



SÁ FERREIRA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO JUDICIAL PARTICULAR

Outorgante: JOSÉ SEVERINO DE MELO SANTOS, brasileiro, união estável, portador do CPF nº 015.598.204-46 e RG nº 7.521.601 SDS-PE residente e domiciliado na Avenida Osvaldo V. Ferreira nº 12, Bloco B, Camela, Ipojuca/PE, CEP: 55.590-000.

Outorgadas: IANE ANDRÉA DE SÁ FERREIRA, brasileira, divorciada, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 16.450 e IAN KARLO DE SÁ FERREIRA, brasileiro, divorciado, estagiário de direito, portador da identidade nº 439.4166 SDS/PE ambo(a)s com endereço profissional na Avenida Historiador Pereira da Costa, nº 786, 1º Andar, Cabo de Santo Agostinho-PE.

Poderes: O outorgante confere as outorgadas, os poderes das cláusulas ad judicium et extra e os poderes para agir no foro em geral, em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo assinar, acordar, transigir, desistir, requerer, receber, dar quitação, firmar compromisso, substabelecer e de requerer os benefícios da justiça gratuita.

Cabo Santo Agostinho/PE, 12 de fevereiro de 2020.

JOSÉ SEVERINO DE MELO SANTOS

CPF de nº 015.598.204-46





CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
ADVOCATÍCIOS

CONTRATANTE: JOSÉ SEVERINO DE MELO SANTOS, brasileiro, união estável, portador do CPF nº 015.598.204-46 e RG nº 7.521.601 SDS-PE, residente e domiciliado na Avenida Osvaldo V. Ferreira nº 12, Bloco B, Camela, Ipojuca/PE, CEP: 55.590-000.

CONTRATADA: IANE ANDRÉA DE SÁ FERREIRA, brasileira, divorciada, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 16.450, com endereço profissional à Av. Historiador Pereira da Costa, nº 786, 1º andar, Cabo de Santo Agostinho/PE.

OBJETO: A Contratante compromete-se a ingressar com uma ação civil, perante o foro competente, contra a LIDER SEGURADORA DPVAT.

DA REMUNERAÇÃO: Caberá a Contratada a título de honorários advocatícios, pela remuneração dos seus serviços o percentual de 30% (trinta por cento) sobre todo e qualquer ganho financeiro decorrente das referidas ações, o que inclui multas estabelecidas, sendo recebido em juízo ou fora dele.

Parágrafo Primeiro: O percentual mencionado será disponibilizado para a Contratante a medida que forem sendo recebidos, mediante depósito em conta.

Parágrafo Segundo: Todas as despesas com custas processuais em todas as instâncias, deverão ser arcadas pela contratante.





SÁ FERREIRA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

DO FORO: Os contratantes elegem o foro da Capital para dirimir as controvérsias decorrentes deste contrato.

Cabo de Santo Agostinho/PE, 12 de fevereiro de 2020.

CONTRATANTE:

José Severino de Melo Santos

JOSÉ SEVERINO DE MELO SANTOS

CPF nº 015.598.204-46

CONTRATADA:

IANE ANDRÉA DE SÁ FERREIRA

OAB/PE 16.450





FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ORDEN DO CLIENTE

MARIA JOSE DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA:

AV OSVALDO V FERREIRA 12 BL-B

CFF 521 738 524-34

CAMELA/CAMELA
IPOJUCATE
55590-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTINUA	MESE ANNO
7014877384	11/2019

DATA DE VENCIMENTO 29/11/2019 24/12/2019

22.97

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consórcio - 2011 - 11/11	30.000.000,00	11.579,9878	17.07
Adesão - 2011 - 11/11			0,12
Adesão - 2011 - 11/11			0,95
Adesão - 2011 - 11/11			0,37
Adesão - 2011 - 11/11			0,16
Adesão - 2011 - 11/11			4,00

TOTAL CAPITAL 100.00

22,97

DEMONSTRATING DE CONSUMO NESTA NOTA BOMBA

Nº DO MEDICOR	TERRA FUNDADA	DATA DE ATRIBUIÇÃO	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
00000000000000000000		01/01/2016	000000	30	1,00000		1,00

HISTORICAL DEVELOPMENT

DATA	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Observações
NOV/19 30				
OUT/19 30				
SET/19 30	ICMS	15,44	0,92	0,16
AUG/19 30	PIS	12,44	4,25	0,73
JUL/19 30	COFINS			
JUN/19 30				
MAY/19 30				
ABR/19 30				
FEV/19 30				
JAN/19 30				
DEZ/18 30				
NOV/18 30				

Reservado para o uso exclusivo do Fisco

0904 1036 9104 57105 2 0045 9175

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

1

Este comunicado não substitui o envio de dados anteriores e não contempla dados enviados posteriormente. Caso o usuário do fornecedor perca um ou dois arquivos de atendimento, poderá enviar o atendimento novamente, podendo também enviar corretiva, conforme o caso de atendimento. At. 99 (Recuperação de Dados) ocorrer após o término, sem necessidade de registro de entrada de dados. SPC e FENAJA

As condições gerais de
transmissão, Pesquisa ANEP
do COTR, taxa, produção,
serviço prestado e tributos co-
relacionados, para
as atividades relacionadas a
produção de leite.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERVENÇÕES

CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	LIMITE			TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
		MINIMAL	TRIMESTRAL	ANUAL		MÍNIMO	MÁXIMO
D/C	0,00	5,91	11,82	23,64	220	200	231
F/C	0,00	3,42	6,85	13,70			
D/R/C	0,00	3,46	0,00	0,00			

Limite D/C/R 12,22

ELSD - Valor do Ensaio de Solda

MAYIS DE 1994

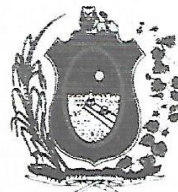
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231





DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO
L-2590/19



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

I - LOCAL E DATA



COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐

Município	CABO DE SANTO AGOSTINHO	Rodovia	PE-060	Km	01
Ponto de Referência	SEMAFORO Nº 022 - DER / RETORNO			Data	01/12/2019
Dia da Semana	DOMINGO	Hora/Ocorrência	02:15	Hora/Cheg./Pr	03:30

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO	COLISÃO			CHOQUE	CAPOTAMENTO	ENGAVETAMENTO
Pedestre	Longitudinal		Frontal	Poste, Árvore	TOMBAMENTO	OUTROS
Animal	Transversal	X	Traseira	Muro, Casa	SAIDA DE PISTA	
				Veic. Parado		

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA	COM VITIMA	X	MORTOS	FERIDOS	X
Nº/VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE			IDENT. 02	NÃO IDENT	TOTAL 02

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACID. VERIFICADO	CONDIÇÕES/VIA	CONDIÇÕES/TEMPO	PERÍODO/DIA	SEMÁFORO
Longo da Via	Seca X	Bom X	Manhã	S/Defeito
Cruzamento	Molhada	Chuva	Tarde	C/Defeito
Outros	Enlamecada	Nebolina	Noite	Desligado
	Oleada	Garoa	Madrugada X	N/Existe

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial	Placa "Pare"	MÃO DE DIREÇÃO	DIVISÃO DA VIA
F. Pedestre	Placa "Dê a Pref."	Única	Faixa Contínua
F. Retenção	Não há Placas	Dupla	Canteiro Central
			Blocos
			Outros

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - V1/V2	COMPORTAMENTO - V1/V2
Realizado no Local V1	Permaneceu no local V1
Enc. Para Exame	Socorrido V2
Não foi Realizado V2	Evadiu-se

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário	Tomou Conhecimento
Natureza das Avarias	



VIII – VEÍCULOS

QUANTO À TRACÇÃO – V1/V2		ESPÉCIE – V1/V2		CATEGORIA – V1/V2	
Automotor	V1/V2	Passageiro	V1/V2	Oficial	
Elétrico		Carga		Representação	
De Propulsão Humana		Misto		Particular	V1/V2
Reboque ou Semi-reboque		Competição		Aluguel	
		Tração		Aprendizagem	
		Especial			

IX – IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO – 01

Marca	GM	Modelo	CLASSIC	Ano	2012	Renavam	461308509	Placa	PFG-4044
Município	RECIFE PE	Nº do Chassis	9BGSU19F0CB263057	Veículo de Carga nº de Eixo					
Carregado		Apreendido		Liberado	X	Evadiu - se			
Proprietário	JULIANA CLECIA DO NASCIMENTO								
Residência				Bairro					
Município		Rg.		Org. Exp.		CPF	087.469.844-88		
Condutor	WELLINGTON ANTONIO DO NASCIMENTO – F 99657-8519								
Residência		VILA BRENAN, 39		Bairro		CURADO			
Município	RECIFE PE	Rg.	-	Org. Exp.	-	CPF	058.388.484-99		
CNH/Pront./ Nº	03500542842	Categoria	AE	Validade	10/04/2022	Hora/Dir.	20 MIN		

VEÍCULO – 02

Marca	FIAT	Modelo	PALIO	Ano	2001/02	Renavam	775406996	Placa	HXD-7861
Município	IPOJUCA	Nº do Chassis	9BD17140222123214	Veículo de Carga nº de Eixo					
Carregado	X	Apreendido		Liberado		Evadiu - se			
Proprietário	KEYPSON VASCO DA SILVA								
Residência				Bairro					
Município	IPOJUCA	Rg.		Org. Exp.		CPF	105.513.964-82		
Condutor	JOSE SEVERINO DE MELO SANTOS								
Residência		2ª TRAV RUA 52, Nº 09		Bairro		SÃO FRANCISCO			
Município	CABO STO AGOST	Rg.	7521601	Org. Exp.	SDS PE	CPF	015.598.204-46		
CNH/Pront./ Nº		Categoria		Validade		Hora/Dir.			

TESTEMUNHA – 01

Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência		Bairro					
Município		U.F.		Rg.		Org. Exp.	
						CPF	

TESTEMUNHA – 02

Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência		Bairro					
Município		U.F.		Rg.		Org. Exp.	
						CPF	

VÍTIMA – 01

VÍTIMA – 01			Natureza dos Ferimentos			Leve		Graves		X		Mortais	
Nome	JOSE SEVERINO DE MELO SANTOS					Motorista		X		Passageiro		Pedestre	
Estado Civil	-		Idade		Sexo		MASC		Nacionalidade		Naturalidade		
Profissão	-		Residência		2ª TRAV RUA 52, Nº 09						Bairro	SÃO FRANCISCO	
Município	CABO STO AGOST		UF	PE	Rg.	7521601		Org.Exp.	SDS PE		CPF	015.598.204-46	
Socorrido	HOSP DOM HELDER CAMARA								Município		CABO STO AGOSTINHO		
Dados Fornecidos Por		USA 01 – VH CABO – SAMU – MAT 4600 / GABRIEL											
Residência		Bairro											
Município			UF		Rg.			Org.Exp.			CPF		

VÍTIMA – 02

VÍTIMA – 02			Natureza dos Ferimentos			Leve	X	Graves		Mortais		
Nome	EUNICE BORGES DE OLIVEIRA					Motorista		Passageiro	X	Pedestre		
Estado Civil				Idade		Sexo	F	Nacionalidade			Naturalidade	
Profissão		DONA DE CASA		Residência							Bairro	
Município				UF		Rg.	071838957	Org.Exp.	SDS RJ	CPF	785.719.367-49	
Socorrido		UPA DO CABO / COHAB							Município			
Dados Fornecidos Por			WELLINGTON ANTONIO DO NASCIMENTO									
Residência											Bairro	
Município				UF		Rg.		Org.Exp.		CPF		

OBS.: O CONDUTOR DO V2 NÃO ERA HABILITADO, SENDO EXTRAÍDA A NOTIFICAÇÃO 5010-0. O MESMO FOI SOCORRIDO DESACORDADO AO HOSPITAL DOM HELDER CAMARA PELO SAMU COM FERIMENTOS GRAVES.
OBS.: A CHAVE DO FIAT PALIO FICOU GUARDADA NO POSTO 06 - GAIBU



SD PE - VILLE
 INTERCERCA - 21022-0
 DETALHADO DE POLÍCIA DELEGADA



XII – INFRAÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s/CNH (Art. 162, I CTB)	V2	Deixar de Prestar Inform.s\ acid. (Art. 176 V CTB)	
Conduzir Veic. ã Lic. (Art. 230 V CTB)		Desob. Ordens do Agente trãs. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic. s\ Doc Porte Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C\ Lacre Violado (Art 230 I CTB)	
Dirigir Sob. Influen. Álcool (Art. 165 CTB)		Conduzir Veic. S\ Placa (Art 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art 176 I CTB)		Conduzir Veic. C\ Placa Ileg. (Art 230 VI CTB)	
Deixar de Adotar Prov. P\ Evitar Perigo Trãs. (Art. 176 II CTB)		Conduzir Veic. Alter. De Caract. (Art 230 VII CTB)	
Deixar de Preserva Local de Acid. (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. (Art 230 IX CTB)	
Deixar de Remover Veic. Qdo Determ. (Art 176 IV CTB)		Outras	

XV – AVARIAS APARENTES

VEÍCULO – 01

EM ANEXO

VEÍCULO – 02

EM ANEXO

XVI – DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Polícia Militar		Particular		Não Efetuado	
2. Comunicado à Delegacia de					Hora	
Nome do Recebedor da Ocorrência	BLENDINIZ J. DOS SANTOS				Matricula	247205-8
XVII – Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	SGT PM	Matricula	104496-6	NOME	VALMIR GONCALVES
XVIII – Digitador da SSTA	SD PM YHALLE		Of. Chefe da SSTA		MAJ PM SWELLINGTON	

CONFERE COM O ORIGINAL QUE ME FOI APRESENTADO

DATA: 05/12/2019.

ASS: [Assinatura]



IV – SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas		Incêndio -	
Ônibus, Caminhão ou Trator -		Marcha à frente -	
Trem -		Marcha à Ré -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas -		Derrapagem -	
Pedestre		Capotamento ou Tombamento -	
Animal -		Local da colisão -	
Objeto Fixo		Depois da Colisão -	
			

XIII – CROQUI

EM ANEXO



IV – SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas		Incêndio -	
Ônibus, Caminhão ou Trator -		Marcha à frente -	
Trem -		Marcha à Ré -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas -		Derrapagem -	
Pedestre		Capotamento ou Tombamento -	
Animal -		Local da colisão -	
Objeto Fixo		Depois da Colisão -	

XIII – CROQUI

EM ANEXO



Nº de Serie: 892245
Nº da Versão: 348C
Port. DENATRAN: 28/04
Port. INMETRO: 189/03
Alcool sensor IV
Número do Teste: 89275

TEMP DATA HORA mg/L

Última Calibração:
17/09/19 17:14 0.485

Prox. Cert. INMETRO:
03/10/2020

Teste em Branco:
01/12/19 06:35 0.00
Teste: Manual

25 01/12/19 06:35 0.00
Volume do Sopro: 00.4Lts
Tempo do Sopro: 01.8Seg
WILLIAM A. DOMINGOS

Nome do Examinado

WILLIAM A. DOMINGOS

Assinatura do Examinado

03500542842

Número da CNH ou RG
do Examinado

JALMA GONCALVES

Nome e RG do Operador

42362 RME

Assinatura do Operador

ACIOLI 980260-2

Nome da Testemunha
01 e RG

ACIOLI 980260-2

Nome da Testemunha
02 e RG

Assinatura da Testemunha

RODRIGO RODRIGUES 06

Localidade do Teste
GAIAS PE 060

Final da Impressão:



Intoximeters, Inc.





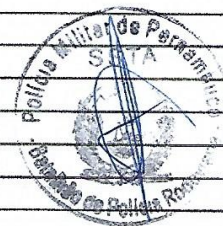
**BATALÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)**



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº _____ / _____).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

EU SEGUIA NO SENTIDO RECIFE NA PC-60 NA
FAIXA DA ESQUERDA A UMA VELOCIDADE MÉDIA DE 80 KM/H
O SINAL ESTAVA VERDE PRAMIN. QUANDO
FUI SURPREENDIDO COM UM CAMIONÃO PALIO DELTA
PLACA HAD 7861 QUE ULTRAPASSOU O SINAL VERMELHO
E COLISOU COM O MEU VEÍCULO MAS NÃO FOI POSSÍVEL EVITAR
A COLISÃO
O PALIO ULTRAPASSOU EM ALTA VELOCIDADE.



Veículo: CLASSIC BRANCO
Nome do Condutor: WELLINGTON ANTONIO DO NASCIMENTO
RG: 69092 Órgão Expedidor: SDS PE CPF: 05838848499
Placa do Veículo: PF64044 Data: 03/12/2019

FONE: 9-9657-8519

Assinatura: Wellington Antonio do Nascimento

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Preenchimento ilegível será de responsabilidade do signatário.





BATALÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº _____ / _____).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE: V2:

O CONDUTOR DO VEÍCULO, FOI
SO CORRIDO PARA O HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA.



Veículo: FIAT / PALIO

Nome do Condutor: SEVERINO DE MELO SANTOS

RG: 7521601

Órgão Expedidor: SDS-PE. CPF: 015.598.204-46

Placa do Veículo: HXD-7861-PE Data: 01/12/19 Hora: ____:____:____

Assinatura: _____

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16224259179

Número do Benefício: 6307383511

Espécie: 31

2ª VIA

Número do Requerimento: 200302151

Ao Sr.(a): JOSE SEVERINO DE MELO SANTOS

Endereço: NOVA CAMELA 10 BL B

CEP: 55590000

Município: IPOJUCA

UF: PE

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, Artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 17/12/2019, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 01/06/2020.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (01/06/2020), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação.

A partir de 01/06/2020 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento de Solicitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data: 31 de dezembro de 2019

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: CABO DE SANTO AGOSTINHO Endereço: R DAS FLORENTINAS, N 88, CENTRO

CEP: 54505400 Município: CABO DE SANTO AGOSTINHO

UF: PE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 31 de dezembro de 2019

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1703241

Nome : JOSE SERRANO DE LIMA SANTOS.

Foi atendido às _____ hs. do dia _____ / _____ / _____

Diagnóstico Provável :

TCS (CIN-LO - SDB)
LESÃO AXONAL difusa.

Tratamento Realizado :

PACIENTE LEVADO COM QUEIXA
= SÍNDROME GME, INTRABDO,
LESÃO AXONAL NO CÂRTER.
GLUCOSE GT.
NECESSITA DE VENTILADOR E UTI.

Observação :

Cópia de :

Dr. Antônio U. Netto
- NEUROCIRURGIA
CRM-PE: 21.406
Médico - CRM Nº

10/12/19.

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. 0157



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 170 3241

Nome: José Luciano de Melo Santos

Foi atendido às 01, 12, 19

Diagnóstico Provável: TLE grave
Hemorragia do ventrículo
ITR

Admitido intubado, em grave
estado neurológico. Melhorou pouco e
progressivamente.

Tratamento Realizado:

TC controle: s/ hidrocefalia

Auxo cerebral s/ anormalidade

ITR tratado d/ ATB.

Observação: Afastar-se do trabalho

por 180 dias.

Cópia de: Ao amb MR

CU. SOB + T901

Atc em 29/12/19

Médico - CRM Nº

Dr. José Laércio Silva
Neurologista Neuropsiquiatra
CRM-PE 14431

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. 0157



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : _____

Nome : José Maurício de Melo Pontes

Foi atendido às _____ hs. do dia 5 / 12 / 19

Diagnóstico Provável : _____

- ① TCE grave, LAD (SOG)
② IRPA (TEP?)

//

Tratamento Realizado: Paciente apresentando-se intubado

na sala de procedimentos, apresentando-se, no momento,
sem sinais de vida

Observação : _____

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. 0157



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1703241
Nome: Jane Jansen de Azevedo
Foi atendido às 17 hs. do dia 01, 12, 19.

Diagnóstico Provável:

TEP frontal
107 + 22

A 077

Tratamento Realizado:

LD 088
QUS 512

Observação:

Sem sintomas de
atrito

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. 0157

