,14       | 4,35                 |
| Tributos                                | 1,70       | 6,48                 |
| Perdas de Energia                       | 2,47       | 9,42                 |
| TOTAL                                   | 26,23      | 100                  |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL       |                |                     |                     |         |           |        |             |  |
|--|----------------|---------------------|---------------------|---------|-----------|--------|-------------|--|
| NÚMERO DO MEDIDOR                                | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR            | ATUAL               | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |  |
| 000000003121006803                               | CAT            | 03/04/2019 5.583,00 | 03/05/2019 5.676,00 | 30      | 1.00000   | 0,00   | 93,00       |  |
| DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/06/2019 |                |                     |                     |         |           |        |             |  |

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES  |          |               |             |            |            |                     |
|--|----------|---------------|-------------|------------|------------|---------------------|
| DESCRIÇÃO  | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL |                     |
|  |          | mar/2019      |             |            |            |                     |
| DIC-No.de horas sem Energia  | BONITO   | 8,23          | 11,45       | 22,90      | 45,80      |                     |
| FIC-No.de vezes sem Energia  |          | 2,00          | 7,67        | 15,34      | 30,69      |                     |
| DMIC-Duração máxima de interrupção contínua  |          | 4,46          | 6,29        | 0,00       | 0,00       |                     |
| DICRI-Duração de interrupção em dia crítico  |          |               |             |            |            | Límite DICRI: 16,60 |
| EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 12,55   |          |               |             |            |            |                     |
| Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo. |          |               |             |            |            |                     |

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no ponto mais perto de você! marcos de souza santos: av dr alberto de oliveira 155 centro / thyago serviços: av doutor alberto de oliveira  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Baixa Tensão e 3,76% para Alta Tensão-REH 2.535/19.  
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 próximo mês  
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.  
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 26,21 .  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

| NÍVEIS DE TENSÃO      |                       |        |
|-----------------------|-----------------------|--------|
| TENSÃO NOMINAL(V)     | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) |        |
|                       | MÍNIMO                | MÁXIMO |
| 220                   | 202                   | 231    |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |                       |        |

## DESTAQUE AQUI

|                                       |                           |                                    |                                 |   |
|---------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---|
| CONTA CONTRATO<br><b>007011734299</b> | MÊS/ANO<br><b>05/2019</b> | TOTAL A PAGAR(R\$)<br><b>29,88</b> | VENCIMENTO<br><b>10/05/2019</b> | TALÃO DE PAGAMENTO<br><br>Evite dobrar, perfurar ou rasurar.<br>Este canhoto será usado em leitora ótica. |
|---------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---|

838200000002 298800110076 011734299104 138927784533



|                       |
|-----------------------|
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |
|-----------------------|

dimento.celpe.com.br/NDP\_DCSRUCES\_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?redirfatura=t... 1/1



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 12/08/2020 09:25:15

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081209251514400000064912343>

Num. 66160858 - Pág. 3

**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 11<sup>a</sup> VARA CIVEL DA COMARCA DA CAPITAL-PERNAMBUCO**

**PROCESSO Nº 0036905-69.2020.8.17.2001 SEÇÃO B**

**MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA, já devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe, que move contra TOKIO MARINE SEGURADORA S/A e Outra, vem à presença de V. Ex<sup>a</sup>, por intermédio de sua advogada adiante assinada, requerer, juntada de comprovante de negativa do pedido do Seguro Dpvat.**

**Nestes termos,  
Pede deferimento.**

**Recife, 12 de Agosto de 2020.**

**CARLA ROCHA LEMOS  
OAB/PE 27.103D**



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 12/08/2020 09:33:10  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081209331018600000064913341>  
Número do documento: 20081209331018600000064913341

Num. 66161956 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180296103

Vítima: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

Data do Acidente: 22/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE AILTON DA SILVA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARCOS SEBASTIAO DA SILVA**

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

Documentação médica-hospitalar

Pag. 00019/00020 - carta\_03 - INVALIDEZ



Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou 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 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.

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

Carta nº 13567189



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 24/06/2019 21:23:22  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1906242123226890000046336540>  
Número do documento: 1906242123226890000046336540

Num. 47054857 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 12/08/2020 09:33:10  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008120933102940000064913348>  
Número do documento: 2008120933102940000064913348

Num. 66161963 - Pág. 1