

MALHEIROS

ADVOGADOS

Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551 – Sala 01 - Piedade – Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010
Fone/Fax: (81) 3204.4039 / (81) 99543-4554
E-mail: renatomalheiros@outlook.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Maria Cristina de Souza
Brasileiro Solteira
Desempregada, portador(a) do RG nº 3.640.774
SOS PE, inscrito(a) no CPF sob o nº 685.875.384-20
residente e domiciliado(a) à Rua Rua da Viarão
46, Nossa Senhora do Ó - Populá - PE
CEP: 55590-000.

OUTORGADO: RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB-PE sob o número 31.915, domiciliado na cidade do Recife-PE e estabelecido na Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551, Sala 01 – Piedade – Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010.

PODERES: Plenos para o foro em geral, de acordo com os poderes das cláusulas "AD et EXTRA JUDITIA" implícitas no Art. 38 do Código de Processo Civil, podendo o Outorgado, acompanhar quaisquer inquéritos, ações ou recursos até a sentença final, especiais para acordar, discordar, desistir, impugnar, comprometer; transigir receber alvarás, representar o OUTORGANTE perante quaisquer Entidades Públicas ou Privadas, enfim, tudo o que for necessário para suprir as necessidades de defesa dos interesses do OUTORGANTE, inclusive substabelecer com ou sem reservas de direitos e, especificamente neste ato, para propor ação na Justiça Comum.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Cláusula Única - Pelo presente Contrato particular de prestação de serviços, o OUTORGANTE infra-assinado se compromete a pagar aos OUTORGADOS, honorários advocatícios na ordem de 30% (trinta por cento) sobre o total de todos os proventos advindos do processo patrocinado quer seja no total da condenação ou mediante conciliação, sendo esta última hipótese vedada sem a anuência dos OUTORGADOS, que se obrigam a prestar seus serviços profissionais; ficando de logo esta MM Vara autorizada a reter o referido percentual, independente dos de sucumbência.

Recife, 28 de Maio de 2019

Maria Cristina de Souza
NOME DO OUTORGANTE

Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551 – Sala 01 - Piedade – Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010
Fone/Fax: (81) 3204.4039 / (81) 99543-4554



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Brasileira Maria Cristina de Souza
Solteira Desempregada,
portador(a) do RG nº 3.640.771 - SDS - PE, inscrito(a)
no CPF sob o nº. 685.875.384-20, residente e domiciliado(a) à
Rua Rua da Viracopó, ipofuca - PE,
nº 46, Nossa Senhora do Ó, CEP: 55590-000, declara, para fins de prova junto à Assistência
Judiciária, na forma dos artigos 98 e ss, da CPC/2015, que não apresenta condições
financeiras de arcar com o ônus processual deste feito, sem que haja prejuízo próprio
ou sua família. Declaração esta que faz sob as penas da Lei e sob sua inteira
responsabilidade.

Recife, 28 de Maio de 2019.

Maria Cristina de Souza





Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 17/06/2019 12:15:04
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061712150450400000046054393>
Número do documento: 19061712150450400000046054393

Num. 46767366 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 17/06/2019 12:15:04
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061712150450400000046054393>
Número do documento: 19061712150450400000046054393

Num. 46767366 - Pág. 2



RECEITUÁRIO

Atestado de dívidas

Este, para a dívida fin, que a paciente ~~raquel~~ ~~carolina~~ ~~carolina~~ de ~~reza~~ é portadora de F32. (diss.) não consome drogas ou regulam de antidepressivos, por falta no posto e por falta de verba para comprar medicamentos. Atualmente em flexitriptan 20 (200mg), deve garantizar 10 doses/dia.

Larissa Vieira
Psiquiatra
CRM/PE 20078

____ / ____ / ____
Data

Assinatura - CRM





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 043ª CIRCUNSCRICAO - PORTO DE GALINHAS -
 DP43ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0133002611**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/10/2017** às **12:32**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **7/10/2017** às **09:20**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE NOSSA SENHORA DO O, 01, LEIA-SE RUA CAMILO CUNHA** - Bairro: **NOSSA SENHORA DO O - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
 MARIA CRISTINA DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

MARIA CRISTINA DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **LAURINETE FERREIRA DE SOUZA** Data de Nascimento: **29/6/1969** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3640774/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: **- 982569733**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE NOSSA SENHORA DO O, 46, LEIA-SE RUA DA VIRAÇÃO 46 - CEP: 0 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1640774/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: **- 982569733**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE NOSSA SENHORA DO O, 01 - CEP: 0 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A RUA QUANDO O VEICULO DE MARCA NAO

18/12/2018 11:21



**INFORMADA PELA VITIMA LHE ATINGIU PREDENDO SUAS DUAS PERNAS EM OUTRO VEICULO QUE DE
IMEDIATO A IMPUNTADA LHE PESTOU SOCORRO E COMO TAMBÉ DECLARA A VITIMA QUE A MESMA
NAO APRESENTAVA SINAIS DE EMBREAGUEIS .DECLARA A VITIMA QUE FOI SOCORRIDA PARA UPA DE
IPOJUCA POR ONDE PASSOU POR ATENDIMENTO MEDICO.**

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

**MARIA CRISTINA DE SOUZA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **CLEDINIZ JOSE DOS SANTOS MAT. 247.205-8** - Matrícula: **2472058**

18/12/2018 11:21



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 17/06/2019 12:15:05
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061712150496400000046054395>
Número do documento: 19061712150496400000046054395

Num. 46767368 - Pág. 2



Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

DECLARAÇÃO DA FISIOTERAPIA

DECLARO PARA DEVIDOS FINS QUE A Sra.

Maria Cristina de Souza com diagnóstico

de lombalgia encontra-se em meus cuidados

desde o 23/08/38, a mesma refere

dor constante, fadiga muscular e déficit

de bom, assim 2m mobilidade de

realizar suas avós.

23/08/38
Data

Renata Lima
Fisioterapeuta
CREFITO 17499
Assinatura - CRM





RECEITUÁRIO

Declaração

Declaro para os devidos fins que a Senhora Cristina de Souza, veio sendo acompanhada pelo equipo de fisioterapeus deste instituição para seu tratamento de mobilização desde 28 de Julho de 2017, onde não tinha apresentado melhora do quadro algeico, piorando após acidente automobilístico no dia 07 de Outubro de 2017 onde sofreu seu penteade farto no região cocogeneral (1) criando um abcesso onde só realizou duas punções e várias sessões de fisioterapia (massoterapia) seu resultados satisfatórios no quadro.

07/11/2017
Data

Elde Andrade C. de Oliveira
Fisioterapeuta
Credito 101.002-F-

Assinatura - CRM



2ª VIA DESTINATÁRIO



Ipojuca, 18 de Outubro de 2017

Origem: Coordenação do SAMU – IPOJUCA

Destino: Maria Cristina de Souza

Assunto: DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO REALIZADO PELA EQUIPE DO SAMU IPOJUCA.

Declaro para os devidos fins, que **Maria Cristina de Souza** , nascida em 26/06/1969, **RG 3.640.774 SSP-PE**, foi atendida por nossa Unidade de Suporte Básico (USB), no dia 07/10/2017, por volta das 10h 09min, Na rua Camilo Cunha em Nossa Senhora do Ó , Ipojuca-PE, sob o protocolo **S-390173** (número da ocorrência de regulação do SAMU), vítima de **Acidente de Trânsito**. A equipe do SAMU IPOJUCA realizou os procedimentos necessários para estabilização do referido (cumprindo todo o protocolo de atendimento ao trauma), em seguida removendo-o para a UPA de Ipojuca , no município de Ipojuca-PE.

TE-11
Dra. Marina Hirschle
Coordenação Médica
CRM-PE 1591-PE MAT 55862
Coordenação
SAMU IPOJUCA

Rod. PE-38 Km 9 Nossa Senhora do Ó Ipojuca – PE.
FONE: (81) 3527 - 9347



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 17/06/2019 12:15:05
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061712150530300000046054399>
Número do documento: 19061712150530300000046054399

Num. 46767372 - Pág. 1



SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
FICHA DE ATENDIMENTO

J
ADESIVO

Nº REGISTRO 32-588	DATA E HORA DO NASCIMENTO	47 anos 29/07/70	EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL	
PACIENTE: maria Cristina de Souza	NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:	
ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:	NATURALIDADE:	NACIONALIDADE:	
Nº DE IDENTIDADE	PAI	MÃE		
FILIAÇÃO	Leunete Ferreira			
ENDEREÇO: nº 52 do 0	R = Viracais	nº 46	COMPLEMENTO	
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	TELEFONE:	
ORIENTAÇÃO:				
PROCEDÊNCIA:	MEIO DE TRANSPORTE:			
CONSULTA DE ENFERMAGEM				
DATA: 07/10/87 HORA: 10:32		ENFERMEIRO:	COREN:	
SITUAÇÃO QUEIXA:				
ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> HIPERTENÇÃO <input type="checkbox"/> CARDIOPATIAS <input type="checkbox"/> DOENÇA NEUROLÓGICA <input type="checkbox"/> TABAGISMO <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO/DROGAS <input type="checkbox"/> PNEUMOPATIAS <input type="checkbox"/> HEPATOPATIAS <input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL <input type="checkbox"/> OUTROS:				
MEDICAÇÃO EM USO:				
PA: X mmHg	RHS: bpm	FC: bpm	FR: lpm	T: °C
ECG: ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	DEFICIÊNCIA MOTORA MSD <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	PUPILAS ISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICA <input type="checkbox"/>
SCORE	SCORE	SCORE		
DOR: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SUDORESE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		PALIDEZ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXAME FÍSICO:				
DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:				



ATENDIMENTO MÉDICO

História do Trauma:

Perda de Consciência	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Episódio Emélico:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Acidente de Trabalho:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Acidente de Trabalho:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo:			
Colisão:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo:		Motorista:	<input type="checkbox"/>
Atropelamento:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local do Impacto:		Passageiro:	<input type="checkbox"/>
Vítima de Ferimento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo:		Sofreu Queda:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Queimadura	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Por:		Altura:	
Condições de Imobilização Adequada:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Por Que:		Transporte realizado por:	

EXAMES FÍSICOS:

Act. vitais de atropelamento há 1h30 min, seguido de trauma em quadro D. Relata dor no rosto. Nega tímope e desorientação. Ao EF: AR + MVN, S/RA / AV: RCR em ST, BNF, s/sepso. Glasgow 15- Ausência de dor à palpação em nível mediano da coluna cervical, toracica e lombar. Ausência de dor à palpação em topo/fim da região glúteo D. Ausência de痛觉 e déficit de força em musos e m.ii.

EXAMES SOLICITADOS: LABORATORIAIS:

Plafer

DIAGNÓSTICO:

EXAMES ESPECIALIZADOS:	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA	<input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	<input type="checkbox"/> ANGIOGRAFIA
	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA	<input checked="" type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> ULTRASSONOGRAFIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA: DATA: 1/1/ HORA: :00 *Iolanda E. Silva*
 - Rx da coluna cervical, torax, bacia e crura D *Técnico de Enfermagem*
 - Diprospan 1amp. + AS IV (leito) *COREN 884.501*
 - Observar por 8 horas (até às 19:30h). Comunicar em caso de dor, *Floriano*
 e desorientação. *Vale*
 - Paracetamol 400 mg VO + 3g *Elbaúma*
Dr. Luciano Pinheiro de S. 16:55
CRM/PE - 15277
33.400-Bs.

INDICAÇÃO CIRÚRGICA:

SIM NÃO CLASSIFICAÇÃO RESERVA:

DEFINIÇÃO DO CASO

16:55
 INTERNAMENTO CIRURGIA ÓBITO TERMO DE ALTA PEDIDO EVADIU-SE CONDIÇÃO DE ALTA

TRANSFERIDO PARA: *Paciente relata dor mandibular*

INTERNADO NA CLÍNICA: *col. Paracetamol 400 mg VO + 3g* *Dr. Romão Cruz Sampaio*

INFORMAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

CONFIRMAÇÃO DO NOME: *CRM/PE - 15277* *Médico*

CONFIRMAÇÃO DO ENDEREÇO:

PROVIDÊNCIAS: ALTA TRANSFERÊNCIA EXAME EXTERNO ASSISTENTE SOCIAL

OBSERVAÇÕES: *Dr. Luciano Pinheiro de S. CRM/PE - 15277*

AUTORIZAÇÃO PARA ALTA/INTERNAMENTO/TRANSFERÊNCIA:

ENFERMEIRA: COREN: 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 cirúrgico, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possa advir.

Data: _____ Nome completo: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180549389

Vítima: MARIA CRISTINA DE SOUZA

Data do Acidente: 07/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA CRISTINA DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

1/ Man. Centro da Doç

Detém 1/9 todos fins que a
ponto 10 acomodamento devo da
bonde que vira 1/ MARE. An-
dou, segundia Interpolis 64-65,
65-66. Relevo da direi ④ impossibilidade
1/ trabalho. Pela prisão após ocorrência
automobilística.

exp = 159.4

Dr. Carlos Frederico W. de Miranda Jr.
CRM-P.E. 20556
TEOT: GZ
Ortopedia / Traumatologia

Assinatura - CRM

01/03/19
Data





Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

Manoel Gustavo de Lourdes

LARDO MÉDICO

A paciente em questão tem queixa de dor lombar há cerca de 07 meses (SRC).

Têm RNM que mostra desenvolvimento discal em L1-L5 e entrapamento intervertebral degenerativo impingente em L5-S1. CID: M54

04/04/18
Data

Dr. Thiago Oliveira de Almeida
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 16462
TEOT: 12.158
Assinatura - CRM





RECEITUÁRIO

Venho por meio deste informar
que a srª Maria Cristina de Souza
iniciou tratamento psicológico no
Centro de Reabilitação no dia 18/05/17
para tratar sintomas compatíveis com
CID F.32.

Paciente vem demonstrando apetite,
ansiedade, desânimo, alterações de
sono e apetite.

Sem mais a relatar, coloco-me a
disposição para eventual esclarecimento.

21/11/17
Data

Aline L. Cavalcanti Queiroz
Psicóloga
CRE 02.13264

Assinatura - CRM





Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

MARIA CRISTINA DE SOUZA - 48 anos.

RELATÓRIO MÉDICO

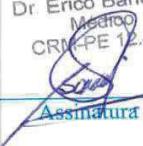
Paciente VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO EM 07/OUT/2017 (CIC), APRESENTA HEMATOMA, EM FASE DE RESOLUÇÃO, EM REGIÃO GUINHA DIREITA.

O HEMATOMA FOI DE MÓDERADO A VULGAR, JÁ FOI RESOLVIDO (DRENADO) APROXIMADAMENTE 50ML DE SANGUE (PORPUNÇÃO) E UMA GRANDE ÁREA DE INFILTRAÇÃO LOCAL.

A PACIENTE AINDA NECESSITARÁ MAIS 20 A 30 DIAS PARA A RESOLUÇÃO COMPLETA DO PROCESSO DE REABSORÇÃO DO HEMATOMA.

PODE SER NECESSÁRIO PARA UMA MELHOR RESOLUÇÃO ALGUMAS SESSÕES DE FISIOTERAPIA, COM MASSOTERAPIA LOCAL PARA EVITAR QUE A PACIENTE FIQUE COMO "SEQUEL" UMA LESÃO CICATRICIAL (FIBROSE) IMPORTANTE, QUE POSSA Causar QUALQUER DESCONFORTO OU DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO.

21 / OUT / 2017
Data

Dr. Érico Bandeira
Médico
CRM-PE 12.484

Assinatura - CRM





DIAGMAX
MEDICINA DIAGNÓSTICA

DATA: 09/03/2018

NOME: MARIA CRISTINA DE SOUZA

MÉDICO SOLICITANTE: CARLOS FREDERICO MIRANDA JR

REQUISIÇÃO: 254474

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBAR

TÉCNICA: Ressonância magnética da coluna lombar em cortes multiplanares e nas sequências habituais, sem contraste paramagnético venoso.

ACHADOS RADIOLÓGICOS:

Curvatura anatômica habitual da coluna lombossacra.

Corpos vertebrais anatômicos e com intensidade de sinal habitual.

Discos intervertebrais com núcleos pulposos de sinais habituais para a faixa etária. Há mínima redução da altura discal em L5-S1.

Mínimos abaulamentos discais difusos em L2-L3 e L3-L4, que tocam a face ventral do saco dural, sem determinar conflitos radiculares.

Abaulamento discal difuso em L4-L5, que determina leve impressão sobre a face ventral do saco dural e ocupa as bases dos respectivos neuroforames, tangenciando as raízes emergentes de L4 no segmento extraforaminal.

Demais neuroforames com amplitude preservada.

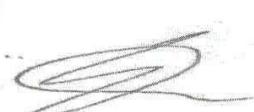
Artropatia interapofisária degenerativa incipiente em L5-S1 à esquerda.

Canal raquiano de configuração anatômica e dimensões normais.

Lâminas, pedículos, processos transversos e espinhosos sem alterações.

Cone medular situado posteriormente a transição T12/L1, com espessura e intensidade de sinal habitual.

Discreta liposubstituição da musculatura paravertebral, bilateralmente.


DR. SAULO CARDOSO RIBERIO
CRM-PE 20661

Estamos Realizando Biópsias, Marcações Pre-cirúrgicas e PAAF de Mama e Tireoide Guiada por Ultrassonografia.

T. Pag:1





Lei 10.438, de 26/04/02
Companhia Energética de Pernambuco

Av. José de Souza, 111, 5º andar, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.635.832/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA CRISTINA DE SOUZA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DA VIRACAO 46

CPF: 685.875.384-20 NIS: 16386543868

N SA/DO O/NOSSA SENHORA DO O
IPOJUCA PE
55590-000

CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

CONT/CONTRATO
7005924418

MES/ANO
05/2019

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	LEITURA
063872288	ÚNICA	29/05/2019

DATA DE VENCIMENTO
05/06/2019

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
27/06/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
29/05/2019	2011192222	5331459

TOTAL A PAGAR (R\$)

94,15

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30.000000	0,25768584	8,03
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70.000000	0,45899002	32,12
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	80.000000	0,68933603	41,30
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,48
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,48
ICMS Subvenção-CDIE-NF 056/2019-05/05/19			0,65
ICMS_Subvenção_Baixa Renda			1,09

TOTAL DA FATURA

94,15

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
301029801	CAT	29/04/2019	21.306,00	29/05/2019	21.748,00	30	1,00000		142,00

DETALHAMENTO DE CONSUMO		DETALHAMENTO DE PREÇOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MES/ANO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	
MAR19	180	ICMS	82,83	26,00	30,73
ABR19	171				1,77
MAR19	177	PIB	82,83	1,18	0,96
MAR19	177	COPRE	82,83	0,37	4,65
JUN19	177				
JUN19	180				
JUL19	180				
NOV19	182				

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 17/06/2019 12:15:06
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061712150632800000046054412

Num. 46769435 - Pág. 1

Número do documento: 19061712150632800000046054412

JUNTADA DE PETIÇÃO REQUERENDO INCLUSÃO CNPJ DAS DEMANDADAS (ANEXO)



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 17/06/2019 12:26:55
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061712265567400000046056873>
Número do documento: 19061712265567400000046056873

Num. 46769446 - Pág. 1

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 04^a VARA CÍVEL DA
COMARCA DE RECIFE – PE.**

PROCESSO Nº: 0035827-74.2019.8.17.2001

Seção A

MARIA CRISTINA DE SOUZA, já devidamente qualificada nos autos da ação em epígrafe, movida contra **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A** e **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, já devidamente qualificadas nos autos da ação em epígrafe, vem requerer a Vossa Excelência a retificação das partes Demandadas, para que sejam incluídos os seus CNPJ, quais sejam: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**: 09.248.608/0001-04 e **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, CNPJ 60.831.344/0001-74.

Nestes Termos,

Pede deferimento.

Recife, 17 de junho de 2019.

RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI

OAB-PE 31915

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 – Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 17/06/2019 12:26:55
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061712265578600000046056874>
Número do documento: 19061712265578600000046056874

Num. 46769447 - Pág. 1