

F: 984668724
34392947

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Juan José Magalhães de Souza
brasileiro, portador da Cédula de
Identidade sob o nº. 2614736 SSP, inscrito no CPF/MF sob o
nº 509608574-00, residente e domiciliado na Rua
Av. Beberibe, 699 - São Miguel, Recife - PE - CEP

OUTORGADO: **RODRIGO ALVES DIAS**, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE
23.351, **JAIME MARÇAL DANTAS FILHO**, brasileiro, casado, Advogado,
devidamente inscrito na OAB-PE sob o nº. 33.947 todos com endereço
profissional na Rua Helena de Lemos, n. 330, Sala 102, Recife - PE, CEP 50750-
630 e o Acadêmico em Direito e **EDUARDO PORTO DANTAS**, brasileiro, solteiro,
de RG 6.260894 SDS/PE e CPF/MF 111.509.564-10.

PODERES: Pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado
amplios poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-juditia et extra", em
qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito,
as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras,
até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-
lhe ainda, poderes especiais para receber intimação, notificação, confessar, e
conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se
funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar
quitação, como também realizar levantamento de alvará judicial de
pagamento em seu nome, cheques administrativos e realizar
acompanhamento também na esfera administrativa, podendo agir em Juízo ou
fora dele, perante todos entes públicos Municipais, Estaduais e/ou Federais, e
ainda perante quaisquer Instituições financeiras, assim como substabelecer
esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto
ou separadamente com o substabelecido, em fim praticar todos os atos
necessários ao bom e fiel desempenho deste Mandado.

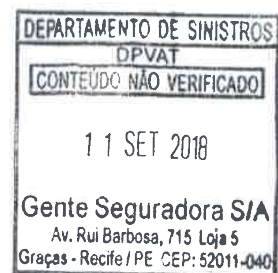
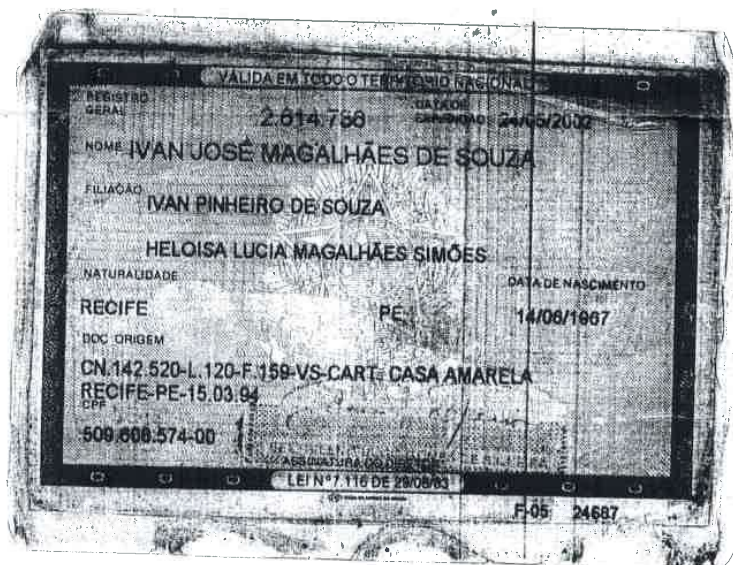
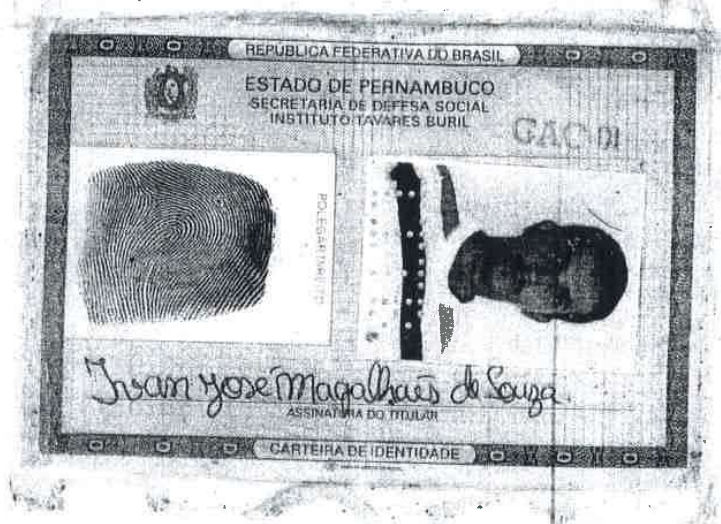
CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

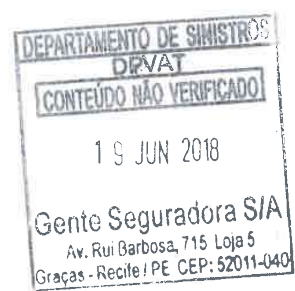
Pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos os contratantes, fica
convencionado que o Outorgante, ora contratante, pagará ao Advogado ora
contratado honorários advocatícios **no percentual de 30% (trinta) por cento**,
sobre quaisquer valores percebidos pelo contratante, seja em complemento
positivo, RPV e/ou Precatório, ou Alvará. Ficando o MM. Juiz autorizado a **reter**
os honorários advocatícios na condenação nos termos estipulados neste
contrato.

Recife, 15 de março de 201 9.

Juan José Magalhães de Souza
AUTOR(A)









NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0006943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SUELY MARIA DE AQUINO LINS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV BEBERIBE 699

CPF 293 525 174-15

ENCRUZILHADA/RECIFE

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofasico

RECIFE PE

52041-430

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
009879207	UNICA	20/03/2018
20/03/2018	2001514264	2910207

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4009323223	03/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA
11/04/2018	19/04/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	94,40

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	110,0000000	0,88359185	75,19
Contribuição Iluminação Pública			15,38
Multa por atraso-NF 002314059 - 19/01/18			2,82
Juros por atraso-NF 002314059 - 19/01/18			0,94
Atualização IGP-M-NF 002314059 - 19/01/18			0,07

TOTAL DA FATURA								94,40
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (KWH)
NU09665	CAT	19-02-2018	25 561,00	20-03-2018	25 671,00	29	1,00000	110,00

DETALHES DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/ano kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
MAR 18 110		ICMS	75,19	25,00	18,79
FEV 18 140		PIS	75,19	0,82	0,61
JAN 18 204		COFINS	75,19	3,91	2,93
DEZ 17 166					
NOV 17 198					
OUT 17 179					
SET 17 196					
AGO 17 216					
JUL 17 187					
JUN 17 253					
MAI 17 254					
ABR 17 241					
MAR 17 256					

09E2 DDEE F6F2 1680 6C7B F1D3 C547 E410

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Na data da leitura e bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagos em atraso geram multa 2% (Art. 4º, Lei nº 10.438/02) e atualização monetária no próximo mês. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pontos de atendimento comercial. Contate o município de dengue, zica e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERMISSÕES					TENSÃO DE TENSÃO	
CONJUNTO	VALOR APLICADO	LIMITE SEMANAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
DIC	SAO BENEDITO	0,00	4,85	9,81	220	202 231
FIC		0,00	3,17	6,35		
DMIC		0,00	2,77	0,00		

Limite DCR: 12,22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 27,24

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
4009323223	03/2018	11/04/2018	94,40

83860000000-0 94400011004-2 00932322310-2 14051565443-0



Não é documento de 2016 e não é autêntico. Esta declaração autêntica, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, em situações de não cumprimento das obrigações (Art. 4º, Lei nº 10.438/02). Esta declaração não é obrigatória de cumprimento das obrigações do consumidor em situações de não cumprimento das obrigações (Art. 4º, Lei nº 10.438/02). Esta declaração não é obrigatória de cumprimento das obrigações do consumidor em situações de não cumprimento das obrigações (Art. 4º, Lei nº 10.438/02).

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DE VAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 JUN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracas - Recife / PE CEP: 52011-040



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 03/04/2019 15:11:44

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040315114436700000042709202>

Número do documento: 19040315114436700000042709202

0219022/18



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS -
DP25ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0115000124**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/01/2018** às **16:08**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **31/1/2018** às **06:20**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 1, PERTO DA FEIRA. - Bairro: PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ANA LUCIA ROCHA (NOTICIANTE)
IVAN JOSE MAGALHAES DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): IVAN JOSE
MAGALHAES DE SOUZA



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

IVAN JOSE MAGALHAES DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: HELOISA LUCIA MAGALHAES SIMOES. Pai: IVAN PINHEIRO DE SOUZA. Data de Nascimento: 14/6/1967
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2614736/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares: **- 984668724**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE OLINDA (BAIRRO), 31, RUA B 31 OURO PRETO COHAB. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

ANA LUCIA ROCHA. (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSE DA SILVA. Pai: MANOEL ROCHA. Data de Nascimento: 23/4/1974 Naturalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4642144/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares:

5/1/2018 16:07



- 984467320

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CABO DE SANTO AGOSTINHO (MUNICIPIO), 196, RUA MANOEL AMARO DA SILVA NUMERO 196 PONTE DOS CARVALHOS, CABO. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **IVAN JOSE MAGALHAES DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA CG 160CC PLACA NUMERO PGY 0322 COR PRETA EM NOME DO DIEGO HENRIQUE ROCHA MAGALHAES DE SOUZA.**

CAMINHAO PLACA NAO VISTA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **CAMINHAO DE PLACA NAO VISTA.**

Complemento / Observação

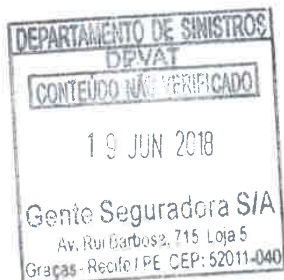
NOTICIA PARA MARIDO DELA IMPOSSIBILITADO DE NESTA DP COMPARECER PELO FATO LESIONADO COM FRATURA NO OMBRO, ESCORIAÇÕES, INCHACOS NAS COSTAS, OMBRO, BRACOS, ROSTO, OLHO, MAXILAR E FATO EM ACIDENTE LOCAL DESCRITO E NAO SABE A PLACA DO CAMINHAO O QUAL PARADO QUANDO ESTE MARIDO IA PASSANDO NA VIA COM MOTO E FOI ATINGIDO ONDE O CONDUTOR DO CAMINHAO DEU MARCHA INICIO DE MANOBRA SEM CAUTELA E NAO VIU PLACA, NEM A COR E MODELO DO CAMINHAO E NEM IDENTIDADE DESTA CONDUTOR E ESTE MARIDO DELA FOI LEVADO PELO SAMU AO HOSPITAL DA RESTAURACAO ONDE FOI ATENDIDO.

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

IVAN JOSE MAGALHAES DE SOUZA
(VITIMA) - *Ivan Jose Magalhães de Souza*

ANA LUCIA ROCHA - *Ana Lucia Rocha*
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: ALBERTO DE AZEVEDO MELO NETO - Matrícula: 449933-9



5/1/2018 16:07





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

NCR
+6
+2
032660029
0219022/18
026620015
ETIQUETA
TC
0206010079
0206010010
0206010044

915198		Data e Hora de Atendimento: 03/01/2018 07:22	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Atendimento Manual:			
Cod. Paciente: 1617864	Paciente: IVAN JOSE MAGALHAES DE SOUZA		
Data de nascimento: 14/06/1967	Idade: 50a 6m 21d	Sexo: MASCULINO	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante:	
DOC ID / Data expedição 2614736 / 24-May-02	Mãe: HELOISA LUCIA MAGALHAES SIMOES	Cartão SUS:	
Pai: IVAN PINHEIRO DE SOUZA			
Endereço: NAO INFORMADO		Numero Complemento:	
Bairro: OURO PRETO		UF: PE Telefone: 34392947	
Cidade: OLINDA			
Ocorrências:			
Motivo do atendimento: ACIDENTE DE TRABALHO / COLISAO VEICULO COM MOTO			
Procedência: VIA URBANA			
Informações do Serviço Social:			
Confirmação de nome:		Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:			
Providências:	Alta ☒ Caso Social ☐		
Encaminhamentos:	Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐		
Outros:			
Observação:	Assistente Social		
História Clínica:			
Cam. Relato do Perder do Conum, Múltiplas Queimaduras toxas, MSD, 4 LG. (15) Pálida por toxico em MSD. Serviço Executado CONTAS MÉDICAS / ATENDIMENTO			
Atendimento Médico			
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐	
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Transporte realizado Por:	
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐	Altura:	
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Quê?			

Exame Físico:

A Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐	Temp:
B: Respiratório			
C Circulatório	PA: X mm	Pulso: bpm	



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 03/04/2019 15:11:44

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040315114436700000042709202>

Número do documento: 19040315114436700000042709202

ETIQUETA

N

D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐		Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora		
Score	Score	Score		
Hora	Hora	Hora		
E: Exposição/Abdômen: #CG				
08h35 Paciente vítima de acidente moto após colidir com um muro. Estava consciente, desmaiou + vômitos. Relata dor em MSD e dor lombar + dor no abdômen + dor no pescoço + dor no peito.				
Diagnóstico Inicial:				Cod. Procedimento
1) Traumatismo / queda moto				
Condição:				Ass. Médica
Ex. físico: bom, consciente, orientado, sem alterações. AR: MMII com HT, SRA. At. aumentada. ACV: RCR, RT, RNF, VS: FC, 64 bpm. AP: semi-globo, suplenível, indurável palp, si. virulosa - pent. Estimulação + traq + MSD. Sem alteração em MSD.				Ass. Médica
Evolução de Enfermagem:				Ass. Enfermagem
2) Reav. CG 3) Torax NCR 4) Av. Traumatismo				
Definição do Caso:				Condição de Alta:
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta				☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito
Internado na Clínica:				
Transferido para:				
Autorização para Alta / Internamento / Transferência:				
Médico: _____ CRM: _____ Data: 3/1/18 Hora: 19:49				
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 nosocômio, 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: 03-Jan-18				

08h35 #CG

Rx torax: ausência pneumotórax + fratura

Rx pulm: si alteração

CD: 1) Alta CG

2) Torax NCR

3) Torax NCR

4) Torax NCR

5) Torax NCR

6) Torax NCR

7) Torax NCR

8) Torax NCR

9) Torax NCR

10) Torax NCR

11) Torax NCR

12) Torax NCR

13) Torax NCR

14) Torax NCR

15) Torax NCR

16) Torax NCR

17) Torax NCR

18) Torax NCR

19) Torax NCR

20) Torax NCR

21) Torax NCR

22) Torax NCR

23) Torax NCR

24) Torax NCR

25) Torax NCR

26) Torax NCR

27) Torax NCR

28) Torax NCR

29) Torax NCR

30) Torax NCR

31) Torax NCR

32) Torax NCR

33) Torax NCR

34) Torax NCR

35) Torax NCR

36) Torax NCR

37) Torax NCR

38) Torax NCR

39) Torax NCR

40) Torax NCR

41) Torax NCR

42) Torax NCR

43) Torax NCR

44) Torax NCR

45) Torax NCR

46) Torax NCR

47) Torax NCR

48) Torax NCR

49) Torax NCR

50) Torax NCR

51) Torax NCR

52) Torax NCR

53) Torax NCR

54) Torax NCR

55) Torax NCR

56) Torax NCR

57) Torax NCR

58) Torax NCR

59) Torax NCR

60) Torax NCR

61) Torax NCR

62) Torax NCR

63) Torax NCR

64) Torax NCR

65) Torax NCR

66) Torax NCR

67) Torax NCR

68) Torax NCR

69) Torax NCR

70) Torax NCR

71) Torax NCR

72) Torax NCR

73) Torax NCR

74) Torax NCR

75) Torax NCR

76) Torax NCR

77) Torax NCR

78) Torax NCR

79) Torax NCR

80) Torax NCR

81) Torax NCR

82) Torax NCR

83) Torax NCR

84) Torax NCR

85) Torax NCR

86) Torax NCR

87) Torax NCR

88) Torax NCR

89) Torax NCR

90) Torax NCR

91) Torax NCR

92) Torax NCR

93) Torax NCR

94) Torax NCR

95) Torax NCR

96) Torax NCR

97) Torax NCR

98) Torax NCR

99) Torax NCR

100) Torax NCR

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

03/01/2018 07:12



Nome Paciente: IVAN JOSE MAGALHAES DE SOUZA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 14/06/1967
Sexo: Masculino
Idade: 50
Senha: U0009
Convênio: -
Atendimento:

03/01/2018 07:12 - CLAUDIA REGINA F DE OLIVEIRA - COREN: 114375 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:

LARANJA

Queixa Principal:

MOTOCICLISTA COLIDIU COM CAMINHAO HA CERCA DE 1H, COM RELATO DE PERDA DE CONSCIENCIA , DOR EM TORAX , SEM EVIDENCIAS DE FXS DE EXTREMIDADES

Observação:

BOMBEIROS
AR 636
SGT PAULO FERREIRA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MAIOR

Discriminador(es):

- MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos:

- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

Handwritten notes:
#NOQ
10 @ Politicame
Painel instal.
Detale da m corpo (aliquando)
te com a uniu. 9 dias.
00. @ @ @ @
@ R coluna dorsal

Stamp:
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENADOR DE ADMINISTRAÇÃO
19 JUL 2018
Gente Seguros S/A
Av. Ruy Barbosa, 15 - Lapa
02224-000 - SP - CEP: 02211-000

Acolhido(a) por: CLAUDIA REGINA F DE OLIVEIRA
Data: 03/01/2018 07:12

Signature: Dr. Dhyego Lacerda
Neurocirurgia
19617



03/01/18
08:15

NCR
Hq: TIE / Palitram
Paciente atual
e internado em

4 (P: 15)

TAC Gyneco: Sem lesões NCR
TAC Uterus: Sem lesões NCR

cy: Alta NCR
A - transito / C.G.

03/04/13

08:00

ins: F. L. M. e S. M. M.
NINCH
cri: for do m3no
NINCH

Jaime Ferreira
13098 / SBCO
RM 1741



03/01/18 19:20 ± base

Paciente vítima de queda de moto apresentando
lesão no membro D; Rx e TC de ombro evidenciando
fratura de corpo da escápula sem, dgo, extra-
articular, neuromuscular preservado, sem lesões de
guia. Lesão patológica discutida com Dr. Fagundes
e Dr. Porto por fratura comminada + acalça

Dr. Kiyoshi Gomes Nemoto
Médico Traumatologista
CRM 111.121



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1617864 / 915198

Nome : Juan pz Magalhães de Souza

Foi atendido às 01:22 hs. do dia 3 / 1 / 18

Diagnóstico Provável : Cranius de escapula

08/01/18
Cristina Filizola
Médica Coordenadora
CRM 7923

Tratamento Realizado : Encaminhado

Imobilização + curativo ambulatorial
de ombro com 15 dias

Alta Hospitalar 3/1/18

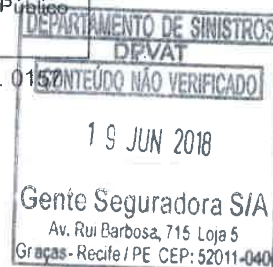
Observação : Exatidão do atestado: 15 dias
por 30 dias

Cópia de : _____

Médico - CRM Nº _____

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.

Cód. 015





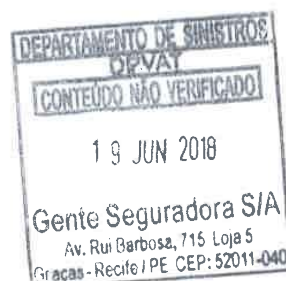
Declaro que o paciente:
João José Magalhães de Souza
foi avaliado clinicamente.
Não apresentando complicações
odontológicas adversas.
Queixa-se de prurito na
região superior direita da
face. Obtida como consequência
do trauma nesta região após
acidente.

Atenciosamente
06/06/18 Mônica Gondim

Mônica L. Gondim
CRO-PE: 7264
Cirurgiã - Dentista
Endodontista

Tel.: (81) 3028 4833

Rua Dr. José Carneiro, 333
Tamarineira - Recife - PE - CEP: 52051-000





centro oftalmológico de pernambuco

Consultas – Exames Computadorizados – Cirurgias – Lentes de contatos – Ortóptica

LAUDO OFTALMOLÓGICO

O exame Oftalmológico do Srº(a) Ran dos Anjos Magalhães de Souza

Portador do RG Nº 2614736 9DS-PE, apresenta Acuidade Visual em ambos os olhos.

Acuidade Visual sem Correção: OD 20/100 ; OG 20/200

Acuidade Visual com Correção: 20/20 ambos os olhos SI.

Biomicroscopia: sem anormalidades.

Fundoscopia: NOG, CP 0.5x0.3 MD, vasos e macula sem anormalidades.

Teste de Motilidade Ocular: normal e preservado

Campimetria: não realizada

Retinografia: não realizada

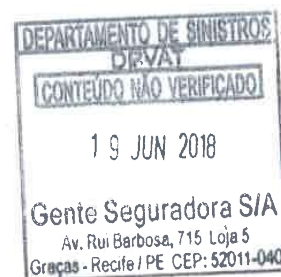
Topografia De Córnea: não realizada

Tonometria: 12 e 13 MMHG. em NO h.

Senso Cromático: normal e preservado

Conclusão: H52.0 + H52.4

Recife, 05 de Junho de 201 8.



COPE Imperatriz
Fone: 3222.3220

COPE Boa Vista
Fone: 3081.5999

COPE Olinda
Fone: 3493.0931

COPE Camaragibe
Fone: 3090.9003



SINISTRO 3180550171 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA IVAN JOSE MAGALHAES DE SOUZA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO IVAN JOSE MAGALHAES DE SOUZA
CPF/CNPJ: 50960857400
Posição em 21-02-2019 21:37:11.

Seu pedido de indenização foi NEGADO. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

