

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 01/08/2016 18:31

Atendimento: 221801 Entrada: 12/07/2016 Hora: 21:00
Acomodação: LEITO 03
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Enfermaria: ENFERMARIA 04
Permanência: 19 Dia(s), 21 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700007438533406

Paciente: 71216 LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO
Nascimento: 27/01/1991 (25 Anos e 6 Meses)
Endereço: VILA SAO GERONIMO
Bairro: SÍTIO MOCOZINHO C.E.P.: 55870-000
Cidade: TIMBAUBA
País: LUIZ ANTONIO DA SILVA
Mãe: LUCIDALVA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 09875087416
Identidade: 8384467 - SDS - PE
Telefone: / 89618442
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: TIMBAUBA

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 12/07/2016 - 21:17

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19952)

HD (S): FRATURA DA PATELA DIREITA; FRATURA DO CALCÂNEO D (EXTRA-ARTICULAR)

DOENÇAS DE BASE: NEGA

MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO: NEGA

ORIGEM: HGV

DATA TRAUMA: 12/07/2016

TIPO DE TRAUMA: ACIDENTE DE MOTO

CONDIÇÕES DE PELE: ESCORIAÇÕES EM TODO O MEMBRO DIREITO

ALERGIAS: NEGA

ENCAMINHAMENTO: DR

TIPO DE ENCAMINHAMENTO: SES

EXAMES COM O PACIENTE:

() LABORATORIAIS

() RNM

(X) RADIOGRAFIAS

CD:

RX JOELHO + CALCÂNEO

PRE-OP

PROFILAXIA TVP/TEP

Hospital Memorial Armino Moura
SAME

Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N-Murono-PE

Scanned with CamScanner



NOME DA UNIDADE:		NOME DA UNIDADE:	
LAUDO PAR		DETULJO VARGAS	
CARTÃO SUS:		Nº: 0005-51	
NOME DO PACIENTE:		LUIZ ANTONIO	
DATA DE NASCIMENTO:		27/01/1991	
NOME DA MÃE:		Luci Leve	
ENDEREÇO:		Sítio Mocozyk	
MUNICÍPIO:		Tombador	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
HISTÓRIA CLÍNICA:			
EXAME FÍSICO:			
PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL			
PROCEDIMENTO SOLICITADO		CÓDIGO	
DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE		CARATER DA INTERNAÇÃO	
DATA: 12/09/16		DATA: 12/09/16	
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR	
PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS			
AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR			
NOME DA UNIDADE:			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO			
DATA DO ENCERRAMENTO			

Scanned with CamScanner

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 17/05/2017 18:02

Atendimento: 249145 Entrada: 16/05/2017 Hora: 10:23
Plano: SUS - DEMANDA
Responsável: Médico: TULIO ALBERTO DE O SOUZA

Recepcionista: ROSALIA FABIANA OLIVEIRA
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700007436533406

Paciente: 71216 LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO
Nascimento: 27/01/1991 (26 Anos e 3 Meses)
Endereço: VILA SAO GERONIMO
Bairro: SITIO MOCOZINHO C.E.P.: 55670-000
Cidade: 2615300 TIMBAUBA
Pai: LUIZ ANTONIO DA SILVA
Mãe: LUCIDALVA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 09875087416
Identidade: 8384467 - SDS - PE
Telefone: / 989618442
G.Instrução:
Ocupação: COMERCIANTE
Naturalidade: TIMBAUBA

		Hospital Armino Moura Av. Cleto Campelo, s/n Centro - Moreno/PE Fone: 81 3535-2013			
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL <small>1a. via - Farmácia / 2a. via - Paciente</small>					
Identificação do Paciente					
Paciente: LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO					
Endereço:					
Rua: VILA SAO GERONIMO - Bairro: SITIO MOCOZINHO - TIMBAUBA - PE					
Prescrição:					
CEFADROXILA 500MG 02CXS					
TOMAR 01 COMPRIMIDO, AS 7:00HS E AS 19:00HS, POR 08 DIAS.					
TULIO ALBERTO DE O SOUZA - CRM: 23411					
Identificação do Comprador			Identificação do Fornecedor		
Nome:					
Identidade:					
Órgão emissor:					
Endereço:					
Cidade: PE:					
Telefone:			Assinatura do Farmacêutico		
			Data / /		

*Dr. Tullio Alberto de O. Souza
ORÇOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 23411 - CBO: 3511*

Página 1 de 2

Scanned with CamScanner



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente



Emissão: 17/05/2017 18:02

Atendimento: 249145 Entrada: 16/05/2017 Hora: 10:23
Plano: SUS - DEMANDA
Responsável:
Médico: TULIO ALBERTO DE O SOUZA

Recepcionista: ROSALIA FABIANA OLIVEIRA
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700007436533406

Paciente: 71216 LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO
Nascimento: 27/01/1991 (26 Anos e 3 Meses)
Endereço: VILA SAO GERONIMO
Bairro: SITIO MOCOZINHO C.E.P.: 55870-000
Cidade: 2615300 TIMBAUBA
Pai: LUIZ ANTONIO DA SILVA
Mãe: LUCIDALVA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 09875087416
Identidade: 8384467 - SDS - PE
Telefone: / 989618442
G.Instrução:
Ocupação: COMERCIANTE
Naturalidade: TIMBAUBA

		Hospital Armindo Moura Av. Cleto Campelo, s/n Centro - Moreno/PE Fone: 81 3535-2013		 Armindo Moura	
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL <small>1a. via - Farmácia / 2ª. via - Paciente</small>					
Identificação do Paciente					
Paciente: LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO					
Endereço:					
Rua: VILA SAO GERONIMO - Bairro: SITIO MOCOZINHO - TIMBAUBA - PE					
Prescrição:					
PACO 02CXS					
TOMAR 01 COMPRIMIDO, AS 6:00HS, 14:00HS E 22:00HS, SEMPRE QUE DOR.					
TULIO ALBERTO DE O SOUZA - CRM : 23411					
Identificação do Comprador			Identificação do Fornecedor		
Nome:					
Identidade:					
Órgão emissor:					
Endereço:					
Cidade: PE:					
Telefone:			Assinatura do Farmacêutico		
			Data / /		

Dr. Tullio Alberto de O. Souza
CRM: 23411

Página 1 de 2

Scanned with CamScanner



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 17/05/2017 17:59

Atendimento: 249145 Entrada: 16/05/2017 Hora: 10:23
Plano: SUS - DEMANDA
Responsavel:
Médico: TULIO ALBERTO DE O SOUZA

Recepcionista: ROSALIA FABIANA OLIVEIRA
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700007438533406

Paciente: 71216 LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO
Nascimento: 27/01/1991 (26 Anos e 3 Meses)
Endereco: VILA SAO GERONIMO
Bairro: SITIO MOCOZINHO C.E.P.: 55870-000
Cidade: 2615300 TIMBAUBA
Pai: LUIZ ANTONIO DA SILVA
Mãe: LUCIDALVA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO **Cor:** PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 09875087418
Identidade: 8384467 - SDS - PE
Telefone: / 989618442
G.Instrução:
Ocupação: COMERCIANTE
Naturalidade: TIMBAUBA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE DE PATELA DIREITA CID: Z 47.0

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 16/05/2017, sendo submetido a tratamento ortopédico em 17/05/2017.

RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE DE PATELA DIREITA CID: Z 47.0

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TULIO ALBERTO DE O SOUZA

ORIENTAÇÕES:

1- CEFADROXILA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 12 EM 12 HORAS POR 7 DIAS:

2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR / PACO 30mg 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 8 EM 8 HORAS;

3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS:

4 - RETORNAR DIA PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO.

5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

Dr. Túlio Alberto de O. Souza
ORTOMEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB-325410-10-11/2011

Página 1 de 2

Scanned with CamScanner





DECLARAÇÃO DE INTERNAMENTO

Declaro para os devidos fins que **Luiz Antonio da Silva Filho**, RG: 8.384.467 SDS/PE está internado nesta Unidade de Saúde desde o dia 12/07/2016, em tratamento de fratura de patela direita, fratura de calcâneo extra articular, com escoriações flogísticas, sem previsão de alta hospitalar.

CID: S82.0

Moreno 26/08/2016


Dr. Fausto Augusto Salvador
MÉDICO
CRM: 17188



RECEITUÁRIO



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

HMA03

Luiz Antonio

En co EXT.

DEXA CITONEUMIM

APUCH IM

DIA OUTUBRO

Armindo Moura
Hermes Wagner
Oftalmologista
CRM 6963

Av. Cleto Campelo, S/N - Alto da Maternidade 54800-000 - Moreno - PE - 81 3535-2013

Scanned with CamScanner





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Luiz Antônio da Silva Filho
 PORTADOR(A) DO RG Nº 8384467 EXPEDIDO POR SDSIPE EM 09/08/10 E
 CPF 098750874-16 /CNPJ _____, PROFISSÃO remediador
 E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Luiz Antônio da Silva Filho, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 0877 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 44184-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL

Timbó

DATA

24/10/2016

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Luiz Antônio da Silva Filho

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOAO ROBERTO MARTINS DA SILVA - 26/11/2019 17:09:25

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112617092574200000053698107>

Número do documento: 19112617092574200000053698107

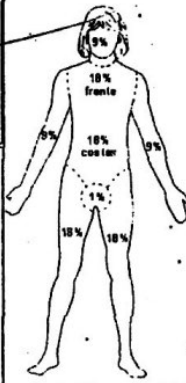
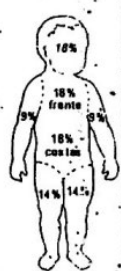
Num. 54578088 - Pág. 1



S.A. 192
184545

Nº da Ocorrência **497545**

1. Hora Chamado: 12:30		2. Chegada ao Local: 12:40		3. Saída local: 13:00		4. Saída da U. Hospitalar: 18:30	
5. Motivo/Solicitação: COLISÃO MOTO X MOTO						Data: 11/11/16	
7. Tipo de Equipamento: <input type="checkbox"/> 1. USA <input checked="" type="checkbox"/> 2. USB <input type="checkbox"/> 3. Moto <input type="checkbox"/> 4. Helicóptero							
8. Médico Regulador: LULIA				9. Rádio Operador: 2			
10. Paciente: LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO						11. Idade: 25	
12. Data Nascimento: 1/1		13. Solicitante: MAURICIO		14. Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
15. Nome da Mãe:							
16. Endereço da Ocorrência:				17. Nº:		18. Bairro:	
19. Município: TIMBAÚBA		20. Referência: TC 82					
21. Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> VIA PUBLICA <input type="checkbox"/> DOMICILIO		22. Tipo de Ocorrência: () 1. Clínico () 2. Pediátrico () 3. Psiquiátrico () 4. Tóxico () 5. Pediátrico () 6. Obstétrico () 7. Canceladas/Removido antes () 8. Causas Externas 4958 278 Unidade Destino: 4958 278					
23. Tipo de Vitima: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Condutor () 2. Pedestre () 3. Passageiro		24. Tipo Locomoção da Vitima: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Moto () 2. Automóvel () 3. Bicicleta () 4. A Pé () 5. Outro:		25. Mecanismo do Trauma: () 1. Injeção () 2. Capotamento () 3. Colisão Frontal () 4. Colisão Lateral () 5. Impacto Traseiro			
26. Natureza da lesão: () 1. Colisão/abalroamento () 2. Capotamento () 3. Atropelamento () 4. Choque com Objeto Fixo () 5. Queda em/Do Veículo () 6. Inguorado () 7. Outro:							
27. Uso capacete: () Sim () 2. Não		28. Uso Cinto Segurança: () 1. Sim () 2. Não		29. Halito de álcool: () 1. Sim () 2. Não			
30. Intoxicação: () 1. Alcool () 2. Drogas Ilícitas () 3. Exógena () 4. Animais Peçonhentos () 5. Outros:				31. Queda () 1. Propria Altura () 2. Outra Altura/Aproximadamente M			
32. Agressão: () 1. Agressão Física () 2. Agressão Arma Branca () 3. Agressão Arma Fogo () 4. Suspeita Abuso Sexual () 5. Outros:				33. Queimaduras: () 1. Choque elétrico () 2. Fogo () 3. Fumaça () 4. QBRN-e			
34. Unidade Destino HOSP. GETULIO				35. Médico que Recebeu Dr. Gerardo Beserra Dr. Gerardo Beserra			
36. Equipe Médico Assistente _____ Enfermeiro _____ Socorrista MAURICIO Condutor/Piloto ELVIRO Responsável Pelo Preenchimento TC 82 João Manoel de Silva Conselho Solicitou Apoio da UTI: () Sim () Não Obs: TC 82 Redirecionamento: () Sim () Não Causa _____ Destino COBEN-PE 609 929							
37. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE O Subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação Médica Ass. _____ Testemunha _____ RG _____ DATA: / / RG _____ DATA: / /				38. Múltiplas Vítimas () Sim () Não Quantas vítimas _____ Cenário _____			
39. EQUIPAMENTOS RETIDOS NA UNIDADE DESTINO Maca nº _____ Prancha nº _____ () Est. de cabeça () KED () Colar () Tirantes							

41. Respiração: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 1. Eupnéia <input type="checkbox"/> 2. Taquipnéia <input type="checkbox"/> 3. Apnéia <input type="checkbox"/> 4. Bradipnéia <input type="checkbox"/> 5. Dispnéia <input type="checkbox"/> 6. Deformidade Tórax		
42. Circulação/Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Presente <input type="checkbox"/> 2. Fino <input type="checkbox"/> 3. Ausente <input type="checkbox"/> 4. Choro	43. Perfusão periférica: <input type="checkbox"/> 1 < 2 Segundos <input type="checkbox"/> 1 > 2 Segundos	44. Saturação O ₂ : <u>99</u>
44. Coloração da Pele: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Normocorado <input type="checkbox"/> 2. Ictérico <input type="checkbox"/> 3. Pálido <input type="checkbox"/> 4. Cianose <input type="checkbox"/> 5. Sudorese <input type="checkbox"/> 6. Presença de Sangue <input type="checkbox"/> 7. Outro		46. Escala de CINCINNATI <input type="checkbox"/> 1. Déficit motor <input type="checkbox"/> 2. Desvio Comissura Labial <input type="checkbox"/> 3. Dificuldade da Fala <input type="checkbox"/> 4. Outro
47. Neurológico <input type="checkbox"/> 1. Normal <input checked="" type="checkbox"/> 2. Sonolência <input type="checkbox"/> 3. Agitação <input type="checkbox"/> 4. Coíma <input type="checkbox"/> 5. Convulsão		48. Pupilas <input type="checkbox"/> 1. Isocória <input type="checkbox"/> 2. Midriase <input type="checkbox"/> 3. Miose <input type="checkbox"/> 4. Anisocória
49. Alergia: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	50. Usa Medicamento: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	51. Alguma Patologia: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
52. S. <u>SEM DIFERENÇA</u> A. <u>SEM DIFERENÇA</u> M. <u>SEM DIFERENÇA</u> P. <u>SEM DIFERENÇA</u> L. <u>SEM DIFERENÇA</u> A. <u>SEM DIFERENÇA</u>		53. Oxigênio terapia: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não Qual? <input type="checkbox"/> 1. Cateter <input type="checkbox"/> 2. Venturi % <input type="checkbox"/> 3. CPAP <input type="checkbox"/> 4. Masc. c/ Reservatório <input type="checkbox"/> 5. Ventilação Mecânica Adaptação <input type="checkbox"/> Bem <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> 6. Outras Condutas
ESCALA GLASGOW 54. Abertura Ocular <input checked="" type="checkbox"/> 1. Espontânea (4) <input type="checkbox"/> 2. A Voz (3) <input type="checkbox"/> 3. A Dor (2) <input type="checkbox"/> 4. Nenhuma (1)	SCORE 1: 55. Resposta Verbal <input checked="" type="checkbox"/> 1. Orientada (5) <input type="checkbox"/> 2. Confusas (4) <input type="checkbox"/> 3. Palavras Inapropriadas (3) <input type="checkbox"/> 4. Palavras Incompletas (2) <input type="checkbox"/> 5. Nenhuma (1)	SCORE 2: 56. Resposta Motora <input checked="" type="checkbox"/> 1. Obedece a Comandos (6) <input type="checkbox"/> 2. Localiza a Dor (5) <input type="checkbox"/> 3. Movimento de Retirada (4) <input type="checkbox"/> 4. Flexão Anormal (3) <input type="checkbox"/> 5. Extensão Anormal (2) <input type="checkbox"/> 6. Nenhuma (1)
58. Condição: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Imob. Coluna cervical <input checked="" type="checkbox"/> 2. Utilização de prancha <input checked="" type="checkbox"/> 3. Imob. Membros		57. SSVV HORA <u>140x80</u> PA <u>120x80</u> FR FC <u>84</u> HGT <u>78</u> TEMP
69. História Clínica Atual, Evolução e Conduta: <u>SUSP. DE FRAÇÃO DE FEMUR DO PERUS</u> <u>DD. em curso um episódio de ENFISE, LARGIL, CIANOSE em M.D.</u>		ADULTO  CRIANÇA 
60. Evolução conduta Obstétrica 1. IG _____ Semanas <input type="checkbox"/> 2. Primipara <input type="checkbox"/> 3. Multipara Quantos? _____ <input type="checkbox"/> 4. Abortos. Quantos? _____ <input type="checkbox"/> 5. Contrações Intensidade das Contrações _____ <input type="checkbox"/> 6. presença Líquido Amniótico <input type="checkbox"/> 7. Hemorragia <input type="checkbox"/> 8. Proteinúria <input type="checkbox"/> 9. Perda Tampão Mucoso <input type="checkbox"/> 10. Toxemia gravídica/Pré-eclâmpsia <input type="checkbox"/> 11. Eclâmpsia <input type="checkbox"/> 12. Síndrome de HELLP OBSERVAÇÕES:		
61. Porcentagem:		

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 17/05/2017 18:00

Atendimento: 249145 Entrada: 16/05/2017 Hora: 10:23
Plano: SUS - DEMANDA
Responsavel:
Médico: TULIO ALBERTO DE O SOUZA

Recepcionista: ROSALIA FABIANA OLIVEIRA
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700007436533406

Paciente: 71216 LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO
Nascimento: 27/01/1991 (26 Anos e 3 Meses)
Endereco: VILA SAO GERONIMO
Bairro: SÍTIO MOCOZINHO C.E.P.: 55870-000
Cidade: 2615300 TIMBAUBA
Pai: LUIZ ANTONIO DA SILVA
Mãe: LUCIDALVA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 09875087416
Identidade: 8384467 - SDS - PE
Telefone: / 989618442
G.Instrução:
Ocupação: COMERCIANTE
Naturalidade: TIMBAUBA

LAUDO MÉDICO

Declaro para fins de prova que o paciente, **LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO** é portador do diagnóstico:

CID: RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE DE PATELA DIREITA CID: Z 47.0

Permaneceu internado do dia 16/05/2017 a 17/05/2017, sendo submetido a tratamento ortopédico em 17/05/2017.

Recomendo mantê-lo afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial

Moreno, 17/05/2017.

RETORNO: 11/2017

LOCAL: HOSPITAL ARMINDO MOURA, AS :00HS

MÉDICO: TULIO ALBERTO DE O SOUZA

D. Tullio Alberto de O. Souza
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 33.325/17 - RIMEPE 23411

OBS: Documentos originais para o INSS

01 - Cópia autenticada para a empresa

01 - Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Página 1 de 2

Scanned with CamScanner





Nome: LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO (71216)

Admissão: 221801

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

LAUDO MÉDICO

Declaro para fins de prova que o paciente, LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO é portador do diagnóstico:

CID: <<CODIGO CID>>

Permaneceu internado do dia 12/07/2016 a 25/08/2016, sendo submetido a tratamento ortopédico em 17/08/2016.

Sugiro mantê-lo afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial

Moreno, 25/08/2016.


HERMES WAGNER – CREMEPE: 8963

RETORNO: 14 /09 /2016

LOCAL: HOSPITAL ARMINDO MOURA, AS 10 :00HS

MÉDICO: HERMES WAGNER

OBS: Documentos originais para o INSS

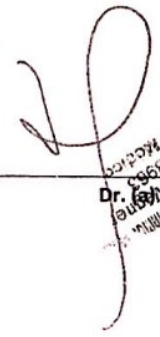
01 – Cópia autenticada para a empresa

01 – Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 17/08/2016 as 17:28


Dr. HERMES WAGNER
CRM: 8963

Scanned with CamScanner



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 01/08/2016 18:31

Atendimento: 221801 Entrada: 12/07/2016 Hora: 21:00
Acomodação: LEITO 03
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Enfermaria: ENFERMARIA 04
Permanência: 19 Dia(s), 21 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700007436533406

Paciente: 71216 LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO
Nascimento: 27/01/1991 (25 Anos e 6 Meses)
Endereço: VILA SAO GERONIMO
Bairro: SITIO MOCOZINHO C.E.P.: 55870-000
Cidade: TIMBAUBA
Pai: LUIZ ANTONIO DA SILVA
Mãe: LUCIDALVA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 09875087416
Identidade: 8384467 - SDS - PE
Telefone: / 89618442
G. Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: TIMBAUBA

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 12/07/2016 - 21:17

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19952)

HD(S): FRATURA DA PATELA DIREITA; FRATURA DO CALCÂNEO D (EXTRA-ARTICULAR)

DOENÇAS DE BASE: NEGA

MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO: NEGA

ORIGEM: HGV

DATA TRAUMA: 12/07/2016

TIPO DE TRAUMA: ACIDENTE DE MOTO

CONDIÇÕES DE PELE: ESCORIAÇÕES EM TODO O MEMBRO DIREITO

ALERGIAS: NEGA

ENCAMINHAMENTO: DR

TIPO DE ENCAMINHAMENTO: SES

EXAMES COM O PACIENTE:

() LABORATORIAIS

() RNM

(X) RADIOGRAFIAS

CD:

RX JOELHO + CALCÂNEO

PRE-OP

PROFILAXIA TVP/TEP

Hospital Memorial Armino Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone:(81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo,S/N-Murano-PE

Scanned with CamScanner



RECEITUÁRIO



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

LAUDO MÉDICO

SOLICITO MONITORAÇÃO
DE AFASTAMENTO DO S.
LUIZ ANTONIO DO SILVA
FILHO, COM CÉLULAS GRANDES
EM MÚLTIPLAS INFUSÕES
PRINCIPALMENTE TIOLO
DILUÍDO,
APÓS VÁRIAS ATOS FA
DO LACTÍCEPS (A)

Scanned with CamScanner



E EAM on JASTHO
HOMOSTER.

SOLICITO MONTAR MAIS
03 MESES DE FISIOTERAPIA
POR RECUPERAÇÃO TOTAL
DA A.D.M E FMS

MILCUL

08/11/17

Hermes Wagner
Ouro Preto
15/11/17



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAÚBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR JOÃO COUTINHO

Nome: LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO

Nº registro: 10341

Dt. Nasc.: 27/01/91 - 25 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: LUCIALVA DE SILVA

Fone:

Endereço: RUA RIO COIARÓ Nº 11, NOVA VIDA, TIMBAÚBA - PE

Data/hora: 11/07/2016 12:15

Nº pag: 1/1

FICHA DE ATENDIMENTO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

- PCT VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, VEIO PELO SAMU DIREITO PRA SALA VERMELHA

EXAME FÍSICO:

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ (_____)
PA: _____ x _____ mmHg HGT: _____ mg/dL

Temperatura: _____ °C

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Resultados de Exames:

Conduta / Evolução do paciente:

Dr. FRANCISCO GLEDSON GOMES FEIJÓ
CRM: 21446

BR 408 S/N KM 29, Loteamento Araruna Timbaúba CEP: 55870-000- Timbaúba/PE
Contato: (81) 3631-0059

Scanned with CamScanner



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAÚBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR JOÃO COUTINHO

Nome: **LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO**

Nº registro: **10341**

Dt. Nasc.: 27/01/91 - 25 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: LUCIDALVA DA SILVA

Fone:

Endereço: RUA RIO COLARO, nº 11, NOVA VIDA, TIMBAUBA - PE

Nº pág.: 1/1

Data/hora: 11/07/2016 - 13:25

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA DE FÊMUR DIREITO.. SEM TCE.
GLASGOW 15.

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: °

PA: x mmHg

HGT: mg/dL

CONDUTA:

SF 0.9% 1000ML EV. TRAMAL EV

Exames Complementares/Resultados:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hosp. Getulio Vargas

Motivo: Tratamento Cirúrgico

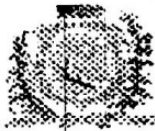
Senha: 4958278

Dr. FRANCISCO GLEDSON GOMES FEIJO
CRM: 21446

BR 408 S/N KM 29, Loteamento Araruna Timbaúba CEP: 55870-000- Timbaúba/PE
Contato: (81) 3631-0089

Scanned with CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA - DP46ªCIRC DINTER/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **16E0136001584**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/09/2016** às **13:03**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **11/7/2016** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1, PISTA DA VILA NOVA VIDA - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SILVIO FAUSTINO DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
ROSANA MARIA DA SILVA (NOTICIANTE)
LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO**

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

ROSANA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ERENITA GOMES DA SILVA Pat: ANTONIO LUIZ DA SILVA Data de Nascimento: 1/7/1985 Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1, VILA SÃO GERÔNIMO, SÍTIO MOCOZINHO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUCIDALVA DA SILVA Pat: LUIZ ANTONIO DA SILVA Data de Nascimento: 27/1/1991 Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1, VILA SÃO GERÔNIMO, MOCOZINHO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

SILVIO FAUSTINO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO**
Categoria/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KRE8101 (PERNAMBUCO/TIMBAUBA)** Renavam: **119822667** Chassi: **9C2JC307D6R785607**
Ano/Fabrica, ano/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

SEGUNDO A NOTICIANTE, ESPOSA D VITIMA ESTE DOFREU UMA COLISÃO FRONTAL COM OUTRA MOTOCICLETA, NA ESTRADA DE TERRA DA VILA NOVA VIDA, ONDE OS DOIS SOFRERAM VARIAS LESÕES E FORAM SOCORRIDOS PARA O SAMU ONDE O ESPOSO DELA RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDENDIMENTOS, FOI LEVADO PARA A UPA LOCAL DE ONDE FOI TRANFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS E NA TERÇA FEIRA A NOITE FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL ARMANDO MOURA NO MUNICIPIO DE MORENO, ONDE PASSOU POR CIRURGIA EM SEU JOELHO DIREITO

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

file:///C:/Users/Policia/20Civil/infopd/xml/BOEPreview.html

28/09/2016
Rosana Maria da Silva
ROSANA MARIA DA SILVA
(NOTICIANTE)

Boletim de Ocorrência

B.O. registrado por: **LUZIA ELZA MACIEL BERNARDES** Matrícula: **273166-5**

Scanned with CamScanner



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2017

Carta nº 11407770

a/c: LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO

Sinistro: 3170066723 ASL-0038895/17
Vitima: LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO
Data Acidente: 11/07/2016
Natureza: DAMS
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00017/00018 - carta_16





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10454674

A/C: LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170066723 ASL-0038895/17
Vitima: LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO
Data Acidente: 11/07/2016
Natureza: DAMS
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01361/01362 - carta_01



PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de : **LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO**, brasileiro, casado, vendedor, portador da Carteira de identidade Nº8.384.467 /SDS PE , inscrito no CPF/MF sob o número 098.750.874-16, residente e domiciliado no Sítio Mocoso, nº 70, Vila São Gerônimo , na cidade de Timbaúba –PE, CEP 55870-000

, nomeia e constitui seu bastante procurador, o **Bel. JOÃO ROBERTO MARTINS CARDOSO**, advogado inscrito na OAB seccional Pernambuco sob o nº. 37.228, com endereço profissional na Rua Alcedo Marrocos, nº 194, Centro, Timbaúba, Pernambuco, CEP: 55.870-000, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula “**AD JUDICIA ET EXTRA**”, A quem confere poderes amplos, gerais, ilimitados para representá-lo perante Juízo, Tribunal ou Instancia Competente, e Poderes Gerais da Clausula “**AD JUDICIA ET EXTRA**”, podendo requerer, contestar, recorrer, propor, firmar compromissos, fazer acordo, receber e dar quitação, concordar, discordar, oferecer provas, desistir, transigir, prestar declaração, receber citação, intimação e notificação, protestar, apresentar defesa e ainda usar todos os meios necessários permitidos em direito, bem como, representar o outorgante perante outras repartições públicas e privadas, praticar enfim todos e qualquer ato que se fizer necessário, para o completo e fiel cumprimento do presente mandato, podendo inclusive, substabelecer com ou sem reservas de iguais.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Pelo presente instrumento lido e acordado por ambas as partes fica obrigado o Contratante a pagar o Advogado Contratado os Honorários Advocatícios pelos serviços prestados Correspondentes a **30% (Trinta por cento)** sobre o valor do crédito objeto da condenação independentemente do valor da conciliação que vier a ser efetuada após a prolatação da sentença, bem como independente de eventual condenação de honorários sucumbenciais, inclusive o pagamento de Honorários advocatícios sobre o FGTS na hipótese destes títulos ser objeto do pedido, ficando a critério da contratada dispensa-lo ou não de acordo com a sua conveniência. Solidariamente responde pelos compromissos assumidos não só as partes como também seus herdeiros, sucessores ou beneficiários a qualquer titulo, ficando a M.M. vara autorizada a **Reter** os honorários nos termos do presente contrato, na hipótese do contratante revogar os poderes outorgados na procuração, requer o substabelecimento outorgado aos contratados, não exime o contratante do débito dos honorários, podendo os outorgados requerem a sua retenção nos autos e posterior saque. O contratante reconhece o presente contrato como título executivo extrajudicial.

Timbaúba (PE), 9 de setembro de 2019.

Lui Antonio da Silva Filho
LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO



Scanned with CamScanner





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.00142

ALIMENTAÇÃO RUA DR. ALCEBIADES - NÚM. - 00183 - CENTRO TINE
UBA PE 55370-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 108191249 Ago/20	
ERENITA GOMES DA SILVA			
SIT. HOGAR, N. 00070 - VILA SÃO GERONIMO TINEUBA PE 553			
INSCRIÇÃO: 154.196.730.1670.000 GRUPO: 3 DEB. AUTOMÁTICO: 1081			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	TIPO DE CONSUMO
		1	REAL
HIDRÔMETRO A12019149	DATA LEIT. ANTERIOR 26/07/2019	DATA LEIT. ATUAL 24/08/2019	

ÁGUA
LEIT. ANI: 2350 CONSUMO: 7
LEIT. ATU: 2357
LEIT. FAI: 2357

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

07/2019 10
06/2019 14
05/2019 11
04/2019 13
03/2019 08
02/2019 18

MÉDIA: 12

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS	
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ. A
TURBIDEZ	48	48
COR APARENTE	48	48
CORO RESIDUAL	48	48
COLIF. TOTAIS	48	48
E. COLI	48	48

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBSE: (1) CONFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	7 m3	44,08

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 05/09/2019 TOTAL A PAGAR: 44,08

RECEBAGU

Scanned with CamScanner



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Pelo presente instrumento de mandato: **LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO**, brasileiro, casado, vendedor, portador da Carteira de identidade Nº8.384.467 /SDS PE , inscrito no CPF/MF sob o número 098.750.874-16, residente e domiciliado no Sítio Mocossinho, nº 70, Vila São Gerônimo , na cidade de Timbaúba –PE, CEP 55870-000 , vem com arrimo na Lei nº. 1.060/50, com as alterações constantes na lei 7.115, de 29 de agosto de 1983, **DECLARAR**, expressamente, que sua atual situação econômica não permite arcar com custas, honorários advocatícios, PAGAMENTOS DE DÍVIDAS, despesas processuais e cartorárias sem prejuízo do seu próprio sustento e o da sua família, uma vez que é pobre na forma da Lei supra.

Timbaúba, 09 de setembro de 2019.

Luiz Antonio da Silva Filho
LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO

Rua Alcedo Marrocos, nº 194, Centro - Timbaúba/PE
FONES: (81) 9468-9726/9761-0307
E-mail: joaoroberto31@hotmail.com

