



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Everton Mariano da Silva Souza, brasileiro solteiro, natural de  
Triunfo, endereço de identidade nº 10.085.570 SRES/PE, inscrito no CPF/MF  
sob o nº 145.991.594-11, residente e domiciliado na cláusula de São Félix  
do Ceará, Pernambuco, PE, CEP: 56.400-000, através  
do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o  
advogado.

**OUTORGADO:** HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro,  
advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, inscrito no CPF/MF sob o nº 041.542.024-56,  
com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-  
000 - PABX: (87) 3846.1036.

**PODERES:** a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula “ad judicia et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-las nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga ao Advogado acima qualificado, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos, receber, dar quitações, levantar e receber alvará, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

Silvreste/PE, 27 de dezembro de 2017.

EVERTON MARIANO DA SILVA SOUZA

OUTORGANTE

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE  
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036  
hmc.advocacia@gmail.com



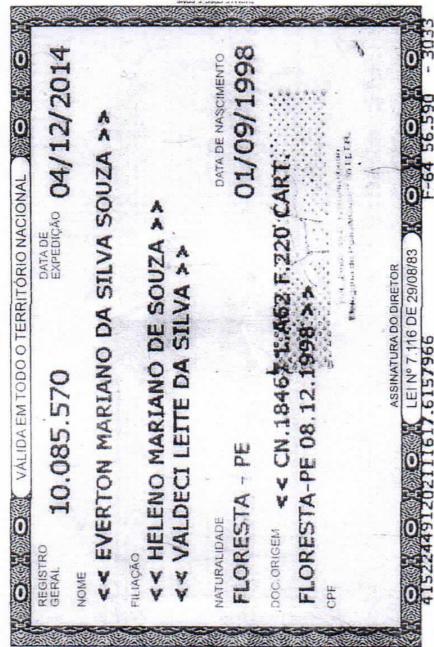
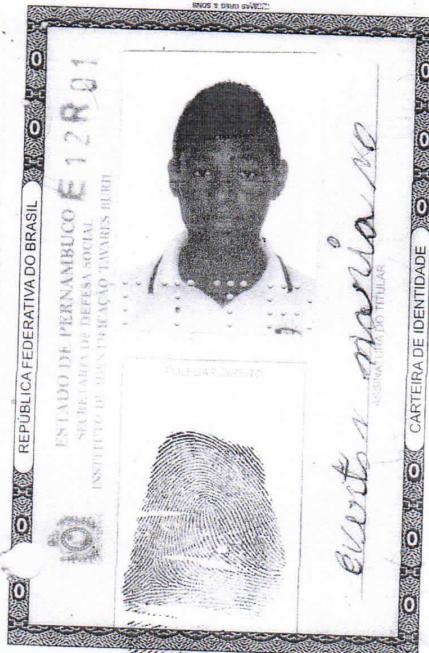
## DECLARAÇÃO

*Everton Mariano da Silva, Sayon, brasileiro solteiro, oficialmente batizado  
do Círculo de Batizado N° 10.085.570 DR/PE, inscrito no Cartório Civil  
ON-145.981.594-11, residindo e domiciliado na Rua de São Luiz,  
Centro II, Petrópolis, CEP: 26400-000*, DECLARO  
que nesse momento não posso arcar com as custas e despesas desse processo, bem como  
honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-  
me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no  
Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da  
Constituição Federal.

*Petrópolis/PE, 27 de Dezembro de 2014.*

*+ EVERTON MARIANO DE SIlVA SOUZA*  
Declarante







CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC.EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA DARIO FERRAZ - NUBL. - 00319 - CENTRO FLORES  
TA PE 56400-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA 70693686 - Jan/2017		
CLÉRIA HARTA DE SOUZA				
R CLOVES JOSE DE SOUZA FERRAZ, N. 06126 - CAETANO II FLORES				
TA PE 56400-000		INSCRIÇÃO: 057.614.014.004-200 GRUPO: 3 PER AUTOATLICO	70693686	
SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL
LIGADO	POTENCIAL			PÚBLICA
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)	
A131118610	26/12/2016	25/01/2017	REAL	

ÁGUA:

LEIT ANT: 499 CONSUMO: 17  
LEIT ATU: 516  
LEIT FAT: 516

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

12/2016	21	TURBIDEZ	NÚMERO DE AMOSTRAS				
			EXIG.	PORT.	ANALISES	ATENDIM.	A LEGIS.
11/2016	24	COR APARENTE	34	34	34	34	34
10/2016	22	CLORO RESIDUAL	34	34	34	34	34
09/2016	18	COLIF. TOTAIS	34	34	34	34	34
08/2016	18	E. COL	34	34	34	34	34
07/2016	18		34	34	34	34	34
MÉDIA:	20						

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA >9% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2)OS PARÂMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ATE 10 M3 - R\$ 37,25 POR UNIDADE	10 M3	37,25
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,27 POR M3	7 M3	29,89

HUITA P/ IMPONTUALIDADE 12/2016

1,70

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO DEDOZO
PIS	67,14	1,65
COFINS	67,14	1,11

VENCIMENTO: 05/02/2017

TOTAL A PAGAR: 68,84

MENSAGEM:

IMÓVEL NÃO POSSUI DEBITOS DE 2016, EXCETO  
SE EXISTER FATHA EM COBRANCA JUDICIAL

VALOR CLIENTE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 187<sup>a</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - FLORESTA - DP187<sup>a</sup>CIRC  
DINTER2/22<sup>a</sup>DESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17E0277000554**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/05/2017** às **13:05**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **5/3/2017** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA MANOEL ALVES DE CARVALHO, 1** - Bairro: **CENTRO** -  
**FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO BNB**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

GENIVALDO FERREIRA TAVARES ( AUTOR \ AGENTE )  
ERICLES IGOR DA SILVA SOUZA ( NOTICIANTE )  
SEVERINA DE FATIMA SANTANA FREIRE ( OUTRO )  
JOSE FRANCISCO ALVES CAVALCANTE ( TESTEMUNHA )  
DOMINGOS SAVIO PEREIRA VALOES ( TESTEMUNHA )  
EVERTON MARIANO DA SILVA SANTOS ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

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

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

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

**EVERTON MARIANO DA SILVA SANTOS** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VALDECI LEITE DA SILVA** Pai: **HELENO MARIANO DE SOUZA** Data de Nascimento: **1/9/1998** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10085570/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **RUA CLOVIS DE SOUZA FERRAZ, 176 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ERICLES IGOR DA SILVA SOUZA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VALDECI LEITE DA SILVA** Pai: **HELENO MARIANO DE SOUZA** Data de Nascimento: **29/10/1996** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10079709/SDS/PE (RG), 14432508485 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87996519421**

Endereço Residencial: **RUA CLOVIS DE SOUZA FERRAZ, 176 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSE FRANCISCO ALVES CAVALCANTE** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARGARIDA ALVES CAVALCANTE** Pai: **JOSE ALVES CAVALCANTE** Data de Nascimento: **26/10/1978** Naturalidade: **SERRA**



**TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 5650072/SSP/PE (RG), 03104128464 (CPF) Estado Civil:  
**CASADO(A)** Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: VIGILANTE Telefones Celulares:  
- 87996349291

Endereço Residencial: RUA QUIRINO CORDEIRO MAGALHAES, 1626 - CEP: 0 - Bairro: AABB - SERRA  
**TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DOMINGOS SAVIO PEREIRA VALOES** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IVANI  
**PEREIRASILVA VALOES** Pai: EMANUEL PEREIRA VALOES Data de Nascimento: 8/8/1978 Naturalidade: SERRA  
**TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 73214729/SSP/PE (RG) Estado Civil: DIVORCIADO(A)  
Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: VENDEDOR(A) Telefones Celulares:  
- 87999304052

Endereço Residencial: BAIRRO SAO CRISTOVAO, 1618, ESTAÇÃO FORRO - CEP: 0 - Bairro: SAO CRISTOVAO -  
**SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**SEVERINA DE FATIMA SANTANA FREIRE** (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: .  
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

**GENIVALDO FERREIRA TAVARES** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: . Data de Nascimento:  
1/1/1900 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BELEM DE SAO FRANCISCO, 141, RUA DOM AUGUSTO D ECARVALHO -  
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BELEM DE SAO FRANCISCO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

**MOTONETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **SEVERINA DE FATIMA SANTANA FREIRE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EVERTON MARIANO DA SILVA SANTOS**  
Categoria/Marca/Modelo: **CICLOMOTOR/SHINERAY/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: Não  
Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **PDM8701** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **LXYXCBL06A0297174**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

**AUTOMOVEL (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **GENIVALDO FERREIRA TAVARES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GENIVALDO FERREIRA TAVARES**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/PALIO** Objeto apreendido: Não  
Cor: **LARANJA** - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **KGO2575** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **652995330** Chassi: **9BD178237T0002517**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE QUE É IRMÃO DA VITIMA CONTOU QUE NA NOITE DO FATO O SEU IRMÃO TRAFEGAVA PILOTANDO A SUA SHINERAY PELA RUA DO SUPERMERCADO COMPARE E FOI ALBARROADO POR UM VEÍCULO DE MARCA FIAT MODELO PALIO DE PLACA KGO 2575, O MOTORISTA FUGIU SEM PRESTAR SOCORRO PARA A VITIMA QUE FICOU CAÍDA NO CHÃO, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR TRANSEUNTES QUE O LEVARAM PARA O HOSPITAL DA CIDADE ONDE ELE FOI ATENDIDO CONFORME CONSTA DO PRONTUARIO DE ATENDIMENTO DAQUELA UNIDADE DE SAÚDE, A VITIMA TEVE FRATURA DE FEMUR E FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SÃO FRANCISCO QUE FICA NA CIDADE DE SERRA TALHADA, ONDE FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃ CIRURGICA E ENCONTRA-SE EM PROCESSO DE RECUPERAÇÃO MAS AINDA SEM CONDIÇÕES DE SE LOCOMOVER.

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

**ERICLES IGOR DA SILVA SOUZA** *[Assinatura]* **(NOTICIANTE)**

**JOSE FRANCISCO ALVES CAVALCANTE** *[Assinatura]* **(TESTEMUNHA)**

**DOMINGOS SAVIO PEREIRA VALOES** *[Assinatura]*



(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **JOSIMAR JOSE DA SILVA** - Matrícula: **350793-9**



## SINISTRO 3170442408 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** EVERTON MARIANO DA SILVA SOUZA

**COBERTURA** Invalidez

**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**BENEFICIÁRIO** EVERTON MARIANO DA SILVA SOUZA

**CPF/CNPJ:** 14599159417

**Posição em 15-09-2017 08:26:53**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 4.725,00

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

18/09/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00
------------	--------------	----------	--------------





PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**FLORESTA**

**ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL DE URGÊNCIA**

16128276602 0001  
ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

NOME

HOSPITAL CEL. ÁLVARO FERRAZ

CÓDIGO

0012378

ENDERECO

RUA ALCINA TORRES DE ARAÚJO

LOCALIDADE

**FLORESTA**

PROFISSÃO

*Gerson Silveira Mariano* SEGUROADO  
DATA DE NASCIMENTO  
01/01/1980

IDADE

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-61)

ESTADO

PE

CEP

56400-000

ENDERECO DO LOCAL DE TRABALHO  
RUA: 1368  
BAIRRO: Centro

LOCALIDADE

ESTADO  
PE  
CEP  
06300-000

SEGURADO 1  NESTE CASO NÃO PREENCHER NOME E IDADE

DEPENDENTE 2  NOME

IDADE

ENDERECO DA RESIDÊNCIA  
RUA: 1368  
BAIRRO: Centro

LOCALIDADE

ESTADO  
PE  
CEP  
06300-000

PROFISSÃO

*Gerson Silveira Mariano* SEGUROADO  
DATA DE NASCIMENTO  
01/01/1980

IDADE

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-61)

ESTADO

PE

CEP

56400-000

ENDERECO DO LOCAL DE TRABALHO  
RUA: 1368  
BAIRRO: Centro

LOCALIDADE

ESTADO  
PE  
CEP  
06300-000

PROFISSÃO

*Gerson Silveira Mariano* SEGUROADO  
DATA DE NASCIMENTO  
01/01/1980

IDADE

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-61)

ESTADO

PE

CEP

56400-000

ENDERECO DO LOCAL DE TRABALHO  
RUA: 1368  
BAIRRO: Centro

LOCALIDADE

ESTADO  
PE  
CEP  
06300-000

PROFISSÃO

*Gerson Silveira Mariano* SEGUROADO  
DATA DE NASCIMENTO  
01/01/1980

IDADE

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-61)

ESTADO

PE

CEP

56400-000

ENDERECO DO LOCAL DE TRABALHO  
RUA: 1368  
BAIRRO: Centro

LOCALIDADE

ESTADO  
PE  
CEP  
06300-000

OBTIDA PELO MÉDICO OU DENTISTA

EXCEPCIONALMENTE

— NÚMERO —

ORGÃO EMITENTE —

DATA DO ATENDIMENTO  
05/03/17

RAPETIÇÃO DO ATENDIMENTO  
SIM 1  NÃO 2  N.º VEZES 000

HORA DO ATENDIMENTO  
10:50

MOTIVO DO ATENDIMENTO

*Acidente Motociclistico Querandino*

*Don Luizinha da Art. 000 - Ferimento*

*Maria*

*Assinatura do paciente ou acompanhante*

*R. Alcina Torres de Araújo*

*Centro*

*PE*

*06300-000*

*09/13*

*CARIMBO CRM Ouro Preto*

*Haroldo Magalhães de Carvalho*

*Med 40582*

*Assinatura do paciente ou acompanhante*

*R. Alcina Torres de Araújo*

*Centro*

*PE*

*06300-000*

*09/13*

*CARIMBO CRM Ouro Preto*

*Haroldo Magalhães de Carvalho*

*Med 40582*

*Assinatura do paciente ou acompanhante*

*R. Alcina Torres de Araújo*

*Centro*

*PE*

*06300-000*

*09/13*

*CARIMBO CRM Ouro Preto*

*Haroldo Magalhães de Carvalho*

*Med 40582*

*Assinatura do paciente ou acompanhante*

*R. Alcina Torres de Araújo*

*Centro*

*PE*

*06300-000*

*09/13*

*CARIMBO CRM Ouro Preto*

*Haroldo Magalhães de Carvalho*

*Med 40582*

*Assinatura do paciente ou acompanhante*

*R. Alcina Torres de Araújo*

*Centro*

*PE*

*06300-000*

*09/13*

*CARIMBO CRM Ouro Preto*

*Haroldo Magalhães de Carvalho*

*Med 40582*

*Assinatura do paciente ou acompanhante*

*R. Alcina Torres de Araújo*

*Centro*

*PE*

*06300-000*

*09/13*

*CARIMBO CRM Ouro Preto*

*Haroldo Magalhães de Carvalho*

*Med 40582*

*Assinatura do paciente ou acompanhante*

*R. Alcina Torres de Araújo*

*Centro*

*PE*

*06300-000*

*09/13*

*CARIMBO CRM Ouro Preto*

*Haroldo Magalhães de Carvalho*

*Med 40582*

*Assinatura do paciente ou acompanhante*

*R. Alcina Torres de Araújo*

*Centro*

*PE*

*06300-000*

*09/13*

*CARIMBO CRM Ouro Preto*

*Haroldo Magalhães de Carvalho*

*Med 40582*

*Assinatura do paciente ou acompanhante*

*R. Alcina Torres de Araújo*

*Centro*

*PE*

*06300-000*

*09/13*

*CARIMBO CRM Ouro Preto*

*Haroldo Magalhães de Carvalho*

*Med 40582*

*Assinatura do paciente ou acompanhante*

*R. Alcina Torres de Araújo*

*Centro*

*PE*

*06300-000*

*09/13*

*CARIMBO CRM Ouro Preto*

*Haroldo Magalhães de Carvalho*

*Med 40582*

*Assinatura do paciente ou acompanhante*

*R. Alcina Torres de Araújo*

*Centro*

*PE*

*06300-000*

*09/13*

*CARIMBO CRM Ouro Preto*

*Haroldo Magalhães de Carvalho*

*Med 40582*

*Assinatura do paciente ou acompanhante*

*R. Alcina Torres de Araújo*

*Centro*

*PE*

*06300-000*

*09/13*

*CARIMBO CRM Ouro Preto*

*Haroldo Magalhães de Carvalho*

*Med 40582*

*Assinatura do paciente ou acompanhante*

*R. Alcina Torres de Araújo*

*Centro*

*PE*

*06300-000*

*09/13*

*CARIMBO CRM Ouro Preto*

*Haroldo Magalhães de Carvalho*

*Med 40582*

*Assinatura do paciente ou acompanhante*

*R. Alcina Torres de Araújo*

*Centro*

*PE*

*06300-000*

*09/13*

*CARIMBO CRM Ouro Preto*

*Haroldo Magalhães de Carvalho*

*Med 40582*

*Assinatura do paciente ou acompanhante*

*R. Alcina Torres de Araújo*

*Centro*

*PE*

*06300-000*

*09/13*

*CARIMBO CRM Ouro Preto*

*Haroldo Magalhães de Carvalho*

*Med 40582*

*Assinatura do paciente ou acompanhante*

*R. Alcina Torres de Araújo*

*Centro*

*PE*

*06300-000*

*09/13*

*CARIMBO CRM Ouro Preto*

*Haroldo Magalhães de Carvalho*

*Med 40582*

*Assinatura do paciente ou acompanhante*

*R. Alcina Torres de Araújo*

*Centro*

*PE*

*06300-000*

*09/13*

*CARIMBO CRM Ouro Preto*

*Haroldo Magalhães de Carvalho*

*Med 40582*

*Assinatura do paciente ou acompanhante*

*R. Alcina Torres de Araújo*

*Centro*

*PE*

*06300-000*

*09/13*

*CARIMBO CRM Ouro Preto*

*Haroldo Magalhães de Carvalho*

*Med 40582*

*Assinatura do paciente ou acompanhante*

*R. Alcina Torres de Araújo*

*Centro*

*PE*

*06300-000*

*09/13*

*CARIMBO CRM Ouro Preto*

*Haroldo Magalhães de Carvalho*

*Med 40582*

*Assinatura do paciente ou acompanhante*

*R. Alcina Torres de Araújo*

*Centro*

*PE*

*06300-000*

*09/13*

Data	Prescrição Médica	Data Horário	Observações
Inicio			
	CETOCRESCATO — OI FA / EV ABD — NOVO / E		
	Dra. Ana Cláudia J.M.		
	ENTRADO CERVAO A CONSULTA DE VERSOS ENCAUZINASU P/ HESIARU S147879		
	Dr. Luizival Rodrigues de Barros Neto Ginecologista e Obstetra Medicina Integrativa Colposcopia e Cito- ulassonografia CREMEPE 12.713		

Todas as anotações feitas, devem ser rubricadas pelo responsável!





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

**Hospital Francisco Anselmo Ltda.**

2 - CNES

2517124

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

**Hospital Francisco Anselmo Ltda.**

2517124

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

RG 1101081557011111

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

3163283716602000003

6 - SIS PRENATAL

SENHA/REGULAGÃO

6 - N° DO PRONTUÁRIO  
37097

9 - NOME DO PACIENTE

Eustônio Manoel da Silva Souza

10 - DATA DE NASCIMENTO  
01/09/1998

11 - SEXO  
Masc.  Fem

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Valdeci Lente da Silva

13 - TELEFONE DE CONTATO  
81 98053565

14 - ENDEREÇO (RUA N° BAIRRO)

R. Cláudia Pereira de Souza, nº 576 Centro

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Flores

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Frax ver ft em frax  
morte.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

PS

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

frax ver ft em frax

22 - CID. 10 PRINCIPAL

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

31 - N.º DO CUMPRIMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Eustônio Manoel da Silva  
CPA 62.722.345

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

35 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - ( ) CNPJ DA SEGURADORA

39 - N.º DO RILHETE

40 - SÉRIE

36 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - ( ) VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO

39 - ( ) DESEMPREGADO

40 - ( ) APOSENTADO

41 - ( ) NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

51 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
(AIH)

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

47 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

MOTIVO DA ALTA: Mellorile

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Urgência

DATA DA INTERNAÇÃO: 16/12/12

DATA DA AUTORIZAÇÃO:



**HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA**

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - AABB - Serra Talhada - PE  
Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 - CEP: 56.912-110  
CNPJ: 41.095.563/0001-98 email: csf184@hotmail.com

**CLÍNICA**registro: 37097Data: 16/03/18**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Juntor menino da S. Souza  
Idade: 52 Sexo: Masculino Cor: Preta Estado Civil: Solteiro  
Profissão: Estudante Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: Brasil

**Endereço:**

Rua: Claves José de Souza nº: 176 Bairro: Cachorro  
Idade: Itaú Estado: PE Fone: \_\_\_\_\_

**Filiação:**

Pai: Helena Menino de Souza  
Mãe: Valdeci Leste de Souza

**ANAMNESE E EXAME FÍSICO**

Frau em ft em Fim  
prur.

**Hipótese Diagnóstica:**

ft de Fim

**Exames Solicitados:**

RX,

Dr. Ebenone A. SIV3  
Ginecologista e Turmologista  
CNPJ: 02.04.15.122  
CPF: 882.723.544-20

**Condições de Alta**

Motivo de Alta

00-00-000



Cirurgia Realizada:	Intervenção		
N.º do Procedimento:			
Data:	Início:	Término:	
21/03/12			
Cirurgião: Silva	1.º Auxiliar:	2.º Auxiliar:	Anestesista: L

Intervenção  
de drenagem da ferida de  
operação de  
drenagem





CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS LTDA  
Rua Joaquim Godoy, 393 - Centro - 56.912-450 - Serra Talhada - PE  
Fone: (87) 3831-8446 - e-mail: cem\_st@hotmail.com  
CNPJ: 23.834.924/0001-99

## ATESTADO

Atesto para os devidos fins que,  
Eugenio Mariano da  
Silva Souza  
Necessita de 60 (sesenta)  
dias de licença para tratamento de saúde, a partir da  
presente data.

CID= S72-1

Serra Talhada, 13/04/12  
Dr. Ebenone A. Silva  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM:15.122  
Médico CRM





Tribunal de Justiça de Pernambuco  
Poder Judiciário  
**Vara Única da Comarca de Floresta**

AV AUDOMAR FERRAZ, 52, Forum Des. Euclides Ferraz, Centro, FLORESTA - PE - CEP: 56400-000  
- F:(87) 38774934

Processo nº **0000059-10.2018.8.17.2620**

AUTOR: EVERTON MARIANO DA SILVA SOUZA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

## **DESPACHO**

I. Defiro a gratuidade de justiça;

II. Deixo de agendar audiência de conciliação uma vez que o cotidiano forense tem demonstrado ser infrutífera a realização de tal ato processual em demandas análogas, em atendimento ao princípio da duração razoável do processo, sem prejuízo de designação posterior de tal ato, caso as partes demonstrem interesse concreto na composição processual;

III. CITE-SE A PARTE RÉ E INTIME-SE PARA APRESENTAÇÃO DE CONTESTAÇÃO NO PRAZO LEGAL;

IV. Após, com ou sem resposta, voltem os autos conclusos.

Floresta, 21 de agosto de 2018.



Assinado eletronicamente por: CAROLINA DE ALMEIDA PONTES DE MIRANDA - 21/08/2018 18:13:46  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18082118134663400000034206420>  
Número do documento: 18082118134663400000034206420

Num. 34675714 - Pág. 1

**Carolina de Almeida Pontes de Miranda**

**JUÍZA SUBSTITUTA**



Assinado eletronicamente por: CAROLINA DE ALMEIDA PONTES DE MIRANDA - 21/08/2018 18:13:46  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18082118134663400000034206420>  
Número do documento: 18082118134663400000034206420

Num. 34675714 - Pág. 2