

## SINISTRO 3190458981 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ACSA OLIMPIO SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev  
Previdência S/A-Filial Recife-PE

**BENEFICIÁRIO** ACSA OLIMPIO SILVA

**CPF/CNPJ:** 80142001449

### Posição em 24-03-2020 14:01:46

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
09/01/2020	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Aesa (Olimpio) Silveira, brasileiro(a), estado civil casado, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 801 420 029 45 e portador da cédula de identidade nº 4256927, residente e domiciliado(a) na Rua do Comércio, nº 180 AP. 108, bairro Centro, na PE, cidade Toritama, CEP 55315-000.

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/ PE 28.697, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 102, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630 E-mail: [anasantosadv1@gmail.com](mailto:anasantosadv1@gmail.com), onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações, renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam, mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas, inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de poderes.

JUSTIÇA GRATUITA: Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Recife, 24 de 03 de 2020

Aesa (Olimpio) Silveira  
Ourtorgante



## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Alessa Olímpio Sibza,  
RG 4256927, CPF 803.420.014-49,  
Residente na Rua do Pomeréu, Bairro Centro,  
Cidade Toritama, Estado de PE,

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização a que tenho direito.

Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Recife, 24 de 03 de 2020

X Alessa Olímpio Sibza  
Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Aesa Olímpio Silva,  
brasileiro(a), estado civil domicida,  
profissão costureira Inscrito no CPF/MF sob o  
nº 801 420 044 43, e portador da cédula de  
identidade nº 425 6927, residente e  
domiciliado(a) rua do Comércio  
nº 280, bairro Centro,  
CEP 55325-000 na cidade de  
Toritama / P.E..

Declaro sob as pénas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita,  
que não tenho condições de arcar com as custas e despesas  
processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo  
com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 24 de 03, de 2020

NOME: X Aesa Olímpio Silva



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

CONTRATANTE: Alessa Olímpio Silva, brasileiro, estado civil Divorciada, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 801 420 0499 e portador da cédula de identidade nº 425 692 78, residente domiciliado(a) Rua do Comércio, nº 280, bairro de Pernambuco, CEP 55325-000 na cidade Toritama, PE.

CONTRATADO: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha sala 104, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630 E-mail: [anasantosadv1@gmail.com](mailto:anasantosadv1@gmail.com), onde recebe intimações e/ou notificações judiciais

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Honorários Advocatícios, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.

**DO OBJETO DO CONTRATO**

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

**DAS ATIVIDADES**

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

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

**DOS ATOS PROCESSUAIS**

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

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

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

**DA COBRANÇA**

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

**DOS HONORÁRIOS**

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

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

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

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

**DA RESCISÃO**

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

**DO FORO**

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

Recife - PE 24 de 03 de 2020  
X Alessa Olímpio Silva  
Contratante

Contratado



## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvíndia 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

<b>DADOS DO CLIENTE</b> EDNILTON GOMES FONSECA CPF: 859.371.934-15	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>26/02/2020</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> <b>17/02/2020</b>	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>007029493566</b>
	<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>69,17</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> <b>17/02/2020</b>	<b>Nº DO CLIENTE</b> <b>2016603486</b>
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> RUA DO COMERCIO 280 AP-108 CENTRO/TORITAMA 55125-000 TORITAMA PE	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> Monofásico		
	<b>RESERVADO AO FISCO</b> <b>739A.533E.6282.273E.B0DC.8275.19DC.A9A8</b>		

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.					
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	84,00	0,42167891	35,42	Vencido	Dt Reav	Valor			
Consumo Ativo(kWh)-TE	84,00	0,35464951	29,79	27/01/20	17/02/20	79,85			
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,62	30/12/19		83,85			
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,78						
ICMS Subvenção-CDE-NF 089555455-21/12/19			0,56						
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>69,17</b>						
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS									
ICMS	PIS	COFINS		HISTÓRICO DO CONSUMO					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	kWh
65,83	25,00	16,45	65,83	0,75	0,49	65,83	3,49	2,29	84
									95
									95
									104
									98
									90
									92
									94
									82
									107
									98
									89
									77

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIADOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003010139872	CAT	20/01/2020	24.624,00	17/02/2020	24.708,00	28	1.00000 0,00 84,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/03/2020							

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL		
dez/2019							
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	5,31	10,62	21,25		
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95		
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,03	0,00	0,00		
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 12,22			
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 25,06							
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES							
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> .							
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.							
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.							

## NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
MÍNIMO	MÁXIMO
220	202
231	

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

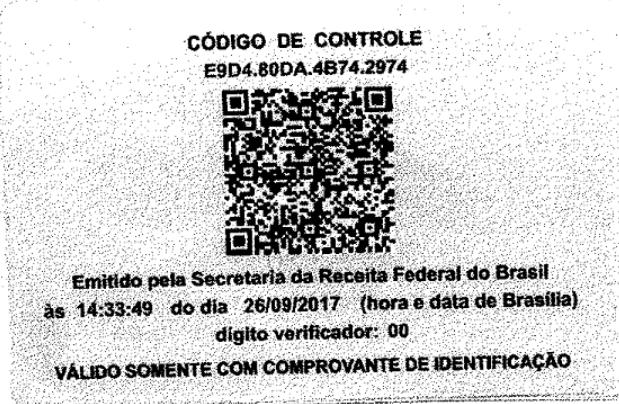
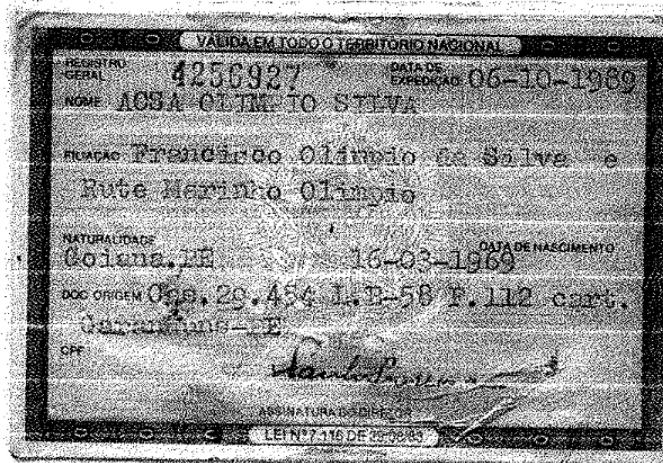
DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO <b>007029493566</b>	MÊS/ANO <b>02/2020</b>	TOTAL A PAGAR(R\$) <b>69,17</b>	VENCIMENTO <b>26/02/2020</b>	TALÃO DE PAGAMENTO  Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838300000004 691700110072 029493566102 144362491133



## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





9629-4407

16080





HOSPITAL MUNICIPAL  
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA



Toritama, 08 de Agosto de 2018.

## Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 111/2018

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: ACSA OLIMPIO SILVA

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) ACSA OLIMPIO SILVA deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência no registro nº 114.743, no dia 18/07/2018, foi atendido e em seguida sendo LIBERADA.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

  
**Mateus Tavares**  
Portaria 387 - SMS  
Mateus Emanuel Tavares  
Coordenador de Unidade de Saúde  
Coordenador de Unidade de Saúde

Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama - Pernambuco •  
Telefone: 3741- 1192• E-mail – [admhospitaltoritama@gmail.com](mailto:admhospitaltoritama@gmail.com)  
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama





HOSPITAL MUNICIPAL  
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

## **PRONTUÁRIO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Registro: 114.743	Hora: 18:31	Nome do Paciente: <i>Rosa Olímpia Silva</i>	Sexo: F	Data de Entrada: 18-07-2018	
Idade: 48	RG: <i>não tem</i>	Órgão Emissor: <i>não tem</i>	CPF: <i>não tem</i>	Estado Civil: <i>Solteira</i>	
Data de Nascimento: 16-03-1969		Naturalidade: <i>Joá - RJ</i>			
Endereço: R. do Comércio		Número: 120	Complemento: <i>piso</i>		
Cidade: <i>Guarapari</i>	Bairro: <i>Centro</i>	UF: <i>RJ</i>	CEP: <i>29200-000</i>		
SUS: <i>não tem</i>	Profissão: <i>funcionária</i>				
Nome da Mãe: <i>Rute Maria Olímpia</i>		Nome do Pai: <i>Francisco Olímpio de Souza</i>			
Nome do Responsável: <i>Rute Maria Olímpia</i>		Telefone: 9629-4407			
PA: x	PULSO:	FR:	HGT:	PESO:	T(°C):
SpO <sub>2</sub> : ambiente		SpO <sub>2</sub> com O <sub>2</sub>	L/min.		
CLASSIFICAÇÃO: <input checked="" type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE			<input type="radio"/> AZUL ASSINATURA E CARIMBO		

HDA Ultima di colosso campo - nuo lo apre se l'onda  
Non l'ultimo un colosso dimostrò ormai da  
nunca dar non perde D.

Hipertensão: ( ) sim ( ) não // Diabetes: ( ) sim ( ) não // APP:

EXAME GERAL	OROSCOPIA.
OTOSCOPIA	NEUROLÓGICO:
ACV	GLASGOW.
AR.	NUCA
ABDOMÉ	PUPILAS.
MEMBROS.	PELE.

Diagnóstico Provisório Sudorese de intensidade moderada

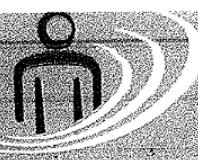
Alergias ( )Sim  Não

Conduta: D. 150 mm galvanizzata - metri p. 2.700 - 100

2008-08-20

MÉDICO(CRM)





**NOME DO PACIENTE:** ACSA OLIMPIO SILVA



**SOLICITANTE:** DR.(A) OLLELA CRUZ SANTANA

**NÚMERO DO PACIENTE:** 228461

**CONVÊNIO:** PARTICULAR

**NÚMERO DA REQUISIÇÃO:** 831427

**EXAME:** US ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)

**DATA:** 28/11/2018

Exame realizado com aparelho **DIGITAL** com transdutores de multifrequenciais de alta resolução

#### **ESTUDO ECOGRÁFICO DO TORNOZELO DIREITO**

##### **FACE ANTERIOR:**

- Tendão tibial anterior, extensor dos dedos e extensor do Hálux sem alterações.

##### **FACE LATERAL:**

- Tendões fibulares curto e longo sem alterações.
- Ligamento fíbula calcâneo e talus fibular sem alterações.

##### **FACE MEDIAL:**

- Tendão tibial posterior, flexor dos dedos sem alterações.

##### **FACE POSTERIOR:**

- Presença de ruptura na inserção do tendão de Aquiles acometendo aproximadamente 30% da inserção total, medindo 0.83 x 0.29 cm.

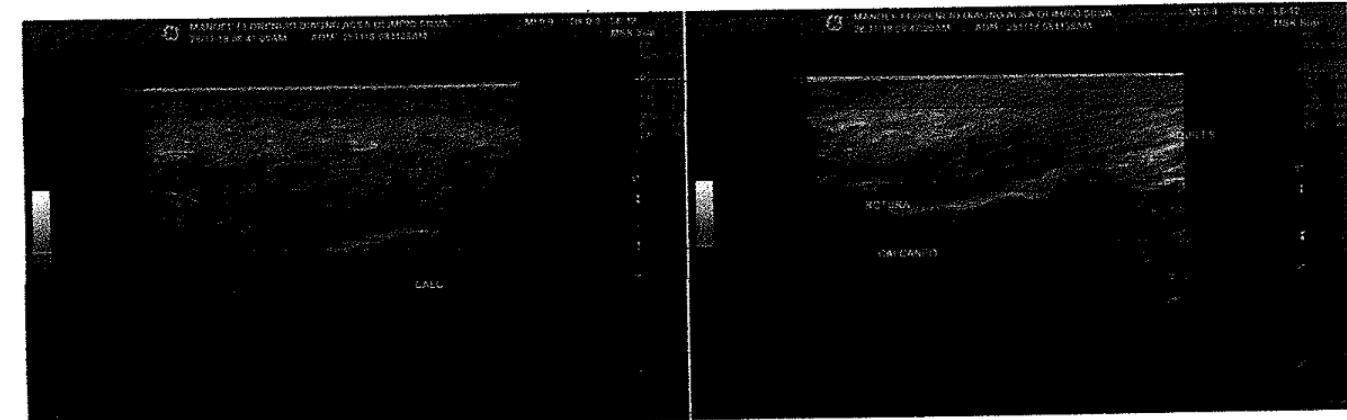
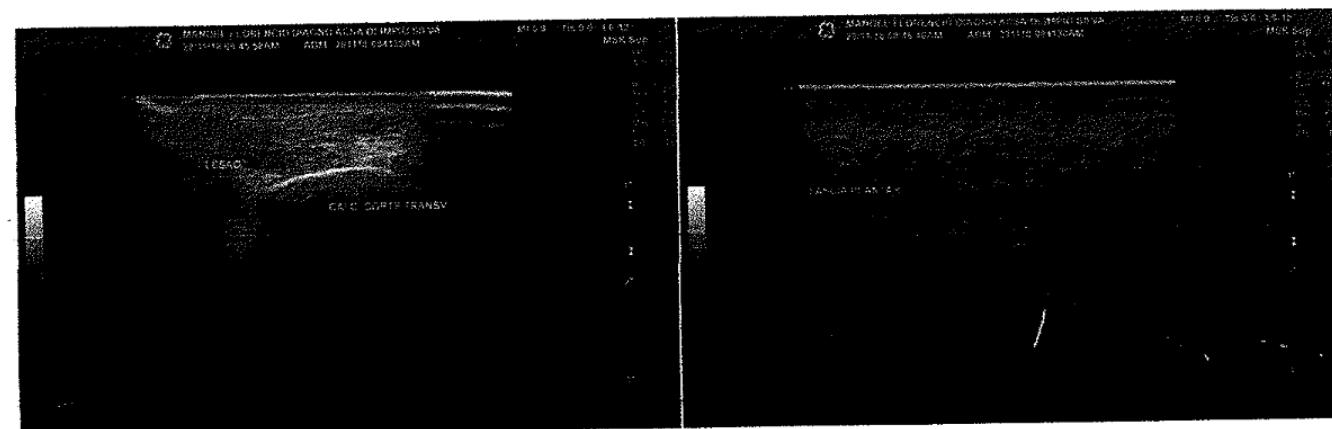
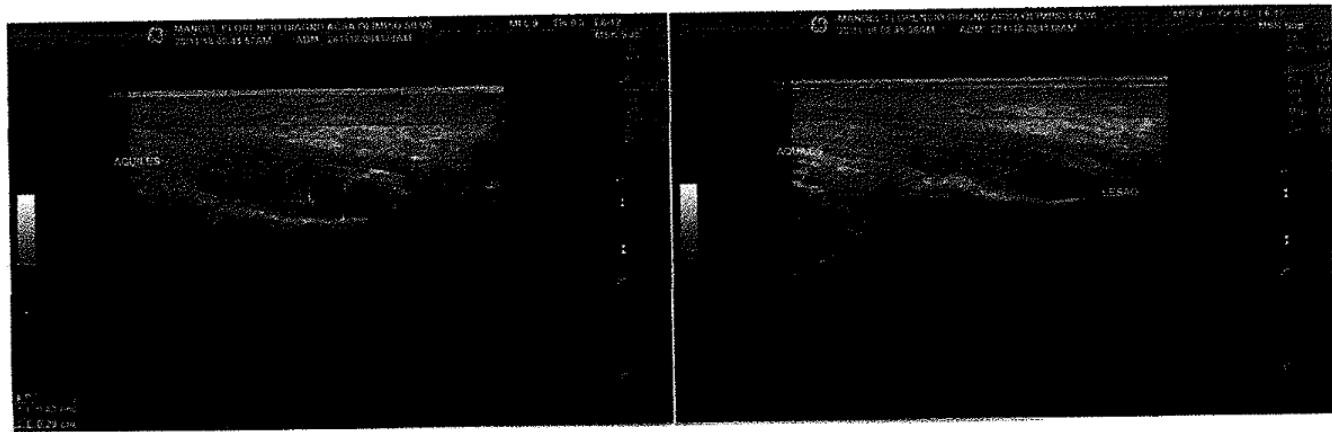
**ID.: (IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA):**

**RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO DE AQUILES.**

  
**CENTRO DIAGNÓSTICO MANOEL FLORENCIO**  
Dr.(a) WALDENIR FERREIRA DE SOUZA  
CRM 18290

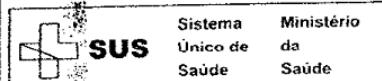
Estamos realizando os exames de PET-CT e Medicina Nuclear (Cintilografia).





Assinado eletronicamente por: sharon Stéphane Lins Barros - 20/04/2020 19:37:50  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042019375031700000059825276>  
Número do documento: 20042019375031700000059825276

Num. 60884366 - Pág. 5



## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
--	----------

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE	4 - N° DO PRONTUÁRIO
----------------------	----------------------

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO
------------------------------------	------------------------	----------

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	Masc. <input type="checkbox"/>	Fem. <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

9 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	DDD	N° DO FONE
--------------------------------	-----	------------

10 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	11 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA	12 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	13 - UF	14 - CEP
---------------------------------	------------------------------	--------------------------	---------	----------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	17 - QTDE
---------------------------------------	-------------------------------------	-----------

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20 - QTDE
--	--------------------------------------	-----------

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE
--	--------------------------------------	-----------

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE
--	--------------------------------------	-----------

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE
--	--------------------------------------	-----------

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE
--	--------------------------------------	-----------

### JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	34 - CID10 PRINCIPAL	35 - CID10 SECUNDARIO	36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
-------------------------------	----------------------	-----------------------	------------------------------

37 - OBSERVAÇÕES			
------------------	--	--	--

paciente com lesão da tibia (WPTNA) Puncar quadro de dor contínua			
--	--	--	--

### SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	39 - DATA DA SOLICITAÇÃO	42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
---------------------------------------	--------------------------	--

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO	42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	TASSIA FACCIO Ortopedista Traumatologista CRM-RJ: 10882
--------------------------	--	---

40 - DOCUMENTO	41 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	30 NOV 2016
----------------	---	-------------

( ) CNS	( ) CPF	
---------	---------	--

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	45 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
---------------------------------------	-------------------------	-------------------------------

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	45 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
-------------------------	-------------------------------	--

45 - DOCUMENTO	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
----------------	---	--

( ) CNS	( ) CPF	
---------	---------	--

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC
--------------------------	--	----------------------------------

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
--	----------------------------------	--

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	52 - CNES
---	-----------

52 - CNES	
-----------	--



Sistema  
Único de  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
--	----------

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE	4 - N° DO PRONTUÁRIO
----------------------	----------------------

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO
------------------------------------	------------------------	----------

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	Masc.	Fem.
--------------------------------	-------	------

9 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)	DDD	N.º DO TELEFONE
---------------------------------	-----	-----------------

10 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)	12 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	13 - UF	14 - CEP
----------------------------------	--------------------------	---------	----------

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	12 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	13 - UF	14 - CEP
------------------------------	--------------------------	---------	----------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	17 - QTD.
---------------------------------------	-------------------------------------	-----------

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20 - QTD.
--	--------------------------------------	-----------

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTD.
--	--------------------------------------	-----------

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTD.
--	--------------------------------------	-----------

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTD.
--	--------------------------------------	-----------

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTD.
--	--------------------------------------	-----------

### JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	34 - CID10 PRINCIPAL	35 - CID10 SECUNDÁRIO	36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
-------------------------------	----------------------	-----------------------	------------------------------

37 - OBSERVAÇÕES	38 - CID10 SECUNDÁRIO	39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
------------------	-----------------------	------------------------------

Justificativa: Paciente com ferida na mão e ferimento no dedo médio da mão direita há 5 meses. Reclama dor no dedo.			
---	--	--	--

### SOLICITAÇÃO

40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	41 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	42 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)
---------------------------------------	--	---

( ) CNS	( ) CPF	Tássio Lins Barros Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 9662
---------	---------	--

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR	45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
---------------------------------------	------------------------	--------------------------------

45 - DOCUMENTO	46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
----------------	--	--------------------------	---	--------------------------------

( ) CNS	( ) CPF	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
---------	---------	--------------------------	---	--------------------------------

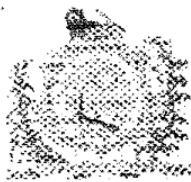
50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	52 - CNES
----------------------------------	---	-----------

50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	52 - CNES
----------------------------------	---	-----------



le 2

10/06/2018 16:53



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA -  
DP129ºCIRC DINTER/17ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0219001239

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/06/2018 às  
17:23

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que  
aconteceu no dia 18/7/2018 às 19:35

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR CENTO E QUATRO QUILÔMETRO**  
**TRINTA, 1, 104 - Bairro: LOTEAMENTO J SEVERINO SILVA -**  
**TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
MARIA BEATRIZ DOS SANTOS CAMILO ( OUTRO )  
ACSA OLÍMPIO SILVA (VITIMA )  
JEFTHE FELIPE OLÍMPIO SILVA (VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de(a) Sr(a):  
JEFTHE FELIPE OLÍMPIO SILVA

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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ACSA OLÍMPIO SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: RUTE MARINHO OLÍMPIO Pai: FRANCISCO OLÍMPIO DA SILVA Data de Nascimento: 18/3/1968 Naturalidade: GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4256927/GSP/PE (RG), 80142801440 (CPF)  
Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares:  
- 81996284407

Residencial: APT 108 - 2º ANDAR - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: RUA COMÉRCIO, 208 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL

JEFTHE FELIPE OLÍMPIO SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ACSA OLÍMPIO SILVA Pai: JOSE ANTONIO FELIPE DA SILVA Data de Nascimento: 31/9/1991 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: AMADIZADA(A) Escolaridade: 3º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Endereço Residencial: RUA COMÉRCIO, 208 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL



10/08/2018 17:22

Relatório de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/.infopof/xml/BOEPrev...

**MARIA BEATRIZ DOS SANTOS CAMILO** (não presente no plantão) - Sexo:  
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Residencial: RUA PROJETADA, LOT. MANGEL CAMELO - GARANHUNS/PERNAMBUCO /BRASIL

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a). **MARIA BEATRIZ DOS SANTOS CAMILO**, que estava em posse do(a) Sr(a). **JEFTHE FELIPE OLÍMPIO SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: Não  
Cor: PRATA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: **GYM2841** (PERNAMBUCO/GARANHUNS)

**Complemento / Observação**

RELATA A VITIMA QUE SEU FILHO JEFTHE FELIPE OLÍMPIO SILVA CONDUZIA A MOTOCICLETA DA MARCA HONDA, MODELO CG 150, DE COR PRATA, DE PLACA GYM-2841/PE, NA RODOVIA BR 104, NESTA CIDADE, OCASIÃO EM QUE UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU NA ALUDIDA MOTOCICLETA. ESCLARECE A VITIMA QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE ESTAVA NA GARUPA DO REFERIDO VEÍCULO, TENDO SAÍDO COM FERIMENTOS GRAVES, NA PERNA E CALCANHAR DIREITA, SENDO A MESMA SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL.

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

*Assa Olimpio Silva*

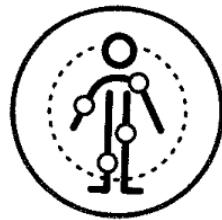
**ACSA OLÍMPIO SILVA**  
(VITIMA)

E.O. registrado por: JOSE VIEIRAS DA SILVA - Matrícula: 381.935-6



# Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



## LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

### O DADOS PESSOAIS

Nome do paciente ACSA Olívio Silva

Data de nascimento 16/03/1969 RG 4256927 Série 801.420.014/49

### O DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 18/07/2018

Nº do B.O. 18E0219001239

Resumo clínico Paciente vítima de acidente de automóvel  
foi socorrido no local da batida

Diagnóstico Injúria do tendão do bíceps direito

Tratamento Luxo reduzido Assento

Sequelas Hipertrofia do flexor tibial profundo  
Deficiência motora

Data da alta ambulatorial definitiva 09/11/2019

Abreu e Lima, 09 de Novembro de 2019

*Dr. Pedro Marques  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM 8594*

Médico (CRM)

Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima/PE | Fone: (81) 3542.3278

