



INVALIDAR - 598630
ASL 0224966/20
DAMS: 598632
ASL 0224977/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 042ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPOJUCA - DP42ªCIRC
DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0132000840**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/07/2020** às **15:38**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **18/2/2020** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **IPOJUCA, 1, VILA CALIFORNIA** - Bairro: **CENTRO** -
IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **555900000** - Ponto de Referência: **POSTO DE COMBUSTIVEL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O ESTADO (AUTOR AGENTE)
HUMBERTO GENILSON DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): HUMBERTO GENILSON DA SILVA

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

HUMBERTO GENILSON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEILDA MARIA DA SILVA** Pai: **JOSE PEDRO DA SILVA** Data de Nascimento: **19/11/1989** Naturalidade: **IPOJUCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7731612/SDS/PE (RG), 08296896486 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 993141034**

Residencial: **RUA OITO, 200 / ENGENHO CAETES - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE ZONA RURAL, 200 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

O ESTADO - Ramo de Atividade: **ADMINISTRACAO PUBLICA, DEFESA E SEGURIDADE SOCIAL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **HUMBERTO GENILSON DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **HUMBERTO GENILSON DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYM3643** (PERNAMBUCO/IPOJUCA) Renavam: **998815802** Chassi: **9C2JC4110BR719443**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR HUMBERTO GENILSON DA SILVA COMUNICANDO QUE ESTAVA ENTRANDO NO POSTO DE COMBUSTIVEL PARA CALIBRAR O PNEU DO VEICULO MOTOCICLETA DE PLACA OYM-3643, QUANDO AVISTOU UM VEICULO CARRETA DE PLACA NAO ANOTADA, SE ASSUSTOU COM A MESMA QUE VINHA EM SUA DIREÇÃO, PARA NAO BATER NA MESMA ACABOU DESVIANDO A MOTOCICLETA, COM ISSO, A MESMA VEIO DERRAPAR, TENDO A VITIMA SOFRIDO LESAO CORPORAL, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL SANTO CRISTO, POSTERIORMENTE FOI ATENDIDO NA UPA DE IPOJUCA, ONDE CONSTATOU UMA FRATURA NO PE DIREITO.

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

HUMBERTO GENILSON DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **VALDEMILSON MARTINS NUNES DE SOUZA - MAT 2211173** - Matrícula:
221117-3
(Liberado em **31/07/2020** às **16:01**)





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, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200286835

Vítima: HUMBERTO GENILSON DA SILVA

Data do Acidente: 18/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), HUMBERTO GENILSON DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 18/02/2020, emitido pelo Dr. GILDOMAR TORRES CRM nº 24458 - PE, da Instituição PREFEITURA DO IPOJUCA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01247/01248 - carta_31 - INVALIDEZ

00040624



Carta nº 16048986



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

NOME
HUMBERTO GEMILSON DA SILVA

DDC IDENTIDADE / C.R.G. EMISSOR / UF
7731612 SDS PE

CPF
082.968.964-86

DATA NASCIMENTO
19/11/1989

FILIAÇÃO
JOSE PEDRO DA SILVA
JOSEILDA MARIA DA SILVA

PERMISSÃO
A

ACC
A

CAT. HAB.
A

Nº REGISTRO
04463419490

VALIDADE
17/10/2023

1ª HABILITAÇÃO
24/09/2008

OBSERVAÇÕES

Humberto Gemilson da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
17/10/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
Charles Andreus Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

57676018859
PE080514293

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1683663466

PROIBIDO PLASTIFICAR
1683663466



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015103014274 BILHETE DE SEGURO DPVAT

HUMBERTO GENTILSON DA SILVA

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0000 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

CPG / CNPJ	002.250.254-08
PLACA	0YMB4

RENAVAM	MARCA/MODELO
HONDA/CB 125 ELLI N3	

ANNO HAB	CAT TAME	N° CLASSI
2014	08	9C2J04110EH718443

PRÊMIO TARIFÁRIO

	FMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO
0,25			
0,50			
0,75			
1,00			
1,25			
1,50			
1,75			
2,00			
2,25			
2,50			
2,75			
3,00			
3,25			
3,50			
3,75			
4,00			
4,25			
4,50			
4,75			
5,00			
5,25			
5,50			
5,75			
6,00			
6,25			
6,50			
6,75			
7,00			
7,25			
7,50			
7,75			
8,00			
8,25			
8,50			
8,75			
9,00			
9,25			
9,50			
9,75			
10,00			

30.00	4.00	30.00
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEU

4.15	0.32	94.56
PAGAMENTO		
DATA DE COTA		

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

07/01/2012

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.290.609/0001-04

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 10

10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525
 526
 527
 528
 529
 530
 531
 532

[illegible]

1. The first step is to identify the problem or goal. This involves understanding the current situation and what needs to be achieved.

2. Next, you need to gather information. This can be done through research, interviews, or data analysis.

3. Once you have gathered information, you should analyze it. This involves identifying patterns, trends, and potential solutions.

4. After analysis, you should develop a plan. This involves outlining the steps you will take to achieve your goal.

5. The next step is to implement the plan. This involves putting your plan into action and monitoring progress.

6. Finally, you should evaluate the results. This involves assessing whether you have achieved your goal and what lessons you can learn from the process.

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHRYSLER 000.240.000/0001-000

DESTAQUE DO FILMSTE DE VZ
E RECORDE DE FORTE OBTENIDO.

REPORT OF THE DIRECTOR OF THE BUREAU OF THE CENSUS

1. The first step is to identify the problem or goal. This involves understanding the current situation and what needs to be achieved.

2. Next, you need to gather information. This can be done through research, interviews, or data analysis.

3. Once you have gathered information, you should analyze it. This involves looking for patterns, trends, and potential solutions.

4. After analysis, you should develop a plan. This involves deciding on the best course of action and setting specific goals.

5. The next step is to implement the plan. This involves putting the plan into action and monitoring progress.

6. Finally, you should evaluate the results. This involves assessing whether the plan was successful and making adjustments if necessary.

1548 2079

Assinado eletronicamente por: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS - 08/10/2020 16:14:54
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100816145436900000067925525>
 Número do documento: 20100816145436900000067925525



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
 CNPJ 10.839.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

HUMBERTO GENILSON DA SILVA

CPF 082 968 964-86

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

EG CAETES 200 RUA OITO

ENGENHO CAETES/POJUCA RURAL
IPOJUCA PE
55590-000

NUMERO FISCAL	UNICA	EMISSÃO
114167625	ÚNICA	26/06/2020
NUMERO FISCAL	UNICA	EMISSÃO
26/06/2020	2015855201	8446593

CONTRATO	DATA
7025803749	06/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
03/07/2020	29/07/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	
17,42	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	30,0000000	0,31657906	9,48
Consumo Ativo(kWh)-TE	30,0000000	0,26541512	7,96
TOTAL DA FATURA			17,42

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3170549251	CAT	26-05-2020	613,00	26-06-2020	643,00	30	1,00000		30,00

MÊS/ANO	VALOR DO MÊS	VALOR DO ANO
JUN 20	17,42	17,42
MAR 20	17,42	17,42
ABR 20	17,42	17,42
MAR 20	17,42	17,42
FEV 20	17,42	17,42
JAN 20	17,42	17,42
DEZ 19	17,42	17,42
NOV 19	17,42	17,42
OCT 19	17,42	17,42
SET 19	17,42	17,42
AGO 19	17,42	17,42
JUL 19	17,42	17,42
JUN 19	17,42	17,42

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO
 EMATÉ 15 DIAS, DEBITOS EXISTENTES CAUSANDO CORTES

Venc.	Valor	Venc.	Valor
06/06/20	19,41	06/06/20	19,41

Este sistema não faz o cálculo de débitos anteriores e não é responsável por débitos anteriores. Caso haja débitos anteriores, o cliente deve pagar diretamente ao fornecedor. O cliente deve pagar diretamente ao fornecedor. O cliente deve pagar diretamente ao fornecedor.

CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE

Limite (R\$) 16,60 LIMITE - Valor do Encargamento do Sistema de Distribuição - R\$ 9,95

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7025803749	06/2020	03/07/2020	17,42
BANCO DO BRASIL S/A			
PAGÁVEL EM QUALQUER REDE BANCÁRIA			
00180.00009 03217.475015 09938.128171 6 83050000001742			
PARADOR / CPF / CNPJ / ENDEREÇO			
082 968 964-86			





*Prefeitura Municipal do Ipojuca
Secretaria Municipal de Saúde
SPA- Santo cristo*

Ipojuca, 15 de junho de 2020

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que, **HUMBERTO GENILSON DA SILVA**, foi atendido nesta Unidade Hospitalar no dia 18/02/2020, Conforme Registro Nº 06.432, Segue Cópia do Prontuário em Anexo.

SPA Hospital Santo Cristo
Rua Vinte e Nove de Abril, S/N
CEP 55590-000
Ipojuca-PE
Dr. Administrativo

Rua: Cel. João de Souza Leão S/N- Centro - Ipojuca - Pernambuco - CEP-55590-000
Fone: (81) 3551-1147 / 1156/1207- Fax - 3551-1274 - CNPJ- 11.248.285/0001-09



Sutura

06 432

19.11.89

Humberto Genisson da Silva

B

Via Carlin Josilda M^{rs} da Silva
Via 1b

9314.1034

18.02.2020 19:44

207, ~~procurados~~ e ~~muito~~ ~~fecho~~ ~~D~~, ~~recusados~~, ~~acidentes~~

[Signature]

1d - ~~EB~~

1) período - 1 ano > 1m.
2) período - 1 ano

Isolanda S. Silva
Técnico de Enfermagem
COREN 084.501

[Signature]
Dr. Gerson A. Torres
Médico CRM 24.458
18.02.2020





Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

Humberto Genilson da Silva

Paciente sofreu entorse de tornozelo há
70 dias. Apresenta dor e edema residual.
Ainda não consegue deambular sem apoio.
Requer mais 1 mês de reabilitação diante
da gravidade do quadro.

S934

Dr. Caio Pina
Ortopedia e Cirurgia da Mão
CRM-PE 22.518/17016134

17 / 03 / 2020
Data

Assinatura - CRM





INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
SUS - PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que o Segurado Humberto Gemberson

do Dr. Silva, portador da Carteira Profissional nº _____

Série _____, necessita de 15 (quinze)
Por Extensão

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

VSA de Pequize
Hospital ou Ambulatório

Pequize 02/03/20
Localidade e data

Fulano
Ass. do Médico - CRM nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo decreto nº 60.501 de 14-03-67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.





SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA

FICHA DE ATENDIMENTO

11-282

Nº REGISTRO: PACIENTE: Humberto Genilson da Silva DATA: 02/03/2020 HORA: 07:18h

DN: 15/11/89 SEXO: FEM ☐ MASC ☐ COR: - ID.: -

Nº RG: - SUS: - ESTADO CIVIL: -

FILIAÇÃO: MÃE: Josevelina da Silva ESCOLARIDADE: -

PAI: Eng. Carlos PROFISSÃO: -

ENDEREÇO: - Nº: - NATURALIDADE: - UF: -

BAIRRO: - MUNICÍPIO: Ipojuca UF: - COMP: - FONE: 9314-6034

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - ENFERMAGEM

[] VERMELHA [] AMARELA ☒ VERDE [] AZUL

CLÍNICA MÉDICA [] PEDIATRIA [] ORTOPEDIA ☒

DIAGNÓSTICO: QUEIXA PRINCIPAL: Paciente atendido ontem HEB e encaminhado para avaliação da ortopedia. Queda de moto há 8 dias.

ALERGIA MEDICAMENTOSA: NÃO ☒ SIM [] QUAL: -

ESCALA DE DOR:

SEM DOR DESCONFORTÁVEL ANGUSTIANTE INTENSA TOTALMENTE HORRÍVEL INIMAGINÁVEL INDESCRITÍVEL

ANTECEDENTES: DM [] HAS [] TABAGISMO [] CARDIOPATIA [] NEUROPATIA [] HEPATOPATIA [] PNEUMOPATIA [] AVC ANTERIOR [] ACAMADO [] USO DE DROGAS [] DEFICIÊNCIA FÍSICA [] OUTROS: -

MEDICAÇÕES EM USO:

PA: X mmHg FC: - bpm FR: - irpm SatO₂: - % HGT: - mg/dL Temp: - °C PESO: - Kg

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM [] NÃO [] ENCAMINHADO: AMBULÂNCIA/UND. [] DEMANDA LIVRE: []

ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO SOCIAL: SIM [] NÃO [] CARIMBO/ASSINATURA: Renata Cristina G. Pereira

OBS: PE 095513-ENF

CONSULTA MÉDICA

QPD/HDA: Paciente com história de queda de moto, há 8 dias, evoluindo com dor em perna (D). Porém mantendo carga total até ontem. Procureu procurar ortopedista.

EXAME FÍSICO: Dor em região média da tíbia (D) + edema em TVE (D) + hematoma em região de calcâneo.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura de malleolo posterior sem desvio.

CONDUTA MÉDICA: 1. Retirar tala.
2. Solicitar radiografia.
3. Cessar beta em MT (D), dingo.
Tala beta.

DESTINO DO PACIENTE: [] ALTA HOSPITALAR COM MELHORA CLÍNICA HORA: -

[] ALTA HOSPITALAR COM PRESCRIÇÃO PARA DOMICÍLIO

[] ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES DE SEGUIMENTO AMBULATORIAL: USF [] POLICLÍNICAS []

[] OBSERVAÇÃO CLÍNICA NO SETOR: VERDE [] AMARELO [] VERMELHO [] ISOLAMENTO []

CARIMBO/ASSINATURA: -





PREFEITURA DO
IPOJUCA
UM NOVO TEMPO

SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA

FICHA DE ATENDIMENTO

EVOLUÇÃO CLÍNICA

AVALIAÇÃO MÉDICA:

DATA:

HORA:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA

HORA

AGUARDA EXAMES: SIM ☐ NÃO ☐ LABORATÓRIO ☐ RADIOGRAFIA ☐ ULTRASSONOGRAFIA ☐

PROCEDIMENTOS: SVD ☐ SNE ☐ SNG ☐ CURATIVOS ☐ IMOBILIZAÇÃO ☐ OUTROS:

DEFINIÇÃO DO CASO

☐ ALTA HOSPITALAR COM SEGUIMENTO AMBULATORIAL NA ESPECIALIDADE:

☐ TRANSFERÊNCIA UNIDADES DA REDE MUNICIPAL:

SUORTE BÁSICO ☐ SUORTE AVANÇADO ☐

HOSPITAL:

SETOR:

☐ TRANSFERÊNCIA UNIDADES HOSPITALARES EXTERNAS:

SUORTE BÁSICO ☐ SUORTE AVANÇADO ☐

HOSPITAL:

SETOR:

SENHA:

TRÓBITO:

DO ☐ Nº:

SVO ☐

IML ☐

ANOTAÇÕES:

INFORMAÇÃO AO SERVIÇO SOCIAL: SIM ☐ NÃO ☐





**SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
HOSPITAL CAROZITA BRITO**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o Sr Humberto Genilson Silva, deu entrada no setor de emergência do Hospital Carozita Brito em 01/03/2019 às 14:47h, sob registro de prontuário nº13666 de mesma data, para atendimento médico.

Segue em anexo a cópia do prontuário de atendimento.

Ipojuca, 01 de Abril de 2020

Sônia Maria da Silva
Diretora Administrativa

de
Sucleide Lima
Mat 1170
Assessora de Gerência





SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
FICHA DE ATENDIMENTO

ADESIVO

30 anos

Nº REGISTRO 13666	DATA E HORA DO NASCIMENTO 19.11.89	EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL
PACIENTE: ESTADO CIVIL:	NASCIMENTO: PROFISSÃO: NATURALIDADE:	IDADE: SEXO: COR:
Nº DE IDENTIDADE	FILIAÇÃO	PAI MÃE
ENDEREÇO:	Bairro	Cidade
UF:	CEP:	TELEFONE:
ORIENTAÇÃO:		

PROCEDENCIA:	MEIO DE TRANSPORTE:
--------------	---------------------

CONSULTA DE ENFERMAGEM

DATA:	HORA:	ENFERMEIRO:	COREN:
01.03.2020	14:47		
SITUAÇÃO QUEIXA:			

ANTECEDENTES:	☐ DIABETES	☐ HIPERTENÇÃO	☐ CARDIOPATIAS	☐ DOENÇA NEUROLÓGICA	☐ TABAGISMO
	☐ ALCOOLISMO/DROGAS	☐ PNEUMOPATIAS	☐ HEPATOPATIAS	☐ DOENÇA MENTAL	OUTROS:
MEDICAÇÃO EM USO:					

PA: X mmHg	RHS: bpm	FC: bpm	FR: lpm	T: °C
ECG: ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	DEFICIÊNCIA MOTORA	PUPILAS
ESCORE	ESCORE	ESCORE	MSD ☐ MID ☐ MSE ☐ MIE ☐	ISOCÓRICAS ☐ ANISOCÓRICA ☐
DOR: ☐ SIM ☐ NÃO	SUDORESE: ☐ SIM ☐ NÃO	PALIDEZ ☐ SIM ☐ NÃO		

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:

Assinatura
Enfermeiro



ATENDIMENTO MÉDICO

História do Trauma:

Perda de Consciência: ☐ Sim ☐ Não Episódio Emélico: ☐ Sim ☐ Não Acidente de Trabalho: ☐ Sim ☐ Não
 Acidente de Trabalho: ☐ Sim ☐ Não Tipo: Motorista: ☐ Passageiro: ☐
 Colisão: ☐ Sim ☐ Não Tipo: Local do Impacto:
 Atropelamento: ☐ Sim ☐ Não Tipo: Sofreu Queda: ☐ Não ☐ Sim Altura: m
 Vítima de Ferimento: ☐ Sim ☐ Não Por: Transporte realizado por:
 Queimadura: ☐ Sim ☐ Não Por: Condições de Imobilização Adequada: ☐ Sim ☐ Não Por Que:

EXAMES FÍSICOS:

*Don m I D Aiz.
 grande de mato 6x + 6x
 dor em punho D*

EXAMES SOLICITADOS: LABORATORIAIS:

DIAGNOSTICO:

EXAMES ESPECIALIZADOS: ☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ☐ ANGIOGRAFIA
☐ ENDOSCOPIA ☐ RX ☐ ULTRASSONOGRAFIA ☐ LCR

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

DATA: / /

HORA: :

Maria J. da Silva
 Tce Enfermagem
 COREN 12584/215

15:05

INDICAÇÃO CIRÚRGICA:

☐ SIM ☐ NÃO

CLASSIFICAÇÃO RESERVA:

☐

DEFINIÇÃO DO CASO

INTERNAÇÃO ☐ CIRURGIA ☐ ÓBITO ☐ TERMO DE ALTA PEDIDO ☐ EVADIU-SE ☐

TRANSFERIDO PARA:

INTERNADO NA CLÍNICA:

INFORMAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

CONFIRMAÇÃO DO NOME:

CONFIRMAÇÃO DO ENDEREÇO:

PROVIDÊNCIAS: ALTA ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ EXAME EXTERNO ☐

OBSERVAÇÕES:

AUTORIZAÇÃO PARA ALTA/INTERNAÇÃO/TRANSFERÊNCIA:

ENFERMEIRA: COREN: MÉDICO: CRM: DATA: HORA:

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA INTERNAÇÃO:

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgico, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data:

Nome completo:

Nº da Identidade:

Assinatura:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possa advir.

Data:

Nome completo:

Nº da Identidade:

Assinatura:



Formulario de atendimento médico. Cabeçalho com campos para nome, endereço, data e hora. Seção de exames com opções como Raios X, Ultrassom, etc. Seção de diagnóstico com campos para diagnóstico principal e secundário. Seção de tratamento com campos para medicação e outros. Assinatura e rubrica do médico. Rubrica: "Rubrica do Médico".





INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
SUS - PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que o Segurado Humberto Gondim
de Belém, portador da Carteira Profissional nº _____

Série _____, necessita de 35 (quarenta e cinco)
Por Extensão

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

VIA de posuere de posuere
Hospital ou Ambulatório Localidade e data 02/03/20

Ass. do Médico - CRM nº _____
Filipe

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo decreto nº 60.501 de 14-03-67 e será expedido para justificativa do 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Secretaria de Saúde
RECEITUÁRIO

Humberto Gondim da Silva

Paciente sofreu entorse de tornozelo há
70 dias. Apresenta dor e edema residual.
Ainda não consegue deambular sem apoio.
Necessita mais 1 mês de reabilitação devido
à gravidade do quadro
S9324

17 / 03 / 2020
Data

Assinatura - CRM

Dr. Caio Pina
Ortopedia e Cirurgia da Mão
CRM-PE 22.518/TEO 16104

[illegible]

• 87004483955591200

(Ebers)

Data

Dr. Caio Riva
Ortopedia e Cirurgia da Mão
CRM 12.516/TEO 16114

Secretaria de Saúde
RECEITUÁRIO

11/ Humboldt de Silva

Kinematica metora 10 osses

5934



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: HUMBERTO GENILSON DA SILVA,
brasileiro(a), estado civil CASADO, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 082908964-86 e portador da cédula de identidade
nº 7737672, residente e domiciliado(a) na
RUA OITO
nº 200, bairro de ENGENHO CAETES / IPOJUCA
CEP 55590-000 na cidade de
IPOJUCA PE.

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

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

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

CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL: Pelo exercício do
mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de
honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e
qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da
parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto,
desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se,
ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais
disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios
celebrado em instrumento próprio.

Recife, 30 de setembro de 2019

Humberto Genilson da Silva
Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, HUMBERTO GENILSON DA SILVA,
brasileiro(a), estado civil CASADO,
profissão PEDEIREIRO Inscrito no CPF/MF sob o
nº 082.968.964-86, e portador da cédula de
identidade nº 7731672, residente e
domiciliado(a) EMGENTHO CAETE / RUA AITO
nº 200, bairro EMGENTHO CAETE,
CEP 55590-000 na cidade de
IPOSUCA PE.

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

Recife, 30 de setembro, de 2020.

NOME: Humberto Genilson da Silva

