

SIDNEY FERNANDO DOS SANTOS

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF
6368156 BDS PE

CPF
058.453.364-06

DATA NASCIMENTO
06/09/1987

RUÇÃO
GIVANILDO FERNANDO
DOS SANTOS
NATALIA FERREIRA DOS
SANTOS

PERMISSÃO
ACC
CAT HAB
AS

1ª REGISTRO
04015183976

VALIDADE
18/10/2019

1ª HABILITAÇÃO
09/01/2007

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Sidney Fernando dos Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
17/12/2013

ASSINATURA DO EMISSOR
86684017614
PE056085427

88166687

SERVIÇO NOTARIAL FRANCISCO GOMES J. F. OFÍCIO DE NOTAS DE OLINDA-PE

CERTIFICO QUE A PRESENTE CÓPIA É A REPRESENTAÇÃO FIEL DO ORIGINAL QUE ME FOI EXIBIDO. DOU FÉ.

OLINDA, 21/12/2016 12:22:32 ANTONIO LEITE LOUREIRO NEVES

SELO: 0077651.LSR11201602.00250

EMI R\$ 3,10 T.S.N.R. R\$ 0,62 TOTAL R\$ 3,72

Consulte a autenticidade do selo em www.tjpejus.br/selodigital





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.836.832/0001-08 | Ins. Est. 0055843-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA CRISTINA XAVIER

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FE OLIVEIRA 101 JUNTO AO 723

CPF: 625.278.164-49

STA TEREZINHA KETIFE
RECIFE PE
52080-130

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MESIANO
7022085188	04/2019
DATA DE VENCIMENTO	CICLO PRESTADO PRECATORIA
26/04/2019	10/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	59,82

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSION
057834604	UNICA	10/04/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
10/04/2019	2014944405	3213292

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	76,0000000	0,7733886	58,71
ICMS Subvenção COE-NF 050077422-11/02/18			1,05

TOTAL DA FATURA

59,82

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO							
Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Leitura	Nº de Dias	Constante	Consumo (kWh)
3152 0275	CAT	13-03-2019	10-04-2019	7.807,00	28	1,0000	76,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Item	Valor (R\$)	%	Consumo (kWh)
GERAÇÃO DE ENERGIA	R\$ 17,75	30,17%	
TRANSMISSÃO	R\$ 2,85	4,90%	
DISTRIBUIÇÃO (CABOS)	R\$ 12,26	20,80%	
PERDAS DE ENERGIA	R\$ 3,86	6,57%	
ENCARGOS SOCIAIS	R\$ 3,16	5,36%	
IMPOSTOS	R\$ 18,11	30,22%	
Total	R\$ 58,71	100%	76,00

Item	Valor (R\$)	%	Consumo (kWh)
ICMS	58,71	100%	76,00
PIS	58,71	100%	76,00
COFINS	58,71	100%	76,00

Consumo Ativo (kWh) 0,2156000

0225 B388 DA86 0600 8954 4F7F 41B7 42EB

Para a no período mais perto de você, dentro do prazo de validade de 12 meses, a partir da data de emissão da fatura, a tarifa social de energia elétrica será aplicada. A tarifa social de energia elétrica é uma tarifa especial, destinada a atender às necessidades das famílias de baixa renda, e é aplicada sobre o consumo de energia elétrica residencial. A tarifa social de energia elétrica é aplicada sobre o consumo de energia elétrica residencial, e não sobre o consumo de energia elétrica comercial ou industrial. A tarifa social de energia elétrica é aplicada sobre o consumo de energia elétrica residencial, e não sobre o consumo de energia elétrica comercial ou industrial. A tarifa social de energia elétrica é aplicada sobre o consumo de energia elétrica residencial, e não sobre o consumo de energia elétrica comercial ou industrial.

ATENÇÃO: A FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA DEVE SER PAGADA ATÉ O DIA 25 DE CADA MÊS, SOB PENALIDADE DE CORTES NA ENTREGA DE ENERGIA ELÉTRICA.			
Vencido	Valor	Vencido	Valor
25/03/19	151,31	25/03/19	151,31

Este comunicado NÃO substitui a fatura de energia elétrica e a fatura de energia elétrica deve ser paga até o dia 25 de cada mês, sob pena de cortes na entrega de energia elétrica. Este comunicado NÃO substitui a fatura de energia elétrica e a fatura de energia elétrica deve ser paga até o dia 25 de cada mês, sob pena de cortes na entrega de energia elétrica. Este comunicado NÃO substitui a fatura de energia elétrica e a fatura de energia elétrica deve ser paga até o dia 25 de cada mês, sob pena de cortes na entrega de energia elétrica.

TENSÃO NOMINAL (V)			
CONJUNTO	VALOR APROVADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL
DIC	2,7	4,0	9,0
PEC	1,0	3,1	8,2
COMC	2,7	2,7	0,0

Limite DIC: 12,27 BND: Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 20,22

CONTA CONTRATO	MESIANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7022085188	04/2019	26/04/2019	59,82

83860000000-0 59820011007-4 02298518810-4 13883056083-5



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE/CONTRATANTE: Sidney Fernando dos Santos

brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: auto boy

portador da cédula de identidade sob o RG de n.º 6.368.156 - SAS-PE, inscrito no

CPF/MF sob o n.º 058.453.364 - 06, residente e domiciliado

Rua PE Oliveira, n.º 101,

bairro: ALTO Santo Teresinha na Cidade de Recife,

Estado de Pernambuco.

OUTORGADO/CONTRATADO: **ABRAÃO FIRMINO DO NASCIMENTO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 39.668, com endereço profissional na Rua Arquiteto Luiz Nunes, 741, imbiribeira, Recife-PE.

PODERES

O outorgante outorga ao outorgado amplos e gerais poderes de representação para o exercício do procuratório judicial e extrajudicial, atinentes a cláusula *ad judicium et extra*, especialmente visando defender direitos do outorgante, podendo ainda propor ação, requerer justiça gratuita, variar de ações, receber intimações, desistir, **negociar e transigir**, confessar, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber e levantar e quitar alvará judicial, firmar compromisso, produzir provas, enfim, todos os atos necessários que visem à boa e fiel desincumbência dos deveres e prerrogativas advocatícias de defesa dos direitos e interesses jurídicos do outorgante, para o que são conferidos todos os poderes, ainda que aqui não declarados expressamente, inclusive substabelecer, com ou sem reservas de poderes. Ratifica ainda a procuração anteriormente outorgada e já juntada aos autos.

SIDNEY FERNANDO DOS SANTOS
OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS

A **OUTORGANTE/CONTRATANTE** pagará, a título de honorários advocatícios contratados, ao outorgado/contratado 30% (trinta por cento) do valor bruto em real (R\$) que receberá em decorrência do processo distribuído e patrocinado pelo contratado, seja em caso de condenação, seja em caso de acordo. O outorgante/contratante autoriza ainda que a secretaria do Juízo retenha em favor do outorgado/contratado os 30% (trinta por cento) acordado, quantia esta que poderá ser liberada através de alvará em favor do outorgado. Os honorários aqui contratados independem dos honorários de sucumbências.

Recife, 20 de MAIO de 2019.

SIDNEY FERNANDO DOS SANTOS
CONTRATANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Sidney Fernando dos Santos, brasileiro, solteiro,
portador da cédula de identidade sob o RG de n.º 6.368.156 - SS-PE, inscrito no
CPF/MF sob o n.º 058.453.364 - 06, residente e domiciliado
Rua PE Oliveira, n.º 101, no Bairro de
Ató São Peregrino na Cidade de Recife, Estado de
PE, DECLARO, nos termos da Lei n.º 1.060/50, para
todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção
jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes
à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família,
necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

Recife/PE, 20 de MAIO de 14.

SIDNEY FERNANDO DOS SANTOS
DECLARANTE





GOVERNO DE PERNAMBUCO
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA PELA INTERNET

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **1610319156213**

Registro de ocorrência realizado via Internet, através da Delegacia Pela Internet de Pernambuco no dia
15/12/2016 às 14:31

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **07/12/2016 às 10:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOMINGOS FERREIRA , 0 - Bairro: BOA VIAGEM - Município: RECIFE - Estado: PERNAMBUCO**
Local do fato: **RESTAURANTE**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SIDNEY FERNANDO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO : (OUTROS MOTIVOS) , que estava sendo utilizado(a) pelo(a) Sr(a): SIDNEY FERNANDO DOS SANTOS

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

(VITIMA) - SIDNEY FERNANDO DOS SANTOS; Sexo: **Masculino** ; Mãe: **NATALIA FERREIRA DOS SANTOS**; Pai: **GIVANILDO FERNANDO DOS SANTOS**; Data de Nascimento: **06/09/1987**; Naturalidade: **BRASILEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL**; Documentos: **6368156 (RG) , 058.453.364-06 (CPF)** ; Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO** ; Telefone de Contato: **NÃO INFORMADO** ; Telefone Celular: **(81)98591-1103**; Endereço Residencial : **RUA PADRE OLIVEIRA , ; 52080-130; ALTO JOSE DO PINHO; RECIFE; PERNAMBUCO; BRASIL**

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

VEICULO (**VEICULO**) que é de propriedade do(a) Sr(a): **SIDNEY FERNANDO DOS SANTOS**
Categoria: **MOTOCICLETA**; Marca do Objeto: **YAMAHA**; Modelo do Objeto: **FACTOR** ; Placa: **PGO6432**; Cor do Objeto: **VERMELHA**; Quantidade: **1 (UNIDADE)** ; Valor Unitário: **7.000,00 (REAL)**

Complemento / Observação

VEICULO TERCEIRO, SAINDO DE ENESTO DE PAULA SANTOS, QUANDO O VEICULO SEGURADO, VINHA DA DOMINGOS FERREIRA E AVANÇOU O SINAL COLIDINDO COM O VEICULO TERCEIRO

"Válida como certidão, mediante consulta no site oficial da Delegacia Pela Internet/SDS, no endereço eletrônico: [servicos.sds.pe.gov.br/delegacia](https://pje.type.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052908222218700000045169261) , de acordo com o Decreto nº 26.102, 06 de novembro de 2003."



Boletim de Ocorrência analisado e liberado pelo policial: **CESAR SALSA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE** - Matrícula: **319691-7**

Delegacia pela Internet: A delegacia a serviço do cidadão.





POR VOCÊ TRABALHANDO SEM PARAR.



**SAMU
192**

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 092.12.2016
EM: 26.12.2016

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **SIDNEY FERNANDO DOS SANTOS**, portador do Documento de Identidade nº **6368156** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **058.453.364-06**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-265382**, que no dia 07 de dezembro de 2016, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 10h45, na Avenida Eng. Domingos Ferreira, imediações ao Restaurante Dom Ferreiro, Boa Viagem, Recife/PE e, em seguida, sendo encaminhado para UPA Imbiribêira. Recife, 26 de dezembro de 2016.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa
Dr. **Sérgio Parente Costa**
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife





CÓPIA AUTÊNTICA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 265 / 2017



REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 007A. CIRCUNSCRICAO - BOA VIAGEM
Ofício nº. 1112 / 2017 Data 4 / 1 / 2017
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 007A. CIRCUNSCRICAO - BOA VIAGEM

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 09:48 do dia 4 de Janeiro de 2017, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **SIDNEY FERNANDO DOS SANTOS** filho(a) de **GIVANILDO FERNANDO DOS SANTOS** e de **NATALIA FERREIRA DOS SANTOS**, de cor **Parda**, sexo **Masculino**, cabelo **Liso**, estado civil **NÃO INFORMADO**, aparentando a idade de **29 Anos**, peso **Normal**, de estatura **Média**, natural de **RECIFE - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 6368156**, profissão **NÃO INFORMADO**, endereço **RUA PADRE OLIVEIRA, nº 101, complemento: NÃO INFORMADO, bairro ALTO JOSE DO PINHO, telefone/s NÃO INFORMADO, RECIFE - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Refere que sofreu acidente de moto no dia 07.12.2016. Foi socorrido para UPA do Ibura e transferido para a Policlínica Campina do barreto de onde traz declaração datada de 16.12.2017 e assinada pelo Dr. Cléber Maciel, CRM 16671, que diz: "Declaro que o Sr. Sidney foi atendido vítima de acidente de motocicleta no dia 07.12.2016 resultando luxação acrômio clavicular esquerda. CID S 43.1"

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Periciando usando tipoia em membro superior esquerdo. Edema na região do ombro esquerdo.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias. Aguardo exame complementar ao término da fisioterapia.

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Aguardar exame complementar.

Página 1 de 2

CÓPIA AUTÊNTICA

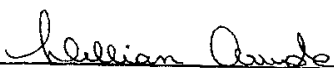




GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^(a). LILLIAN CHRISTYNE DE OLIVEIRA ARRUDA
- CRM 9331.


Perito responsável

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Departamento de Perícia
De acordo com a transcrição em vigor, foi extraída esta cópia
autêntica por meio da original por solicitação
de SIDNEY FERNANDO

DOS SANTOS Pelo Ofício Nº 179
10/02/19 Datado de
A que dou fé e Assino.
Fundador - Matrícula

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PERSIVO CUNHA
ESTADO DE PERNAMBUCO

Fábio Farias Alvim
Assistente em Gestão Pública
Matrícula nº 263.378-7



Paciente: 0000452529 SIDNEY FERNANDO DOS SANTOS
Nascimento: 06/09/1987 29 Anos 3 Meses 13 Dias Sexo:
Atendimento: 00901091 Data Atendimento: 07/12/2016 11:04

Boletim de Pronto Atendimento de Emergência e Urgência

Queixa Principal / História

TRAZIDO PELO SAMU COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 40 MINUTOS. REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO.

Antecedentes

SIM NÃO
DM: ☐ ☒

HAS: ☐ ☒

Medicamentos: ☐ ☒

Alergia: ☐ ☒

Exame Físico

EG Bom	Orientado e Conversando	Consciente	Hidratado
Nutrido	Corado	Acianótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

	Não Examinado	Normal	Alterada	Observação
ACV:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
AR:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
AD:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
SN:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
SGU:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ORL:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pele:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

AP. Locomotor:

☐ EDEMA ☒ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA

Outros: SEM FERIMENTOS

Aferições

PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O2
		18					

Recife, 19 de Dezembro de 2016

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
RATIFICO A VERACIDADE DESSA CÓPIA DO PRONTO ATENDIMENTO
MÉDICO ELETRÔNICO
Dr. Marcelo Silveira
Coordenadora Médico - CREMPE 2.220

Médico: KID NELIO SOUZA DE MELO

CRM: 19413

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs

Prescrição.: 1243785 Data: 07/12/2016 11:09
Usuário.....: KIDNSM
Atendimento: 901091 Dt Nasc: 06/09/1987 (29a 3m 14d)
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Paciente.....: 452529 - SIDNEY FERNANDO DOS SANTOS
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 07/12/2016 11:04 0 Dias(s) int
Médico.....: KID NELIO SOUZA DE MELO - CRM 19413
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: ATENDIMENTO-SPA Leito.: Cobertura:
Cid.....: S400 CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO Cido.: /
Diagnóstico:
Protocolo..
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Datas/Horários
1 RX ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL ESQUERDA A.P. / PERFIL / AXIAL ; Exame: 235463	1					
2 RX BRAÇO ESQUERDO A.P. / PERFIL ; Exame: 235463	1					
3 RX CLAVÍCULA ESQUERDA A.P. ; Exame: 235463	1					
4 RX TORNOZELO DIREITO A.P. / PERFIL ; Exame: 235463	1					

UPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
RATIFICACAO A VERACIDADE DESSA COPIA DO PRONTUÁRIO
MÉDICO ELETRÔNICO
Dr. Marcelle Silveira
Coordenadora Médica - CREMESP 2.226

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1243793 Data: 07/12/2016 11:24
Usuário.: KIDNSM
Atendimento: 901091 Dt Nasc: 06/09/1987 (29a 3m 14d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 452529 - SIDNEY FERNANDO DOS SANTOS
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 07/12/2016 11:04 0 Dias(s) int
Médico.: KID NELIO SOUZA DE MELO - CRM 19413
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: ATENDIMENTO-SPA Leito.: Cobertura:
Cid.: S400 CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO Cido.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
5 C.C. DIPIRONA SODICA SOL.INJ. 1G - 2ML	1	AMP		IV	Agora	
-> ESCALPE N. 21	1	UN				
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
-> AGUA BIDESTILADA SOL.INJ. 10ML	1	AMP				
-> SERINGA DESCARTAVEL 10 CC S/ AGULHA	1	UN				
6 C.C. TRAMADOL CLORIDRATO SOL.INJ. 100MG/2ML	1	AMP		IV	Agora	
-> ESCALPE N. 21	1	UN				
-> CLORETO DE SODIO SOL.INJ. 0,9%-100ML	1	FA C/100ML				
(FRESENIUS/BAXTER/BBRUM)						
-> EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL	1	UN				
-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA	1	UN				
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7 C.C. TIPOIA G	1					
-> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS	2	UN				

UPA IMBIRIBEIRA
RATIFICO A VERACIDADE DESSA CÓPIA DO PRONTUÁRIO
MÉDICO ELETRÔNICO
Dx. Marcello Silveira
Coordenadora Médico - CREMEPE 2.22C

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Registro Nº 27738 Hora: 21:14 Recepcionista [assinatura]
Unidade de Saúde: 1097 Distrito Sanitário: II Data: 27/05/16

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome: <u>Silviny Fernando dos Santos</u>			
Data de Nascimento: <u>21/07/87</u>	Sexo: <u>M - Masc. () F - Fem. () I - Ignorado</u>	Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input checked="" type="checkbox"/> 3-Parda <input type="checkbox"/> 4-Amarela <input type="checkbox"/> 5-Indígena	
Estado Civil:	Escolaridade:	Profissão:	
Nome da Mãe: <u>Protonia F. dos Santos</u>			
Endereço: <u>R. Padre Oliveira</u>	Número: <u>123</u>	Complemento:	CEP:
Bairro: <u>P. do Pinho</u>	Município:	UF: <u>PE</u>	
Acompanhante: <u>[assinatura]</u>			
Procedência:		Meio de Transporte:	
HDA: <u>Paciente com história recente de trauma por acidente no trabalho. Trauma com fraturas de dor e limitação de movimento.</u>			
Vacinas atualizadas Sim () Não () Não trouxe o cartão ()			

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO				
Veículo: Automóvel () Ônibus () Moto () Outro () Qual?	Ignorado ()			
Fator de proteção: Cinto / Capacete Sim () Não ()	Ignorado ()			
Modo: Atropelamento () Colisão () Capotagem () Outro () Qual?	Ignorado ()			
Indo / Voltando do trabalho: Sim () Não ()	Ignorado ()			

ACIDENTE DE TRABALHO	
Origem: Const. Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Outro () Qual?	Ignorado ()
Local de Trabalho: Órgão: Endereço:	

OUTRO TIPO DE ACIDENTE	
Intoxicação Acidental () Queda Acidental () Afogamento () Queimaduras () Choque Elétrico ()	
Outro () Qual?	Ignorado ()

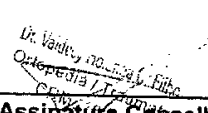
AGRESSÃO	
Por: Arma de Fogo () Arma Branca () Espancamento () Outro () Qual?	Ignorado ()
Modo: Assalto () Briga () Ação Policial () Agressão Sexual () Outro () Qual?	Ignorado ()

AUTO AGRESSÃO () / SUICÍDIO ()	
Por: Arma de Fogo () Enforcamento () Drogas () Queda do Nível () Outro () Qual?	Ignorado ()

LOCAL DA OCORRÊNCIA	
Via Pública () Domicílio () Ambiente de Trabalho () Escola () Outro () Qual?	Ignorado ()
Observações:	

Exame Físico:	
A: Geral	Peso: Estatura: Temp: °C
B: Respiratório	



C: Cardiovascular	Pulso	bpm	PA:	mmhg
D: Exame Neurológico:				
E: Abdomen				
Diagnóstico Inicial:				
Exames Solicitados:				
Rx OMISIO @ AP/PA				
Tratamento / Procedimentos:				
<p><i>Proprietário clamping</i></p> <p><i>Rx Curativos de acordo com o plano</i></p> <p><i>CDP 11/20/12</i></p> <p><i>AO AMBULATÓRIO</i></p> <p><i>Atend. 15 dias</i></p>				
Data: ____/____/____		 Assinatura Conselho N°		

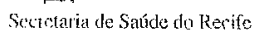
Diagnóstico Definitivo:			
<input checked="" type="checkbox"/> Alta / Melhorado	<input type="checkbox"/> Internamento	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Óbito
Transferido para:			
Médico:	CRM:	Data:	Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se for necessários.

Data: ____/____/____ Nome Completo Legível _____





Rua Levatú s/nº - Campinas do Barreto



Nome: _____

Registro Nº _____ Cartão SUS Nº _____

L. B. M. J. W.

Pela p. 5. 5 day
Fim do da 5. ta p. 1. a
e o da te - atch. de 10 da
07/11/16 m. l. t. do - l. x. o. g. i.
c. a. s. a. d. a. e. E.
(10. 545.)

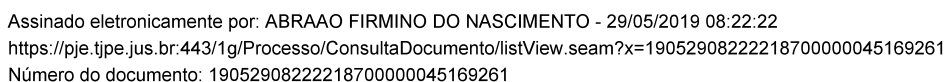
Now given a d.s.

to show gl. d.h. holds.

Date: 16, 12, 16

Dr. Cláudio Maciel
Traumatologia - Ortopedia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM 15671
Assinatura - Conselho nº

Assinatura - Conselho nº



AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
 AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
 TRANSFERIR O REGISTRO DESTES VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ 3.000,00
 NOME DO COMPRADOR: SIDNEY FERNANDO DOS SANTOS

RG: 6568126 Nº CPF/CNPJ: 58453364-06

ENDEREÇO: RUA PADRE ELIDEIR, 101 ALTO

JOSE DO PRATO, RECIFE Nº 52 080-13

LOCAL E DATA: OLINDA 19 DEZEMBRO 2016

Carla Cavalcanti da Silva
 ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas consequências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código do Trânsito Brasileiro - CTB).

b) O comprador tem o prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).

c) É de conhecimento do reconhecimento da firma do vendedor, exclusivamente na modalidade por autenticidade.

DE ACORDO: SIDNEY FERNANDO DOS SANTOS
 ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
 CONFORME ART. 206 DO CTB
 NOME DO PROPRIETÁRIO: CARLA CAVALCANTI DA SILVA
 Nº do Documento: 0077651.XM11201601.01154
 Nº do Documento: 0077651.XM11201601.01154
 Nº do Documento: 0077651.XM11201601.01154

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE:
CARLA CAVALCANTI DA SILVA, SIDNEY FERNANDO DOS SANTOS
0077651.XM11201601.01154, 0077651.XM11201601.01154
 AUTORIZADO: WILSON LUIZ LOUREIRO NETO
 OLINDA, 22/12/2016 16:32:35 EX. R\$ 7,26 T.S.M.R. R\$ 1,46 TOTAL R\$ 8,72

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 010336013369

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA: 586812633 COD. RENAVAM: 586812633 RNTR: 586812633

NOME DO PROPRIETÁRIO: CARLA CAVALCANTI DA SILVA

RUA: RUA BODOCONGO 5

ALTO: ALTO J. BONIFACIO

RECIFE-PE 52080-260

CITADANIA: 068.883.434-77 PIS/PASEP: PG06432

NOME ANTERIOR: DISNOVE MOTOS LTDA

PLACA ANTERIOR: 9C6KE1950E0018692

ESPÉCIE DE VEÍCULO: FAS /MOTOCICLETA/ COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MAHCA/MODELO: YAMAHA/YBR125 FACTOR K1 ANO FABR: 2013 ANO MOD: 2014

CAP/MOT/CIL: 2P/124CL CATEGORIA: PARTIC COR: VERMELHA

20191099 OUS. HUAÇONIS

AL. FID. BANCO ITAUCARD 3A

Manoel Osmar da Silva Junior

LOCAL: RECIFE-PE DATA: 29/10/13

Henio Auxiliadora Gomes Santos
 Diretor Presidente DETRAN/PE

