

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 01/08/2016 18:31

Atendimento: 221801 Entrada: 12/07/2016 Hora: 21:00
Acomodaçao: LEITO 03
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsavel:
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)
Endereco: 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

ORTOPEDIÀ / TRAUMATOLOGIA

Em: 12/07/2016 - 21:17

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 18952)

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

RADIOGRAFIAS

CD:

RX JOELHO + CALCÂNEO

PRE-OP

PROFILAXIA TVP/TEP

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

Scanned with CamScanner



da São HC Gob	NOME DA UNIDADE: DR. JOSÉ PÉTULIO VARGAS		
LAUDO PAR	Promotor: 1022908	CNS: 700007436533406	Nº: V0005-51
CARTÃO SUS:	Paciente: LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO	Unidade: CORREDOR CENTRAL	Lote: CRC-02
Nome do Paciente: Luiz Antônio	Nascimento: 27/01/1981	Idade: 25 Anos 5 Meses	Sexo: MASCULINO
DATA DE NASCIMENTO: 27/01/1981	SEXO: M	Matr.: 8991-8442	
NOME DA MÃE: Lucia Silveira de Souza			
ENDERECO: Rua da Boa Vista, 123 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - 20040-000			
Nº: 123	BLOCO: Centro	APT: 123	BARRA: TPE
MUNICÍPIO: Rio de Janeiro			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
HISTÓRIA CLÍNICA: Doenças crônicas em 30% das áreas de risco. 10% Taba.			
EXAME FÍSICO: an à suspeito do coronário			
PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: F.R.C. 11 - Parceria adquirida			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: Laringoscopia	CÓDIGO		
DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE: Clínica	CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Urgência		
DATA: 12/09/16	Dr. Romero Nery CRM-PE: 15570		
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO	DATA: 12/09/16		
PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS			
AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR			
NOME DA UNIDADE:			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSABILIZADO PELO TRATAMENTO		DATA DE ENCHIMENTAMENTO	
Av. das Américas, 1000 - Centro Recife - CEP: 50000-000 Fone: (81) 3104-8000			
NOV. 1024 V. 1 2018.			

Scanned with CamScanner

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico 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

Recepção: 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 <i>1a. via - Farmacia / 2º. via - Paciente</i>		
Identificação do Paciente		
Paciente: LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO		
Endereço:		
Rua: VILA SAO GERONIMO - Bairro: SITIO MOCOZINHO - TIMBAUBA - PE		
Prescrição:		
CEFADROXILA 500MG		02CX5
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:	Assinatura do Farmacêutico
Telefone:		Data / /
<i>Dr. Tálio Alberto de O. Souza CRF-PE 23411 CREMEPE 23411</i>		

Página 1 de 2

Scanned with CamScanner



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico 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

Recepção: 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 - Farmacia / 2º. via - Paciente</small>		
Identificação do Paciente		
Paciente: LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO		
Endereço:		
Rua: VILA SAO GERONIMO - Bairro: SITIO MOCOZINHO - TIMBAUBA - PE		
Prescrição:		
PACO 02CX5		
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:	Assinatura do Farmacêutico	
Telefone:	Data / /	

(Handwritten signature of Dr. Túlio Alberto de O. Souza over the prescription area)

Página 1 de 2

Scanned with CamScanner



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

Recepção: 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.: 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 SÍNTESE 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 SÍNTESE 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
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGA
CRM-PE 39444 - CRF-PE 25417

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

[Handwritten signature]
Dr. Fagner Alves Salgado
MÉDICO
CRM: 17188



RECEITUÁRIO



Luz Antônio

Lu c/o EXT.

DEXT CITONEUM

APUCM IM

DIAS DUTAINDO

Hermes Wagner
Ortopedista
CRM 969

HMAM03

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

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOAO ROBERTO MARTINS DA SILVA - 26/11/2019 17:09:25
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112617092562100000053698098>
Número do documento: 19112617092562100000053698098

Num. 54575429 - Pág. 7



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 Luis Antônio da Silva Filho
PORTADOR(A) DO RG Nº 8384467 EXPEDIDO POR SDS/PE EM 09/08/10 E

CPF 098750874-16 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO vendedor

E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Luis 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 0847 (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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Timóteo DATA 24/10/2016ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Luis 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.dpvtsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Scanned with CamScanner





Serviço de Atendimento Móvel de urgência
Secretaria Municipal de Saúde
FICHA DE ATENDIMENTO

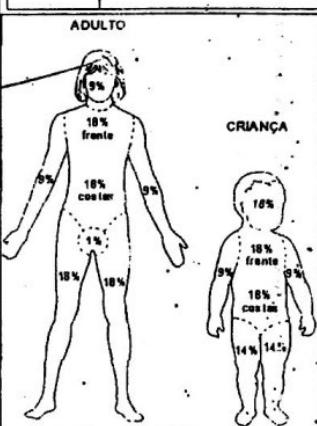
192
197545

Nº da Ocorrência 197545

1.Hora Chamado: <u>12:30</u>	2.Chegada ao Local: <u>12:40</u>	3.Saída local: <u>13:00</u>	4.Saída da U. Hospitalar: <u>12:30</u>
5.Motivo/Solicitação: <u>COLISÃO MOTOCICLO</u>		Data: <u>11/11/16</u>	
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: <u>ELVIR</u>	
9.Rádio Operador: <u>Q</u>		10.Paciente: <u>ELVIR ANTONIO DA SILVA FILHO</u>	
11.Idade: <u>25</u>		12.Data Nascimento: <u>/ / </u>	
13.Solicitante: <u>MARICO</u>		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: <u>TIMBAÚBA</u>		20.Referência: <u>TC 82</u>	
21.Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> DOMICÍLIO		22.Tipo de Ocorrência: <input type="checkbox"/> 1.Clinico <input type="checkbox"/> 2.Pediátrico <input type="checkbox"/> 3.Psiquiátrico <input type="checkbox"/> 4.Trote <input type="checkbox"/> 5.Pediatrico <input type="checkbox"/> 6.Obstétrico <input type="checkbox"/> 7.Canceladas/Removido antes <input type="checkbox"/> 8.Causas Externas <input type="checkbox"/> 9.Remoção/Senha: <u>4958278</u> Unidade Destino:	
23.Tipo de Vítima: <input checked="" type="checkbox"/> 1.Condutor <input type="checkbox"/> 2.Pedestre <input type="checkbox"/> 3.Passageiro		24.Tipo Locomoção da Vítima: <input checked="" type="checkbox"/> 1.Moto <input type="checkbox"/> 2.Autônomo <input type="checkbox"/> 3.Bicicleta <input type="checkbox"/> 4.A Pé <input type="checkbox"/> 5.Outro:	
25.Mecanismo do Trauma: <input type="checkbox"/> 1.Injeção <input type="checkbox"/> 2.Capotamento <input type="checkbox"/> 3.Colisão Frontal <input type="checkbox"/> 4.Colisão Lateral <input type="checkbox"/> 5.Impacto Traseiro		26.Natureza da lesão: <input type="checkbox"/> 1.Colisão/abalroamento <input type="checkbox"/> 2.Capotamento <input type="checkbox"/> 3.Atropelamento <input type="checkbox"/> 4.Cheque com Objeto Fixo <input type="checkbox"/> 5.Queda em/Do Veículo <input type="checkbox"/> 6.Inguirado <input type="checkbox"/> 7.Outro	
27.Uso capacete: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		28.Uso Cinto Segurança: <input type="checkbox"/> 1.Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2.Não	
29.Hálito de álcool: <input type="checkbox"/> 1.Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2.Não		30.Antoxicação: <input type="checkbox"/> 1.Álcool <input type="checkbox"/> 2.Drogas Ilícitas _____ <input type="checkbox"/> 3.Exogenia _____ <input type="checkbox"/> 4.Animais Peçonhentos _____ <input type="checkbox"/> 5.Outros _____	
31.Queda: <input type="checkbox"/> 1.Propria Altura _____ <input type="checkbox"/> 2.Outra Altura/Aproximadamente _____ M		32.Agressão: <input type="checkbox"/> 1.Agressão Física <input type="checkbox"/> 2.Agressão Arma Branca <input type="checkbox"/> 3.Agressão Arma Fogo <input type="checkbox"/> 4.Suspeita Abuso Sexual <input type="checkbox"/> 5.Outros _____	
33.Queimaduras: <input type="checkbox"/> 1.Choque elétrico <input type="checkbox"/> 2.Fogo <input type="checkbox"/> 3.Fumaça <input type="checkbox"/> 4.QBRN-e		34.Unidade Destino: <u>HOSP. GETULIO</u>	
35.Médico que Recebeu: <u>Dr. Geraldo Bezerra</u> <u>Cir Geral CRM 6722</u>		36.Equipe Médico Assistente _____ Enfermeiro _____ Socorrista <u>MARICO</u> Condutor/Piloto <u>ELVIR</u> Responsável Pelo Preenchimento <u>TC-ELV</u> Conselho _____ Solicitou Apoio da UTI: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs: _____ Redirecionamento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Causa _____ Destino _____	
37.EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE O Subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação Médica		38.Multiplas Vítimas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantas vítimas _____ Cenário _____	
39.EQUIPAMENTOS RETIDOS NA UNIDADE DESTINO Maca nº _____ Prancha nº _____ <input type="checkbox"/> Est. de cabeça <input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> Colar <input type="checkbox"/> Tirantes			

Scanned with CamScanner



as Aéreas:	41. Respiração:				
<input checked="" type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 1.Eupnéia <input type="checkbox"/> 2.Tarquipnéia <input type="checkbox"/> 3.Apnéia <input type="checkbox"/> 4.bradpnéia <input type="checkbox"/> 5.Dispnéia <input type="checkbox"/> 6.Deformidade Tórax				
42.Circulação/P脉:		43.Perfusão periférica:		44.Saturação Oz:	
<input checked="" type="checkbox"/> 1.Presente <input type="checkbox"/> 2.Fino <input type="checkbox"/> 3.AAusente <input type="checkbox"/> 4.Cherio		<input type="checkbox"/> 1 < 2 Segundos <input type="checkbox"/> 1 > 2 Segundos		99	
44.Coloração da Pele:			46.Escala de CINCINNATI		
<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 _____			<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			48.Pupilas		
<input type="checkbox"/> 1.Normal <input checked="" type="checkbox"/> 2.Convolvência <input type="checkbox"/> 3.Agitação <input type="checkbox"/> 4.Cópia <input type="checkbox"/> 5.Convulsão			<input type="checkbox"/> 1.Isocôria <input type="checkbox"/> 2.Midriase <input type="checkbox"/> 3.Miosie <input type="checkbox"/> 4.Anisocôria		
49.Alergia:		50.Uso Medicamento:		51.Alguma Patologia:	
<input checked="" type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não		<input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não		<input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não	
52.			53.Oxigêniooterapia: <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não		
S. A. <u>SL DIPRIVADA</u>			Qual? <input type="checkbox"/> 1.cateter <input type="checkbox"/> 2.Venturi ____ % <input type="checkbox"/> 3.CPAP <input type="checkbox"/> 4.Masc. c/ Reservorio <input type="checkbox"/> 5.Ventilação Mecânica Adaptação <input type="checkbox"/> Bem <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> 6.Outras Condutas		
ESCALA GLASGOW		SCORE1:		SCORE2:	
54:Abertura Ocular		55.Resposta Verbal		56.Resposta Motora	
<input checked="" type="checkbox"/> 1.Espontânea (4) <input checked="" type="checkbox"/> 2.A Voz (3) <input type="checkbox"/> 3.A Dor (2) <input type="checkbox"/> 4.Nenhuma (1)		<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)		<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.Iflexão Anormal (3) <input type="checkbox"/> 5.Extensão Anormal (2) <input type="checkbox"/> 6.Nenhuma	
58.Conduta: <input checked="" type="checkbox"/> 1.Imob. Coluna cervical <input checked="" type="checkbox"/> 2.Ultilização de prancha <input checked="" type="checkbox"/> 3.Imob. Membros				15	
59.História Clínica Atual, Evolução e Conduta: <u>SL FEMUR DO PELVIS</u> <u>10P. em CURSO UNI</u> <u>EPISÓDIO DE FERIDA, LIGAMENTO CIANOSE</u> <u>ESTABILIZADA</u>					
OBSERVAÇÕES:					
60:Evolução conduta Obstétrica					
1.IG Semanas <input type="checkbox"/> 2.Primipara <input type="checkbox"/> 3.Multípara Quantos? _____ <input type="checkbox"/> 4Abortos. 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.Perca 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: _____					

Scanned with CamScanner



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 17/05/2017 18:00

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

Recepção: 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

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.

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

Moreno, 17/05/2017.

RETORNO: //2017

LOCAL: HOSPITAL ARMINDO MOURA, AS :00HS

MÉDICO: TULIO ALBERTO DE O SOUZA

D. Tilio Alberto de O. Souza
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB-0017-TRNEPE 2411

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>>

Maneceu 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 ambulatório

Moreno, 25/08/2016.


HERMES WAGNER – CREMEPE: 8963

RETORNO: 14 /09 /2016

LOCAL: HOSPITAL ARMINDO MOURA, AS 10 :00HS

MÉDICO: HERMES WAGNER

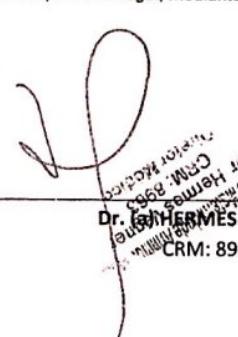
OBS: Documentos originais para o INSS

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 Eletronico 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

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME

RNM

Serviço de Arquivo Médico e Estatística

RADIOGRAFIAS

Fone:(81) 3535-2013

Av. Cleto Campelo,S/N-Morro-PE

CD:

RX JOELHO + CALCÂNEO

PRE-OP

PROFILAXIA TVP/TEP

Scanned with CamScanner



RECEITUÁRIO



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

LAVRO MEDICO

SOLICIT MONUTUNO
DE AFASTAMENTO DO SR.
LUIZ ANTONIO DA SILVA
FILHO, COM CENOS CRONI
E N MENSAGENS FAMILIARES
PUNICOSAMENTE TOTATO
DILEITA.
APRESENTA MARCA DE FSA
DO LARANJEIRAS A

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOAO ROBERTO MARTINS DA SILVA - 26/11/2019 17:09:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112617092598800000053698109>
Número do documento: 19112617092598800000053698109

Num. 54578090 - Pág. 4

E exames em 10/09/10
HMS LOSTEM.

SOLICITO MONTAR MAIS
03 RESES DE FISIOTERAPIA
PARA RECUPERAÇÃO TOTAL
DA A.D.M E FMG

MLO CUNHA

Hermes Wagner
Ortopedista
CRM SP 03

08/11/17

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**
Dt. Nasc.: 27/01/91 - 25 ano(s)
Mãe: LUCIDALVA DA SILVA
Endereço: RUA RIO COLARO nº 11, NOVA VIDA - TIMBAUBA - PE
Data/hora: 11/07/2016 - 12:45

Nº registro: 10341
Sexo: Masculino
Fone:
Nº pag: 1/1

FICHA DE ATENDIMENTO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

- PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, VEIO FELD SAMU DIREITO PRA SALA VERMELHA

EXAME FÍSICO:

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

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Resultados de Exames:

Conduta / Evolução do paciente:

Dr. FRANCISCO GLEDSO GOMES FEIJÓ
CRM: 21446

BR 408 S/N KM 29, Loteamento Araruna Timbaúba CEP: 55870-000- Timbaúba/PE
Contato: (81) 3631-0054

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOAO ROBERTO MARTINS DA SILVA - 26/11/2019 17:09:26
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112617092610300000053698110>
Número do documento: 19112617092610300000053698110

Num. 54578091 - Pág. 1

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

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

Nome: **LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO**

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

Mãe: LUCIDALVA DA SILVA

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

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

Nº registro: **10341**

Sexo: Masculino

Fone:

Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

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

EXAME FÍSICO:

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

Temperatura: °

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 GLEDSO 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



Assinado eletronicamente por: JOAO ROBERTO MARTINS DA SILVA - 26/11/2019 17:09:26
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112617092610300000053698110>
Número do documento: 19112617092610300000053698110

Num. 54578091 - Pág. 2

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 046ª CIRCUNSCRICAO - TIMBAUBA - DP46ºCIRC DINTER1/11ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 16E0136001584

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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 Mae: ERENITA GOMES DA SILVA Pat ANTONIO LUIZ DA SILVA Data de Nascimento: 1/7/1968 Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1, VILA SÃO GERONIMO, SITIO MOGOZINHO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mae: 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 GERONIMO, MOGOZINHO - 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/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA CG 125 Objeto apreendido: Não Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Hab: KRE8101 (PERNAMBUCO/TIMBAUBA) Renavam: 119822667 Chassi: 9G2JC30706R785607
Ano Fabrica, Ano Modelo: 2008/2008 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

SEGUNDO A NOTICIANTE, ESPOSA D VITIMA ESTE SOFREU 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 ATENDIMENTOS, FOI LEVADO PARA A UPA LOCAL DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS E NA TERÇA FEIRA A NOITE FOI ENCAMPADO PARA O HOSPITAL ARMINO MOURA NO MUNICÍPIO DE MORENO, ONDE PASSOU POR CIRURGIA EM SEU JOELHO DIREITO

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

http://C:/Users/Policia%20Civil/infopt/xml/BOEPreview.html

2019-09-28
Rosana Maria da Silva
ROSANA MARIA DA SILVA
(NOTICIANTE)

Boletim de Ocorrência

B.O. registrado por: LUZIA ELZA MACIEL BERNARDES / Matrícula: 293166-B

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



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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Bel. João Roberto Martins Cardoso
Advocacia e Consultoria Jurídica

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 Mocosinho, 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 título, ficando a M.M. vara autorizada a Retirar 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.

Luiz Antônio da Silva Filho
LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO

Rua Alcedo Marrocos, nº 194, Centro – Timbaúba/PE
FONES: (81) 9468-9726/9761-0307
E-mail: ioaoroberto31@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: JOAO ROBERTO MARTINS DA SILVA - 26/11/2019 17:09:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112617092648200000053698114>
Número do documento: 19112617092648200000053698114

Num. 54578095 - Pág. 1



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOAO ROBERTO MARTINS DA SILVA - 26/11/2019 17:09:26
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112617092656300000053700268>
Número do documento: 19112617092656300000053700268

Num. 54578099 - Pág. 1



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014:

ALFREDO CHAVES, RUA DR ALCEBIADES - NUM. - 00183 - CENTRO TIHE
UBA PE 59370-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA	108191249	Ago/20
ERENITA GOMES DA SILVA				
SIT. NOVO CHAVES, N. 00070	- VILA SAO GERONIMO TIMBAUBA PE 558			
066				
INSCRICAO 154.196.730.1670.000	GRUPO:3	DEB. AUTOMATICO:	1081	
BETUCAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESCOTO	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL
LIGADO	POTENCIAL	1		
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO	
A12III19149.	26/07/2019	24/08/2019	REAL	

AQUA
LEIT ANI: 2350 CONSUMO:7
LEIT ATU: 2357
LEIT FAI: 2357

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

07/2019	10	TURBIDEZ	NÚMERO DE AMOSTRA	
			EXIG.	PORT.
06/2019	14		48	48
05/2019	11	COR APARENTE	48	48
04/2019	13	CLORO RESIDUAL	48	48
03/2019	08	COLIF. TOTAIS	48	48
02/2019	18	E. COLI	48	48

MÉDIA: 12

Qualidade de Água: www.compresa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARÂMETROS COFORMES 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

DISCRICAO DOS SERVICOS	CONSUMO	TOTAL
AQUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	7 m3	44,08

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	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

REMESSA:

Scanned with CamScanner



Bel. João Roberto Martins Cardoso
Advocacia e Consultoria Jurídica

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Pelo presente instrumento de mandato: **LUIZ ANTONIO DA SILVA FILHO**, brasileiro, casado, vendedor, portador da Carteira de identidade Nº~~8.384.467~~ /SDS PE , inscrito no CPF/MF sob o número **098.750.874-16**, residente e domiciliado no Sítio Mocosinho, 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 Antônio da Silva Filho
LUÍZ ANTONIO DA SILVA FILHO

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



Assinado eletronicamente por: JOAO ROBERTO MARTINS DA SILVA - 26/11/2019 17:09:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112617092681600000053700274>
Número do documento: 19112617092681600000053700274

Num. 54578105 - Pág. 1