

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

DA IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES:

Pelo Presente Instrumento Particular:		
LIMDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA		
Nacionalidade:	Estado Civil:	
BRASILEIRO	CASADO	
RG:	CPF:	Nasc.:
6.852.298	058.836.704-40	14/02/1984
Profissão:		
Desempregado		
Endereço:		
Rua Calcedonia 269		
Bairro:	CEP:	
Centro	54735-095	
Município:	Estado:	TELEFONE:
São Lourenço	PE	

CONTRATADO: Bela. CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES, advogada, solteira, inscrita na OAB/PE 32.262, Rua Francisco Leopoldino, nº 405, Várzea - Recife/PE CEP: 54460-090, TELEFONE: 99939-8323

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Prestação de Serviço, ficando desde já aceito, pelas cláusulas abaixo descritas.

DO OBJETO DO CONTRATO

Cláusula Primeira: O presente contrato tem como OBJETO a prestação de serviços pela CONTRADADA para promover em nome do CONTRATANTE todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho do seu mandato do contrato.

Parágrafo único: estes serviços poderão ser feitos administrativamente ou por vias judiciais, caso necessário.

DA FASE JUDICIAL

Cláusula Segunda: caso necessário A intervenção judicial para o desempenho do seu mandato do contrato, pela procuração outorgada, a CONTRADADA, constituirão, em nome do contratante, profissionais especializados para tais fins. A opção do CONTRATANTE em propor demanda judicial é expressa por sua concordância nos termos do presente contrato.

Parágrafo único: as despesas referentes ao trâmite judicial serão, a princípio, suportadas pela CONTRADADA e não se constituem em honorários profissionais objeto deste instrumento, ficando o CONTRATANTE, no ato do recebimento do seguro, obrigado a ressarcir-las.

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Cláusula Terceira: A CONTRATANTE obriga-se pela veracidade e exatidão das informações prestadas a CONTRADADA, fornecendo-lhe procuração e aos seus sócios com fins específicos para agir em seu nome, além de todos os documentos pessoais e demais documentos indispensáveis que lhe forem solicitados etc. devendo pagar a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do proveito econômico auferido na fase judicial do presente instrumento, caso se faça necessário.

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Cláusula quarta: é obrigação da CONTRADADA realizar a prestação de contas nos moldes do presente contrato.

Cláusula quinta: a partir da entrega da documentação, a CONTRADADA serão responsáveis pela sua guarda e utilização devida.

X Limdeberg Faustino de Souza

Digitalizado com CamScanner



DO RECEBIMENTO

Cláusula sexta: A CONTRADADA estão autorizados a praticar todo e qualquer ato que julgue necessário para um bom resultado. Poderá, portanto, receber, passar recibos, endossar cheques, depositar os cheques em sua conta corrente, dar quitação dos valores por si recebidos.

Cláusula sétima: A CONTRADADA estão autorizados a promover a abertura de conta corrente e poupança para recebimento do seguro DPVAT nas instituições bancárias credenciadas em nome da CONTRATANTE.

Cláusula oitava: Não há prazo determinado para o término do procedimento.

Cláusula nona: Os comprovantes, cópias e documentos serão mantidos nos arquivos da CONTRADADA por 12 (doze) meses após o fim do processo. Após esse período, a CONTRADADA estão autorizados a dar o encaminhamento devido aos documentos relativos aos serviços prestados à CONTRATANTE.

DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Cláusula décima: A CONTRATADA se compromete a prestar toda e qualquer informação que a CONTRATANTE julgue necessária sobre a prestação de seus serviços. Tanto na fase administrativa como na judicial, se necessária.

Cláusula décima primeira: A CONTRATANTE pagará a CONTRADADA 30% (trinta por cento), do proveito econômico que for auferido, a título de remuneração pelos serviços prestados.

Cláusula décima segunda: A CONTRATANTE aceita e autoriza a CONTRADADA a proceder os descontos de seus honorários em percentual acima descrito 30% (trinta por cento) e demais despesas administrativas como cartório, sedex, eventuais consultas médicas, serviços despachante, perícias, etc; tudo que envolva o fiel cumprimento deste mandado, entre outras, no ato de prestação de contas e repasse da importância recebida, que deverá ser feito através de débito, saque ou transferência em conta que houver o recebimento do seguro DPVAT ou outra matéria, as cobranças serão atualizadas em conformidade com a tabela da OAB (de prestação de serviços) do ano cancelamento do contrato, proporcional aos atos praticados pela CONTRATADA.

DA RESCISÃO

Cláusula décima terceira: Em havendo desistência, distrato, revogação do presente instrumento ou prática de qualquer ato violador destes termos, reputar-se-á vencido e exigível o total da remuneração dos serviços da CONTRADADA, bem como as despesas descritas na Cláusula Décima Segunda, constituindo o presente contrato em título executivo extrajudicial, nos termos do Código de Processo Civil, ou ainda um salário mínimo do ano do cancelamento do contrato se o mesmo for cancelado antes da apresentação da defesa da parte contrária.

DO FORO

Cláusula décima quarta: Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do CONTRATO, as partes elegem o foro da comarca de Recife/Pernambuco.

Recife, 15 de Junho de 2019

Simone Vaz Faustino de Souza

CONTRANTE

CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES
OAB-PE 32.262

Testemunha

Testemunha

Digitalizado com CamScanner



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA
RG 6.852.298 CPF 058.836.704-40 PROFISSÃO desempregado
ESTADOCIVIL CASADO ENDEREÇO RUA CALCEDONIA
269 CENTRO-SÃO LOURENÇO DA MATA/PE

OUTORGADOS: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES, OAB PE – 32.262 todos com endereço profissional na Rua Francisco Leopoldino, nº 405, Várzea - Recife/PE CEP: 54460-090, telefone: 9 99398323, email: advcamillaalmeida@hotmail.com

PODERES: Para o foro em geral, com cláusula "*ad judicia*", para defender os interesses e direitos do outorgante, e mações e processos de qualquer natureza, até o final da decisão como autor, réu, assistente ou oponente, perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartições, órgãos ou autarquias Federais, estaduais e Municipais, contra qualquer pessoa física ou jurídica de direito público ou privado, em defesa dos legítimos interesses do outorgante, conferindo-lhe poderes ainda para confessar, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, desistir renunciar e assinar, interpor recursos necessários, tomar vistas em processos, representar em audiência ou judicialmente, contestar qualquer ação, receber notificação e intimação, incluindo também os poderes da procuração "*ad negotia*", a fim de requerer e fazer levantamento de valores creditados em favor do outorgante, através de alvará judicial, RPV ou Precatório, junto às instituições financeiras (CEF, Banco do Brasil S/A e outros), que façam referencia aos depósitos judiciais que os outorgados atuaram como patrocinador da ação, podendo ainda pedir retenção de honorários advocatícios combinados de acordo com contrato de honorários, ou seja, 30% (trinta por cento) do proveito econômico, sem prejuízo dos honorários sucumbenciais, enfim requerer, assinar e praticar tudo o mais que se fizer necessário para o perfeito desempenho do mandato em conjunto ou separadamente, inclusive subestabelecer com ou sem reserva de poderes que lhe são outorgados, assim como solicitar a justiça gratuita.

RECIFE 15/06/20

Local e Data

Lindemberg Faustino de Souza
Outorgante

Digitalizado com CamScanner



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, LINDEMBERG FAUSTINO DA SILVA
_____, brasileiro(a) portador do RG: 6.852.298 e
CPF: 058.836.704-40 DECLARO, nos termos das Leis nº 7.115/1983 e
1060/50, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não
dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do
sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira
responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente
declaração para que produza seus efeitos legais.

RECIFE 15/06/20

Local e Data

Lindemberg Faustino da Silva

DECLARANTE

Digitalizado com CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO DA MATA -
DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0128003266**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/10/2019** às **15:20**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **4/8/2019** às **15:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 01, CENTRO DE MATRIZ DA LUZ** - Bairro: **CENTRO** - **SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO COLEGIO JAIR PEREIRA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LOMBADA (AUTOR \ AGENTE)
LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

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

LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **ANGELINO FAUSTINO DE SOUZA** Data de Nascimento: **14/2/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6852298/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81826614**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 97, RUA SANTUARIO, MATRIZ DA LUZ. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

LOMBADA - Ramo de Atividade: **OUTROS**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

22/10/2019 15:04



Placa: **PGY8036** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KC2500KR103775**

Ano Fabricação/Modelo: **2018/2019**

Descrição: **MOTO DE PROPRIEDADE DO SENHOR, WELLINTON DE FREITAS MELO JUNIOR**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA, QUE CONDUZIA A MOTO ACIMA MECIONADA, NO CENTRO DE MATRIZ DA LUZ, QUANDO UMA LOMBADA NÃO SINALIZADA PROXIMO AO COLEGIO DERRAPOU LEVANDO A VITIMA AO CHÃO, CAUSANDO, ESCORIAÇÕES NO BRAÇO DIREITO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA UPA DE SÃO LOURENÇO, E DEPOIS TRANSFERIDO PAR SANTA CASA. CITA A VITIMA QUE NÃO POSSUI A CARTEIRA DE HABILITAÇÃO, (CNH). ENCERRO A PRESENTE OCORRENCIA.

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

LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA
(VITIMA)

Wellinton de Freitas Melo Junior

B.O. registrado por: **MARCOS ANTONIO MARQUES DA SILVA** - Matrícula: **3848345**

22/10/2019 15:04





HOSPITAL E MATERNIDADE
PETRONILA CAMPOS



PREFEITURA DE
**São Lourenço
da Mata**
Um novo tempo para nossa cidade

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

Data: 09/08/19		Nº Registro: 220613	
Nome: <u>Edson de Almeida Figueiredo de Souza</u>			
Data de Nascimento: 14/02/84	Idade: 34	Hora Atendimento: 16:46	
Sexo: M () F ()	Reg. 6.852.298	SUS: CPF. 153.136.704-40	
Nome Mãe: <u>Françoise Maria de Almeida</u>			
Responsável: <u>O mesmo</u>		Telefone:	
Endereço: <u>Rua Sotomaior</u>			Número: <u>512</u>
Bairro: <u>Monte do Lago</u>	Município: <u>São Lourenço da Mata</u>		
PSF de:	Origem:		
Queixa Principal: <u>Acidente automobilístico e traumas e lesões, mais importantes em</u>			
PDA: <u>USD</u>			
Exame Físico:			

Assinatura Médico

PA:	mmhg	FR:	ipm	Pulso:	bpm	Temperatura:
Massa:	Kg:	HGT	mg/dl			

Simone V. S. da Silva
COREN-PE: 1318817-TE

PRESCRIÇÃO:	1) Lavagem das feridas com água corrente + clorexidina + SF0,9%
	2) Voltaren 100mg - 01 AMP, IV, lento, agora ✓ 17:55
	3) Dipirona 500mg/ml - Aplicar 04ml, IV, lento, agora ✓
	4) Rx de ombro após redução e medicação
	5) Em tempo. Nota a orientação de permanecer 11PA p/ Rx do ombro (17:50).
ERVAÇÕES:	

Dr. Carlo Farias
CRM-PE: 28.197

Obs.: Após voltar o sistema, passar a ficha para o programa de Lavite.





HOSPITAL E MATERNIDADE
PETRONILA CAMPOS



PREFEITURA DE
**São Lourenço
da Mata**
Um novo tempo para nossa cidade

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

Data: 04/08/19		Nº Registro: 220613	
Nome: Leticia de Almeida Freitas de Souza			
Data de Nascimento: 14/02/84	Idade: 34	Hora Atendimento: 16:46	
Sexo: M () F ()	Reg. 6.852.298	SUS: CPF: 153.936.704-40	
Nome Mãe: Francineia Maria da Conceição			
Responsável: O mesmo		Telefone:	
Endereço: Rua Sotomaior			Número: 512
Bairro: Motay do Lg	Município: São Lourenço da Mata		
PSF de:	Origem:		
Queixa Principal: Acidente automobilístico e traumas e lesões, mais importantes em			
PDA: USD			
Exame Físico:			

Assinatura Médico

PA:	mmhg	FR:	ipm	Pulso:	bpm	Temperatura:
Massa:		Kg:		HGT	mg/dl	

Simone V. S. da Silva
COREN-PE: 1318817-12

PRESCRIÇÃO:	
1) Lavagem das feridas com água corrente + clorexidina + 3% Iodine	
2) Voltaren 100mg - 01 AMP, IV, lento, agora ✓ 17:55	
3) Dipirona 500mg/ml - Aplicar 04ml, IV, lento, agora ✓	
4) Rx de ombro após redução e medicação	
5) Em tempo. Nota a orientação de permanecer 11PA. Rx de ombro (17:50).	
OBSERVAÇÕES:	

Dr. Camilo Farias
CRM-PE: 28.197

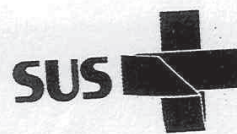
Obs.: Após voltar o sistema, passar a ficha para o programa do Lavite.





PREFEITURA DE
**São Lourenço
da Mata**
Um novo tempo para nossa cidade

Secretaria de Saúde



**CENTRAL DE REGULAÇÃO
FICHA DE ENCAMINHAMENTO AO ESPECIALISTA**

Unidade de saúde:	Município:
Telefone:	São Lourenço da mata:
Nome do usuário: <i>Lindemberg paustino de souza</i>	Cartão SUS nº: <i>898004102936116</i>
Prontuário nº:	Sexo: <i>M</i> Raça/cor:
Data de nascimento: <i>14/02/1984</i>	Nome da mãe: <i>FRANCISCA Mª DA CONCEIÇÃO</i>
Endereço: <i>Rua do sanhaio, nº 92</i>	Tel: <i>984817303</i>
Bairro: <i>MATIZ DA LUZ</i>	Referencia: <i>981826614</i>
CID ou Diagnóstico inicial: <i>Po-op em MSD. (CID10:5520)</i>	
Especialidade: <i>Proctologia - 20 sessões</i>	
Justificativa do Encaminhamento:	
Resultados de exame realizados:	
Carimbo e assinatura do Profissional de saúde	Assinatura do responsável Pelo encaminhamento

UNIDADE ENCAMINHADORA: SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade Executante:	Código de atendimento:
Médico:	Data / / Hora inicial:
Endereço	Fone:
Bairro	
Ponto de Referência	

OBS: COMPARECER A UNIDADE EXECUTANTE UMA HORA ANTES DA HORA INICIAL DE ATENDIMENTO

CONTRA-REFERÊNCIA

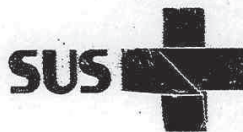
DIAGNÓSTICO E/OU CONDUTA ADOTADA NA UNIDADE EXECUTANTE

Carimbo e assinatura do profissional de saúde





PREFEITURA DE
**São Lourenço
da Mata**
Um novo tempo para nossa cidade



al



HOSPITAL E MATERNIDADE
PETRONILA CAMPOS

FICHA DE ACOLHIMENTO EMERGÊNCIA

PACIENTE: Lindemberg Faustino

IDADE: 34 ALÉRGICAS: (X) NÃO () SIM : A

MEDICAÇÕES EM USO: _____

PESO: _____ KG TEMPERATURA: _____ °C PA: _____ X _____ MMHG F.C.: _____ BPM

F.R.: _____ IRPM SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: _____ % GLICEMIA: _____ MG/DL

ANTECEDENTES PESSOAIS	SIM	NÃO
USO DE ÁLCOOL/ DROGAS		
TABAGISMO		
HIPERTENSÃO		
DIABETES		
INFECÇÃO ESPECÍFICA		
OUTRAS PATOLOGIAS		

QUEIXAS: exorciação em MMII e MMSS após acidente automotivo
bilateral.

HISTÓRIA

CLÍNICA:

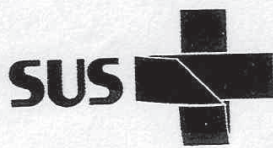
Andreza Alves
Enfermeira Auditora
COAEN - 017.918

ASSINATURA DO PROFISSIONAL





HOSPITAL E MATERNIDADE
PETRONILA CAMPOS



PREFEITURA DE
**São Lourenço
da Mata**

Um novo tempo para nossa cidade

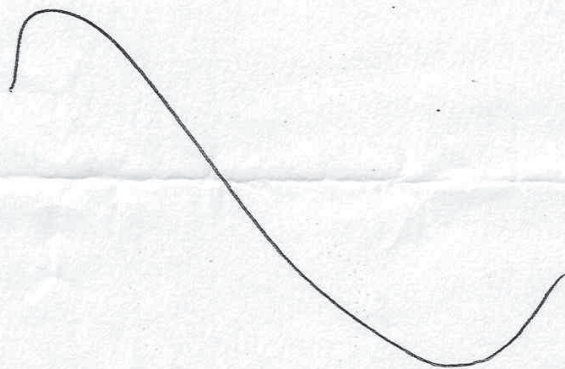
Receituário

Lindemberg Faustino de Souza

Rx //

Uso oral

4 Cataplen 50mg — 15cp
Ternax 91cp, 10, 8/8h, por 5d



Dr. Cap Farias
Médico
CRM-PE 28.197

04/08/19

Av. Prefeito Mario Henrique Mafra, 01, CEP: 54720-001 - Parque Capibaribe, São Lourenço da Mata-PE - Fone: (81) 3525.1120 / CNPJ: 12.257.765/0001-90



UPA SÃO LOURENÇO - SÃO LOURENÇO

Atendimento: 1045429

Senha de Classificação:

0059

Data e Hora: 10/03/2019 11:47

Especialidade:

Paciente: 100303 LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 14/02/1984 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO Nome do Pai:

Endereço: UNIAO ESTAVEL

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - CLINICO

CRM: 4569

Cidade: SÃO LOURENÇO DA MATA

UF: PE

Bairro: CENTRO

CEP: 54735000

Cap: 54735000

Usuário Atendimento: ALEXSS

RG (Identidade): 8.552.298

SDS PE

Data de Emissão: 02/04/2019

(Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 91728954

Cidade de Registro de Nascimento:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Frequência: _____ Atividade: _____ Temperatura: _____ Hora: 12:10

Queixa Principal

Paciente com lesão na queda há 6 dias
em pé da mão

Sintoma: D

Exame Físico

ECG: COTÉ
ACV: mu oleu
An: _____

Hipótese Diagnóstica

Trauma MSD

Conduta Terapêutica

Roxox MSD

Prescrição Médica

1) Cetonepene 1 comprimido em água

Valdenice de A. Ferreira
Téc. de Enfermagem
COREN/PE: 220.752.057Destino: ☐ Encaminhado ao Ambulatório ☐ Residência

Transferência:

Data:

Senha:

Raissa Esperidião
Cof. Saúde
CRM-PE 27032

Carimbo Médico

ATESTADO

() SIM
() NÃO () DIAS

DIGITADO

UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 10/08/2019 11:25

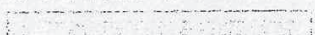


Nome Paciente: LINDEMBERG FABUTINO DE SOUZA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 14/02/1984
Sexo: Masculino
Idade: 35
Senha: 0059
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 10/08/2019 11:43 - 10/08/2019 11:44

AMANDA STEPPLE DE AQUINO - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Problema: NÃO URGENTE - VERDE

Cód.:  VERDE

Queixa Principal: REFERE QUEDA HA 6 DIAS E DOR EM MSD.

Outros dados: ALERGIA -
HAS -
DM -

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 H

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 102.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 135.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 86.00 MMHG

Acolhido(a) por: AMANDA STEPPLE DE AQUINO - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/08/2019 11:44

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



UPA SÃO LOURENÇO - SÃO LOURENÇO

Atendimento: 1045465

Senha de Classificação:

0083

Data e Hora: 19/08/2019 14:12

Especialidade:

Paciente: 100303 LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 14/02/1984 Idade: 35 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

Nome do Pai:

Endereço: RUA LUIZ LOPES ESTAVEL

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTODONTISTA

CRM: 693

Cidade: SÃO JOÃO DO PATRIZ DA LUZ

Bairro: CENTRO

UF: SÃO LOURENÇO DA MATA

PE

Cep: 5171000

Usuário Atendimento: ALEXSS

Identificador: 6660265

SDS PE

Data de Emissão: 12/04/2019

Tipo de Pessoa Física:

Forma: 1723554

Número de Registro de Nasco:

Data de Emissão CRM:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: 65 kg Altura: 1,75 m Temperatura: 36,5°C Pressão: 120/80 mmHg

Queixa Principal

Foram um catambó (D) após acidente de trânsito há ± 6 dias

diagnóstico (D)

DRE MAS (D)

Exame Físico

admissão +1/4+ catambó (D) com limitação de movimento

escarificações em face extensora catambó (D), sem alteração da sensibilidade

Diagnóstico

Fratura do Círculo (D)

Tratamento

Ex catambó (D) - Fratura do Círculo (D)

Prescrição Médica

Dala axilopalmar

Dala amarela

2) Dala on alup + AD ex catambó (D)

2) Dala 50mg/ml + AD ex catambó (D)

Ex catambó (D) 21h, ex catambó (D)

Prescrição: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Assinatura:

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

ATESTADO

SIM

NÃO

DIAS

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica



UNTA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Sistema de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora de emissão da senha: 10/08/2019 14:07



Nome Paciente: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES
Cod. Paciente:
Data de Nascimento: 14/02/1984
Sexo: Feminino
Idade: 35
Senha: 0083
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 10/08/2019 14:07 - 10/08/2019 14:07

TATIANE SOARES TORRES BEZERRA - COREN: 542387 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor:  VERDE

Fluxo de Atendimento: ENCAMINHADO DA CLÍNICA A ORTOPEDIA

Fluxograma sinograma: TRAUMA

Distúrbios/alterações: - SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA NAUSEA OU VÔMITO, CRÍSE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE

Especialidade: ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: TATIANE SOARES TORRES BEZERRA - COREN: 542387 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/08/2019 14:07

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



UPA SÃO LOURENÇO - SÃO LOURENÇO

Condicionamento: 1045429

Senha da Classificação:

0059

Data e Hora: 10/08/2019 11:47

Especialidade:

Paciente: 100303 LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 14/02/1984 Idade: 35 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO Nome do Pai:

Endereço: QUA. UNIAO ESTAVEL Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - CLINICO

CRM: 4569

Município: SANTUÁRIO - MATRIZ DA LUZ --

UF: 57

Bairro: CENTRO

Município: UPA: SÃO LOURENÇO DA MATA PE Cep: 54735000 Usuário Atendimento: ALEXSS

RG (Identidade): 6.352.298 SDS PE Data de Emissão: 02/04/2019

(Registro de Pessoa Física): Fone: 91726934

(Certidão de Registro de Nascimento) Data de Emissão CRM:

RESUMO DE TRATAMENTO

Pulsos: _____ Arterial: _____ Temperatura: _____ Hora: 12:10

Queixa Principal

Paciente com história de queda há 6 dias
em cima da cama

Anamnese: 0

Exame Físico

ECG: COTÉ
Rx: mu. ateu
An: 1

Hipótese Diagnóstica

Trauma M50

Conduta Terapêutica

Rivotril M50

Prescrição Médica

1) COTRIMOXAZOL 1200mg em 12h

Valdenice de A. Ferreira
Téc. de Enfermagem
COREN/PE: 220.752.532

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Assinatura:

Receita Especializada
Receita Médica
CRM-PE 27332

Senha:

Carimbo/Médico

Liberado pela VO

Dra. Fernanda Miranda
Médica
CRM-PE 27332

ATESTADO

() SIM () DIAS
() NÃO

DIGITADO



UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE RNIP

Data e hora retirada da senha: 10/08/2019 11:25



Nome Paciente: LINDEMBERG PASUTINO DE SOUZA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 14/02/1984
Sexo: Masculino
Idade: 35
Senha: 0059
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 10/08/2019 11:43 - 10/08/2019 11:44

AMANDA STEPPLE DE AQUINO - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Procedura: NÃO URGENTE - VERDE

Cód.: NÃO URGENTE - VERDE VERDE

Queixa Principal: REFERE QUEDA HA 6 DIAS E DOR EM MSD.

Observação: ALERGIA -
HAS -
DM -

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 H

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 102.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 135.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 86.00 MMHG

Acolhido(a) por: AMANDA STEPPLE DE AQUINO - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/08/2019 11:44

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

NOME: Guilherme Francisco de Souza IDADE: 25

REGISTRO: 1045406 DATA: 10/08/19

HDA: Por um acidente de trânsito no mto na Goleira

EX. FÍSICO: sem lesões e hematomas na PM
coluna C5

movimentos em face inferior a normal

EX. COMPLEMENTARES:

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

1. Fratura do C5
- 2.
- 3.

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO INICIAL:

curativo e imobilização

SENHA: 5745006 DESTINO: UGV

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM () NÃO ()

JUSTIFICATIVA: fratura / ortopedia

HORA DA SOLICITAÇÃO: MÉDICO SOLICITANTE:

HORA DA SAÍDA: MÉDICO DA LIBERAÇÃO:

ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO:



	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL (S)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____ 2 - CNES: _____ 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HSA		4 - CNES: _____	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE: Indemberg Faustino de Souza 6 - DATA DE NASCIMENTO: _____ 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ 8 - Nº DO PRONTUÁRIO: 654473 9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 3 10 - RAÇA/COR: _____ 11 - NOME DA MÃE: _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____ 13 - NOME DO RESPONSÁVEL: _____ 14 - TELEFONE Nº DO TELEFONE: _____ 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____ 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____ 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO: _____ 18 - UF: _____ 19 - CEP: _____			
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR: _____ 22 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR: _____ 23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA: _____ 24 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: _____ 25 - DIAGNÓSTICO INICIAL: _____ 26 - CID 10 PRINCIPAL: _____ 27 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____ 28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____		29 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 0403020369 30 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 0403020277	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE: ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III		32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 070203092901 33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 34 - QTD.: _____ 35 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 37 - QTD.: _____ 38 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 39 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 40 - QTD.: _____	
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO: Paciente com fratura da unha direita, sendo submetido a procedimento cirúrgico, sem intercorrências			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Camila Carvalho Krause Gonçalves 43 - DOCUMENTO: _____ 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 03245807465 45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____ 46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CNS): _____ 47 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 16/08/20		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____ 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____	
AUTORIZAÇÃO			
50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 51 - DOCUMENTO: _____ 52 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____ 54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____		55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____ 56 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____	





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA**, prontuário nº **1182239**, admitido neste hospital em 11/08/2019 com diagnóstico de Fratura da ulna direita, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 17/08/2019.

Recife, 18 de Setembro de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Dr^a Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-1800 | Email: sta.casa@santacasa-recife.org.br
Site: www.santacasa-recife.org.br

Registro: 654473 Prontuário: 1182239 Data de Nascimento: 14/02/84 Idade: 35 ANO(S)
Nome do Paciente: **LINDBERGB FAUSTINO DE SOUZA** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO
CPF: 05883670440

Data: 16/08/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 16/08/2019-17:59

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de olecraneo da ulna direita

Diagnóstico pós-operatório: O mesmo

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura da ulna DIREITA + neurolise do nervo ulnar DIREITA

Cirurgião: CAMILA KRAUSE

Anestesista: Bloqueio Plexo Braquial

Anestesia: ANDRÉ ABAGARO

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito ventral sob anestesia
- 2) Garroteamento do membro superior
- 3) Assepsia + Antissepsia
- 4) Aposição de campos cirúrgicos estereis e impermeáveis
- 5) Realizado incisão posterior no cotovelo com dissecação por planos anatomicos e hemostasia.
- 6) Liberação c/ neurolise do nervo ulnar DIREITO, visualizado foco de fratura
- 7) Realizado limpeza da articulacao com SF0,9% e revisão da hemostasia.
- 8) Reducao anatomica dos fragmentos com fixação de 02 parafusos canulados e 01 placa de reconstrução.
- 9) Observada a manutencao da reducao e rigidez da sintese apos movimentacao passiva do cotovelo. Sem bloqueio articular.
- 10) Sintese por planos anatomicos
- 11) Curativo
- 12) Retirado garrote de membro superior
- 13) Verificada boa perfusão distal

Dr. CAMILA CARVALHO KRAUSE GONCALVES
CRM: 20799

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: CAMILA CARVALHO KRAUSE GONCALVES. CRM: 20799. Data e Hora: 16/08/2019 18:11:02.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabrita, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-3000 | Email: sta.casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

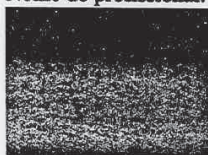
Registro:654473 Prontuário:1182239 Data de Nascimento:14/02/84 Idade:35
ANO(S)
Nome do Paciente:**LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO
CPF: 05883670440

Data: 16/08/2019

MELHORADO

Dr. CAMILA CARVALHO KRAUSE GONCALVES
CRM: 20799

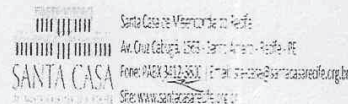
Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: CAMILA CARVALHO KRAUSE GONCALVES. CRM: 20799. Data e Hora: 21/08/2019 13:44:32.



Santa Casa de Recife

3412-3839

Relatório Médico de Alta



Nome: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA
Reg.: 654473 Pront.: 1182239
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 14/02/1984
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 35
Admissão: 11/08/2019 19:39 Alta: 17/08/2019 05:44

Admissão:

FRATURA DE OLECRANO DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO, SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico:

Principal S52.0 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CÚBITO [ULNA]

Internação:

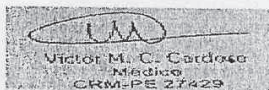
Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	11/08/2019 19:39	17/08/2019 05:44	6 dia(s)

Orientação:

ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES
RETORNAR AO AMBULATORIO DE DRA CAMILA KRAUSE DIA 28/08/2019
ANALGESIA + ATB
TIPOIA

Condição de Alta:

Tipo de Alta: Médica



Médico Responsável: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429



Santa Casa de Recife

Solicitação de Exames

Paciente: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Reg.: 654473

Pront.: 1182239

Telefone: 081984817303

Dt. Nasc.: 14/02/1984

RG: 6852298

Titular: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Matric:

Unidade: ENFERMARIA SÃO LUIZ

Leitos: LEITO C1

IH No.: 1 Admissão: 11/08/2019 19:39

Convênio: RETAGUARDA GETULIO

CID:

OS: 119.217074

Data/Hora: 16/08/2019 18:14

Exames Solicitados:

1) RX COTOVELO DIR AP/P

Dr. CAMILA CARVALHO KRAUSE GONCALVES

CRM: 20799

Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM-PE 22429





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabrita, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-1000 | Email: sta.casa@ santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:654473 Prontuário:1182239 Data de Nascimento:14/02/84 Idade:35
ANO(S)
Nome do Paciente:**LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO
CPF: 05883670440

Data: 16/08/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S520 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CÚBITO [ULNA]

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Tratamento cirúrgico de fratura da ulna DIREITA +
neurolise do nervo ulnar DIREITA CÓDIGO: 0408020369
0403020077

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico de fratura da ulna DIREITA + neurolise
do nervo ulnar DIREITA CÓDIGO:0408020369
0403020077

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:camila krause	20799
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:BLOQUEIO DE PLEXO	
5	ANESTESISTA	:ANDRE ABAGARO	27826
6	CLÍNICA MÉDICA :		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

RESUMO DE CASO: OPERADO SEM INTERCORRENCIAS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

MOTIVO DA ALTA

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: CAMILA CARVALHO KRAUSE GONCALVES. CRM: 20799. Data e Hora: 21/08/2019 13:44:32.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

LAUDO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

DATA: 17/08/2019

PACIENTE: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL SANTO AMARO / SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO RECIFE PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S520

DATA DE INTERNAMENTO: 11/08/2019

DATA DA CIRURGIA: 16/08/2019

DATA DE ALTA: 17/08/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 28/08/2019

MEDICO ASSISTENTE: DRA. CAMILA KRAUSE

Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM: 27429

Médico: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429



Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA
Reg.: 654473 Pront.: 1182239
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 14/02/1984
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 35
Admissão: 11/08/2019 19:39 Alta: 17/08/2019 05:44

Admissão:

FRATURA DE OLECRANO DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO, SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico:

Principal S52.0 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CÚBITO [ULNA]

Internação:

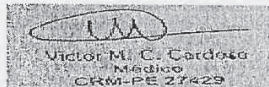
Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	11/08/2019 19:39	17/08/2019 05:44	6 dia(s)

Orientação:

ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES
RETORNAR AO AMBULATORIO DE DRA CAMILA KRAUSE DIA 28/08/2019
ANALGESIA + ATB
TIPOIA

Condição de Alta:

Tipo de Alta: Médica



Médico Responsável: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA
ENDEREÇO: RUA SANTUARIO, 97, MATRIZ DA LUZ, SAO LOURENCO DA MATA - PE
DATA: 17/08/2019

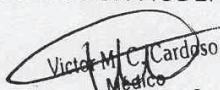
1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

USO ORAL

1. PARACETAMOL + CODEÍNA (500MG / 30MG) ----- 02 CAIXAS

TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 8H EM CASO DE DOR MODERADA A FORTE.


Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM-PE 27429

Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429

Caixa
36 Comp.
33,00

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: -----

IDENT: ----- Órgão Emissor -----

End: -----

Cidade: ----- UF -----

Telefone: -----

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. do Farmacêutico ----- / /
Data

Av. Cruz de Cabugá, nº 1563, Santo Amaro- CEP: 50040-000 - Recife/PE Contato: (81) 3412-3800





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

RECEITUARIO MÉDICO

PACIENTE: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA
DATA: 17/08/2019

USO ORAL

1. DÍPIRONA 500mg ----- 20 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR [06h] [12h] [18h] [24h]

2. VITAMINA C 500mg ----- 45 COMPRIMIDOS + 24,45

TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS

3. CEFALLEXINA 500mg ----- 28 COMPRIMIDOS +

TOMAR 01 COMPRIMIDO 6/6 HORAS POR 7 DIAS

Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM-PE 27429

Caix
30.00m
35.95.

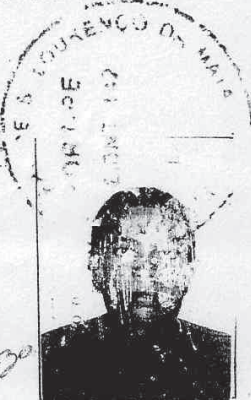
Médico: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 10364 Série 00074



Wimmlery Faustino de Souza

ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Wimmlery Faustino de Souza*
Loc. Nasc. *Recife* Est. *PE* Data *14.1.84*
Filiação *Wimmlery Faustino de Souza*
Tramisa Maria da Conceição
Doc. Nº *CN-3.824 F-259 L-A-22*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.
Data Emissão *09/06/2000* DRT *São Lourenço da Mata*
Maria das Graças Bezerra da Silva
Mat. *0-13323*
Assinatura do Funcionário

Non Do Ne D 1





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **058.836.704-40**

Nome: **LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA**

Data de Nascimento: **14/02/1984**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **26/03/2003**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:00:35** do dia **28/10/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **8196.FBD5.15A8.5F3C**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

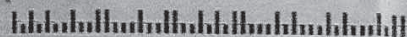
(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Itaucard 2.0

Todos os marcados de rosa
acabam este mês.

Itaú



CTC RECIFE PE PL3

PC-11

LINDEMBERG F DE SOUZA
R CALCEDONIA 269
CENTRO
54735-095 SAO LOURENCO DA - PE



Postagem: 17/06/2019

Vencimento: 01/07/2019

Emissão: 14/06/2019

Fechamento próxima fatura: 14/07/2019

Titular **LINDEMBERG F DE SOUZA**
Cartão **5487.XXXX.XXXX.0065**

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	1.730,5
1 Pagamentos efetuados	1.050,0
2 Saldo financiado	680,5
3 Encargos (financiamento + moratório)	74,9
4 Lançamentos atuais	1.458,3
5 Total desta fatura	2.213,84

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude agora para a Fatura Digital. Acesse: itau.com.br/cartoes/cadastre-fatura-digital

vencimento

01/07/2019

A) pagamento total

R\$

ou

B) pagamento mínimo*

R\$

ou

Veja outras opções de
parcelamento na
2ª folha dessa fatura.

2.213,88

664,20

+6 x 353,78

* Você pode pagar qualquer valor acima de R\$ 664,20. O que restar para o valor total será parcelado em 6 X, com encargos.

B) Pagamento mínimo: o valor pago será considerado como entrada de um financiamento, e o saldo restante será dividido em parcelas fixas com juros iguais ao do parcelamento (Parcelas Fixas) da fatura. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo para financiamento, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	1.950,00
Limite utilizado no mês	3.647,98
Retirada de recursos País (saque)	520,00
Retirada de recursos Exterior (saque)	1.950,00

Pagamentos efetuados

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
03/06	PAGAMENTO EFETUADO 3568	1.000,00
03/06	PAGAMENTO EFETUADO 3568	50,00
6 Total dos pagamentos		- 1.050,00

Lançamentos: compras e saques

LINDEMBERG F SOUZA (final 0065)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
13/10	LOJAS AMERICANAS 409/10 SAO LOURENCO	89,90
20/12	JUNIOR MAGAZINE 06/07 VESTUÁRIO SAO LOURENCO	105,53
27/02	MASTER JUNIOR MOVE04/04 MORADIA SAO LOURENCO	99,75
22/03	PAG*Barbra Angela 03/07 VESTUÁRIO NOSSA SENHORA D	138,58

Continuar

Compra presencial
com o uso do cartão e senha.

Caso você não pague a fatura integralmente, haverá cobrança de juros sobre as novas compras a partir da data de sua realização até o pagamento total da fatura. Somente as compras lançadas após o pagamento integral da fatura não terão incidência de juros.



Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75538 82987.152525 50451.630003 4 000

Número do Documento

00253829871/0012114

Nome do Pagador (CPF/CNPJ)

LINDEMBERG F DE SOUZA - 058.836.704-40

Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ)

BANCO ITAÚ S.A. - 17.163.123-00

Nosso Número

recibo do pagador

Valor do Documento

175/53829871-5

Valor em

R\$ 2.213,88

01/07/2019

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 19/08/2020 23:07:39
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081923073958700000065358008>
 Número do documento: 20081923073958700000065358008

Num. 66620660 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659979

Vítima: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MYZRAENE THAYSMA ALVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000876**

Conta: **0000097145-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

