





TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SEÇÃO DE MUTIRÕES DE CONCILIAÇÃO DA CAPITAL

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autor(a): Janiel Silva

inscrito no CPF: 054.292.674 - 14, vem solicitar com respaldo no Art. Nº 1 da Instrução Normativa nº 8 do TJPE de 28.08.2013, publicada em: 30.08.2013, edição 160/2013, que os presentes autos que versam sobre Indenização de DPVAT, sejam remetidos imediatamente à Seção Seção Especializada de Mutirões de Conciliação a Capital, antes da distribuição para alguma das Varas Cíveis, para que o feito possa ser inserido em pauta de Mutirões de acordo com o cronograma anual da Seção.

Recife, 24 de Outubro de 2017.

“DE ACORDO”:

Janiel Silva  
Autor(a)



## INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: **JADIEL SILVA**, maior, Profissão: autônomo, Portador do RG **7.076.589**, inscrito no CPF nº: **054.292.674-14** residente e domiciliado (a) **RUA DR. PETRONIO BARBOSA Nº56 – NOVA STA CRUZ – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE– PE.**

OUTORGADOS: BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA, **brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE pelo nº 22.090**, MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI, **brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE pelo nº 25.324** e VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES, **brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE nº 18.789** todos com endereço profissional situado na Rua capitão José da Luz, nº 137, Sala 502. Ed. Condomínio Cervantes Ilha do Leite, Recife - PE.

### PODERES:

*Da cláusula "Ad Judicial" representando a outorgante perante qualquer Juízo, Tribunal ou Órgão Administrativo, podendo ainda, apresentar queixa, assinar, requerer, transigir, dar quitação, desistir, firmar e prestar compromisso, apresentar declarações, requerer, receber e levantar alvarás judiciais, substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato.*

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE, 24 DE OUTUBRO de 2017.



JADIEL SILVA



## DECLARAÇÃO

**JADIEL SILVA**, maior, Profissão: autônomo, Portador do RG **7.076.589**, inscrito no CPF nº: **054.292.674-14** residente e domiciliado (a) **RUA DR. PETRONIO BARBOSA Nº56 – NOVA STA CRUZ – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE– PE**. Declaro que, sob as Penas da Lei e para quaisquer fins de direito, que não requeri a tutela jurisdicional para recebimento do Seguro DPVAT ora pleiteado, em nenhum juízo no Estado de Pernambuco, bem como, em outro estado da federação.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE / PE, 23 DE OUTUBRO de 2017.



JADIEL SILVA



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

**JADIEL SILVA**, maior, Profissão: autônomo, Portador do RG **7.076.589**, inscrito no CPF nº: **054.292.674-14** residente e domiciliado (a) **RUA DR. PETRONIO BARBOSA Nº56 – NOVA STA CRUZ – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE– PE.** Assistido (a) como Contratado De acordo com as Leis n.º 1.060/50 e 7.510/86, para o fim de obter a **GRATUIDADE DE JUSTIÇA** que não possui condições financeiras para arcar com o ônus das custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família. Declara conhecer que está sujeito às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, em sendo comprovada a falsidade das afirmações supra.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE- PE, 24 DE OUTUBRO DE 2017.



JADIEL SILVA



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FADIEL SILVA

RG nº 2.076.589, data de expedição 17/02/15, Órgão SDS-PE,

CPF nº 064.297.674-14, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA DR. PETRONIO BARBOSA</u>
Número	<u>56</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>NOVA SANTA CRUZ</u>
Cidade	<u>SANTA CRUZ DO CARIBARIPE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55100-000</u>
Telefone de Contato	<u>0484 9609</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SANTA CRUZ DO CARIBARIPE - PE 24-03-2017

Assinatura do Declarante: Fadial Silva



REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: JADIEL SILVA

DDC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF: 7076589 SDS PE

CPF: 054.292.674-14 DATA NASCIMENTO: 21/08/1985

FLUXO: NÃO DECLARADO

MARIA DE LOURDES SILVA

PERMISSÃO: ACC CAT HAB

Nº REGISTRO: 0321229003 VALEZ: 031030003 1ª HABILITAÇÃO: 17/04/2015

OBSERVAÇÕES: V

ASSINATURA DO PORTADOR: *Jadial Silva*

LOCAL: SANTA CRUZ DO CAPIBARIES - PE DATA EMISSÃO: 19/04/2016

ASSINATURA DO EMISOR: *[Assinatura]* 53087219084 FE072480980

DETRAN - PE - TERMO DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1223961393

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1223961393







## **SINISTRO 3170487350 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** JADIEL SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** ARUANA

SEGUROS S/A

**BENEFICIÁRIO** JADIEL SILVA

**CPF/CNPJ:** 05429267414

### **Posição em 30-11-2017 16:14:31**

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Declaração do Proprietário do Veículo    Vitima    Pendente



15/03/2018  
00:49:01

MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI - 15/03/2018 00:49:01

Endereço de e-mail

BELO HORIZONTE

TIPO DE PELO (AUTOR/PLENTE)  
MOTIVO (MORTE/OUTRA CAUSA (OUTRO)  
MOTIVO (MORTE/OUTRA CAUSA (OUTRO))



VERIFICAÇÃO (use a opção de ocorrência) que esteja em posse da(a) Sr(a):  
TADRE SIMA

MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI  
Rua ... nº ...  
Bairro ...  
Cidade ...  
UF ...  
CEP ...

Enviar E-mail para ...

Seu endereço de e-mail ...

Seu endereço de e-mail ...





**SAMU  
192**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE**

## **DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **Jadiel Silva** CPF 054.292.674-14, RG 707.658.9 SDS PE, que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID -0239, no dia 24 de Maio de 2017, às 15h27m, na rua Jose Francelino Aragão Bairro centro na cidade de Santa Cruz do Capibaribe, com queixa de colisão moto com carro, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)**, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a para UPA 24H em Santa Cruz do Capibaribe .

De acordo com o registro de informação do **SAMU**, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação do técnico socorrista com protocolo de trauma, imobilização de membros superiores e inferiores, acesso venoso periférico com solução ringer lactato 500ml e em seguido removido.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 26 DE Julho DE 2017.

**Maria Lenice C. da Silva**  
Coordenadora SAMU  
Mat. 077029

**MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA**  
Coordenadora

Recebi esta declaração do SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

EM 3/08/2017.



UNIVERSIDADE




### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr JADIEL SILVA, nascido em 05/08/1985 esteve nesta unidade hospitalar no dia 24/05/2017 por volta das 15h30min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 02 de JUNHO de 2017.

ATENCIOSAMENTE

  
-----  
**JOSE ADEMIR PEREIRA**  
DIRETOR  
MAT.069043

**Jose Ademir Pereira**  
Diretor  
Unidade de Pronto Atendimento UPA-22a  
MAT.514591

---

Rua do PE - 60 SN - Curral Picado - Santa Cruz do Capibaribe - PE  
E-mail: upa.22hscc@gmail.com



U.B.A  
Sempre 317 5870

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SANTA CRUZ DO CAPIMBARIBE  
HOSPITAL MUNICIPAL RAIMUNDO FRANCELINO ARAGÃO  
C.N.P.J.: 10.091.569/0001-63 CNES: 2344297

Ficha de emergência - Entrada do paciente

Número do atendimento: 142619 - 24/05/2017 15:52:14  
Paciente: (47134) JADIEL SILVA  
Sexo: Feminino Nascimento: 21/08/1985 Idade: 32 anos  
Profissão: OUTROS  
Filiação: Mãe: MARIA DE LOURDES Pai:  
Endereço: RUA PETRONIO BARBOSA, 56 Bairro: NOVA SANTA CRUZ Cidade: SCC FONE-81  
9447-8871

Pressão Arterial: 120x80 Pulso: 69 ST: 99/1

Temperatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Histórico da doença atual: *Ref. h/ta de acidente de noite, tendo sido 5m  
de pontos no de, color acinzel, repouso em um  
inj. regime titub - supla tatura. Pel encor.  
concluído, exuberante, erguendo, e ciondo o  
giboso 15.*

Exame físico:

Diagnóstico provisório:

Conduta:

*1 - Solato RX.  
2 - Voltar o Fm 127.  
3 - Fratura t.b. de - fratura*

*Thiago Costa Almeida  
Médico  
CRM-PB: 19881*  
CPF: 100.842.11.016  
Médico Responsável

Liberação do Paciente: Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura do Médico:

Carimbo e assinatura do Atendente:

**CÓPIA AUTORIZADA**

*Thiago Costa Almeida  
Médico  
CRM-PB: 19881*



RECEITUÁRIO

1124  
5135810

Nome: Jessiel Silva (5135810)

Ensaio de posição xromática,  
 vídeo de oculu motricidade,  
 teste de fibra óptica,  
 SEM TCE  
 Ao Travar,  
 teste.

*[Handwritten Signature]*

**Tiago Costa Almeida**  
 Médico  
 CRM-PB: 19681

MEDECO

Data: 16/05/18

Nome: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_

TERMO DE RESPONSABILIDADE

(RECUSA DE TRANSFERÊNCIA)

Eu Lu pomárcia Tammes L Silva  
 responsável pelo (a) paciente JADIEL  
 RG Nº 51674 SUS \_\_\_\_\_  
 DN 23/04/85 anos, recusa a transferência do (a)  
 Mesmo (a) para o Hospital H. 77A  
 na cidade Ormaiztegui indicado pela Central de Leitos  
 conforme senha nº 1219810 solicitação) pelo Médico(a) do  
 plantão Dr(a) THIAGO COSTA ALMEIDA

Santa Cruz do Capibaribe: 25 de 05 de 2018

Manoela Trigueiro Caroca Cavalcanti





SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE



# BOAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

VISTO  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA DE TRÂNSITO

Nº DO BOLETIM  
096/2018  
Nº DA POLÍCIA  
02

VEÍCULO Nº 01  
NOME DO PROPRIETÁRIO  
EVERTON MARQUES DA SILVA

MUNICÍPIO: S.C. CAPIBARIBE UF: PE MARCA: VW MODELO: SAVEIRO ANO: 2011

TIPO DE VEÍCULO:  
 AUTOMÓVEL  
 MICROÔNIBUS  
 BICICLETA  
 TRATOR  
 MOTOCICLETA  
 TRATOR AGRÍCOLA  
 CAMIONETA  
 CAMINHÃO  
 CAMIONETE  
 CARGA  
 ÔNIBUS  
 OUTRO

EXTENSÃO DA MARCA DE FREIAGEM (m): ESTADO DOS FREIOS:  BOM  RUIM

INFORMAÇÕES CONSTATADAS:  
 SIM  NÃO  
 AUTO DE INFRAÇÃO: CÓDIGO(S) DA(S) INFRAÇÃO(ÕES):  
 DIAGRAMA DE AVARIAS:  
 LE:  FD:  LD:  TE:  TO:  TD:

LEGENDA:  
 FE - FRONTAL ESQUERDO  
 EC - EIXO CENTRAL  
 FD - FRONTAL DIREITO  
 LE - LATERAL ESQUERDO  
 LD - LATERAL DIREITO  
 TE - TRASEIRO ESQUERDO  
 TC - TRASEIRO CENTRAL  
 TD - TRASEIRO DIREITO

AÇÕES ADMINISTRATIVAS ADOPTADAS:  
 REVENHAÇÃO DO VEÍCULO  
 RENOVAÇÃO DO VEÍCULO  
 RECOLHIMENTO DA CNH  
 RECOLHIMENTO DA EPC  
 RECOLHIMENTO DO CNV  
 RECOLHIMENTO DO CRV  
 TRANSFERÊNCIA DA LICENÇA  
 PENÚRIA

CONDUTOR DO VEÍCULO Nº 01  
 NOME DO CONDUTOR: EVERTON MARQUES DA SILVA  
 DATA DE NASCIMENTO: 18/05/1989 SEXO:  M  F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: TELEFONE: (81) 99438-8667  
 ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): RUA DOS PACAS Nº 06 BAIRRO: CENTRO  
 MUNICÍPIO: SANTA CRUZ DO CAP. UF: PE

HABILITAÇÃO:  
 CNH Nº DE REGISTRO: 0792987428 VALIDADE DA CNH:  EM DIA  VENCIDA CATEGORIA DA CNH:  A  B  C  D  E  ACC  
 PERMISSÃO 1ª HABILITAÇÃO: 27/04/2011  
 NÃO HABILITADO USAVA CINTO DE SEGURANÇA:  SIM  NÃO  SEM INFORMAÇÃO  
 NÃO EXIGÍVEL USAVA CAPACETE:  SIM  NÃO  SEM INFORMAÇÃO  
 ESTRANGEIRA SITUAÇÃO DO CONDUTOR:  PERMANECIU NO LOCAL  ATENDEU A VÍTIMA  EVADIU-SE  SOCORRIDO  
 NÃO APRESENTOU CNH ESTADO DO CONDUTOR:  MORTO  FERIDO  ILESO

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 01

NOME DO PASSAGEIRO/PEDESTRE: DATA DE NASCIMENTO: / / SEXO:  M  F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: TELEFONE: ( )  
 ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): MUNICÍPIO: UF:

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:  SIM  NÃO  SEM INFORMAÇÃO  
 USAVA CAPACETE:  SIM  NÃO  SEM INFORMAÇÃO  
 POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO:  NA FRENTE  ATRÁS  EM PÉ  NO COMPARTIMENTO DE CARGA  SEM INFORMAÇÃO  
 ESTADO DA VÍTIMA:  MORTO  FERIDO  ILESO

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 01

NOME DO PASSAGEIRO/PEDESTRE: DATA DE NASCIMENTO: / / SEXO:  M  F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: TELEFONE: ( )  
 ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): MUNICÍPIO: UF:

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:  SIM  NÃO  SEM INFORMAÇÃO  
 USAVA CAPACETE:  SIM  NÃO  SEM INFORMAÇÃO  
 POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO:  NA FRENTE  ATRÁS  EM PÉ  NO COMPARTIMENTO DE CARGA  SEM INFORMAÇÃO  
 ESTADO DA VÍTIMA:  MORTO  FERIDO  ILESO







**BOAT**  
POLÍCIA DE COORDENADORIA  
DE ACIDENTES DE VEÍCULO

*[Handwritten signature]*  
Data: 15/03/2018  
Hora: 00:49

096  
07

PLACA DO VEÍCULO: 0121  
NOME DO CONDUTOR: SANTA CRUZ DO CAP. PE JONDA

PLACA DO VEÍCULO: SANTA CRUZ DO CAP. PE JONDA Nº: 312 100 RGT: 3042

<input type="checkbox"/> AVANÇADA	<input type="checkbox"/> RECORTADA	TIPO DE VEÍCULO: <input type="checkbox"/> SEM <input type="checkbox"/> SEM	ENDEREÇO DO VEÍCULO: <input type="checkbox"/> AVANÇADO DE VEÍCULO <input type="checkbox"/> RECORTADO DE VEÍCULO <input type="checkbox"/> RECORTADO DE CAM <input type="checkbox"/> RECORTADO DE CAM <input type="checkbox"/> RECORTADO DE CAM <input type="checkbox"/> RECORTADO DE CAM <input type="checkbox"/> RECORTADO DE CAM <input type="checkbox"/> RECORTADO DE CAM
<input type="checkbox"/> BICICLETAS	<input type="checkbox"/> TRICICLOS		
<input checked="" type="checkbox"/> MOTOCICLETA	<input type="checkbox"/> TRICICLOS	TIPO DE VEÍCULO: <input type="checkbox"/> RECORTADO DE VEÍCULO <input type="checkbox"/> RECORTADO DE CAM <input type="checkbox"/> RECORTADO DE CAM <input type="checkbox"/> RECORTADO DE CAM <input type="checkbox"/> RECORTADO DE CAM <input type="checkbox"/> RECORTADO DE CAM <input type="checkbox"/> RECORTADO DE CAM	TIPO DE VEÍCULO: <input type="checkbox"/> RECORTADO DE VEÍCULO <input type="checkbox"/> RECORTADO DE CAM <input type="checkbox"/> RECORTADO DE CAM <input type="checkbox"/> RECORTADO DE CAM <input type="checkbox"/> RECORTADO DE CAM <input type="checkbox"/> RECORTADO DE CAM
<input type="checkbox"/> QUADRICICLOS	<input type="checkbox"/> QUADRICICLOS		

NOME DO CONDUTOR: MARCELO SILVA  
 DATA DE NASCIMENTO: 21/04/1983 SEXO:  M  F  
 IDENTIDADE/ORGÃO/UF: 7046284 SDS-PE TELEFONE: (81) 99781-9809  
 ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): RUA: M. MARIA SÁBINA Nº 295 BAIRRO: POLIS  
PACAS MUNICÍPIO: SANTA CRUZ DO CAP.

HABILITAÇÃO:  C/H

Nº DE REGISTRO: 06372093006 VALIDADE DA C/H:  EM DIA  VENCIDA

CATEGORIA DA C/H:  A  B  C  D  E

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:  SIM  NÃO  SEM INFORMAÇÃO

USAVA CAPACETE:  SIM  NÃO  SEM INFORMAÇÃO

SITUAÇÃO DO CONDUTOR:  PERMANECER NO LOCAL  ATENDEU A VÍTIMA  EVADIU-SE  SOCORRIDO

ESTADO DO CONDUTOR:  MORTO  FERIDO  ILESO

NOME DO PASSAGEIRO/PEDESTRE: PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº

DATA DE NASCIMENTO: / / SEXO:  M  F IDENTIDADE/ORGÃO/UF: TELEFONE: ( )

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): MUNICÍPIO: UF:

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:  SIM  NÃO  SEM INFORMAÇÃO

USAVA CAPACETE:  SIM  NÃO  SEM INFORMAÇÃO

POSICÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO:  NA FRENTE  ATRÁS  EM PÉ

ESTADO DA VÍTIMA:  NO COMPARTIMENTO DE CARGA  SEM INFORMAÇÃO  MORTO  FERIDO  ILESO

NOME DO PASSAGEIRO/PEDESTRE: PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº

DATA DE NASCIMENTO: / / SEXO:  M  F IDENTIDADE/ORGÃO/UF: TELEFONE: ( )

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): MUNICÍPIO: UF:

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:  SIM  NÃO  SEM INFORMAÇÃO

USAVA CAPACETE:  SIM  NÃO  SEM INFORMAÇÃO

POSICÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO:  NA FRENTE  ATRÁS  EM PÉ

ESTADO DA VÍTIMA:  NO COMPARTIMENTO DE CARGA  SEM INFORMAÇÃO  MORTO  FERIDO  ILESO





www.sosortopedia.br.com.br

**LEONARDO CEZAR**

CIRURGIA DA MÃO  
PRONTO SOCORRO DE ORTOPEDIA  
TRAUMATOLOGIA DE CAMPINA GRANDE

## LAUDO MÉDICO

JADIEL SILVA, VITIMA DE ACIDENTE  
MOTOCICLISTICO DIA 24/05/17, OPERADO  
DIA 25/05/17. COM FRATURA DE PERNA  
GRAVE E LIMITANTE, SOLICITO  
LIBERAÇÃO DE SUAS ATIVIDADES POR UM  
PERIODO MINIMO 180 DIAS.

S82.2

Leonardo Cezar  
Cirurgião da Mão  
Pronto Socorro de Ortopedia  
Traumatologia de Campina Grande

leocezzar@hotmail.com

SOS Ortopedia - Casa da Mão (Nilo Peçanha/ 568 Prata) ☎ (83) 32011918

www.leonardocezarmao.com.br

Leonardo Cezar SOS ORTOPEDIA\_CG ☎ (83) 9 99974277

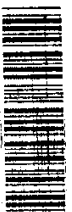
Atendimento de segunda a sexta feira por ordem de chegada, 7:00 às 18:00  
Urgência a noite e finais de semana dirigir-se ao hospital João XXIII.





SISTEMA DE ASSISI. SOCIAL E DE SAUDE HOSPITAL JOAO XXIII  
 SISTEMA DE CONTROLE CLINICO  
 REGISTRO DE INTERNACAO

DATA: 24/05/2017  
 HORA: 20:02:09



\*53451\*

Prontuario Nome do Paciente Nascimento Idade Sexo Cor Naturalidade Religiao  
 30162 JADIEL SILVA 21/08/1985 31 M 1-CATOLICA  
 Estado Civil CPF RG Grau de Instrucao Profissao  
 06348098006  
 Filiação Pai: Fone Residencial Fone Trabalho  
 Mae: MARIA DE LOURDES SILVA 81 994478871  
 Complemento Endereco  
 Endereco R.PETRONIO BARBOSA,56 - NOVA SANTA CRUZ, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE CEP:  
 Tipo Atendimento  
 5-INTERNACAO CIRURGICA  
 Motivo Atendimento  
 3-INTERNACAO/ELETIVA

Atendimento Data/Hora Atend. Data/Hora Prev. Setor  
 53451 24/05/2017 20:21 26/05/2017 21:00 121710-RECEPCAO EMERGENCIA / ELETIVA - CNV  
 Medico Atendente  
 310620-LEONARDO CESAR DE OLIVEIRA E SOUZA  
 Plano / Convênio Nº Carteira Validade Nº CNS  
 0-PARTICULAR/0-PARTICULAR

Posto Acomodação Letto  
 POSTO-100 121815 POSTO-100-APTO-105 APT-105 1  
 Guia Procedimento  
 INTERNACAO 9999666 INTERNACAO  
 \*30162\*

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O paciente (ou responsável), Sr(a) JADIEL SILVA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente, para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às possibilidades clínico-cirúrgicas do caso. Bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas. Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

- 1) Mãe de Hilbrina
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

CAMPINA GRANDE, 24 de Maio de 2017

HILBRINA MARINHO  
 Responsável pelo Atendimento  
 Marcia Thamires de Lima Silva  
 Responsável pelo Paciente

Responsável MARCIA THAMIREZ DE LIMA SILVA  
 Endereço: R. PETRONIO BARBOSA, 56 Bairro NOVA SANTA CRUZ, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE  
 Telefone: 81 994478871

DATA:







**Centro Hospitalar João XXIII**  
SISTEMA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DE SAÚDE



**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome Jadriel Silva  
Convênio Particular

Nº Prontuário 30162

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nº \_\_\_\_\_ Data 25-05-14 Hora \_\_\_\_\_ Quarto/Leito 105-

QUANTIDADE	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
	1) Ditta 2ml, liberar a 12h	12h
	2) S099/Oxal-1, IV + 12h	<del>12h</del>
	3) Cefalox 1g IV 6/6h	<del>6/6h</del>
	4) Thiamid 200mg + S099/10ml IV 06/6h	<del>12h</del>
	5) Paracetamol 500mg VO 6/6h	<del>12h</del>
	6) Paracetamol 500mg VO 8/8h	
	7) SSVV + CCGG	

Valdelúcio Cesar de Abreu Junior  
Anestesiologista  
CRM 9736  
CPF: 034.413.044-46

Assinatura e Carimbo do Médico

Destino

Recabido por

1º via - Prontuário / 2º via - Farmácia

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME: Jadriel Silva  
CONVÊNIO: Particular

Nº PRONTUÁRIO: 53457

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nº: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ QUARTO/LEITO: 205

QUANTIDADE	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
	1) Ditta 70mg Am 22:00	
	2) SAS 1500 6x24h	<del>12h</del>
	3) Tramal 100mg + 100mg SP997-6 06/06h	<del>12h</del>
	4) SSVV + CCGG	
	5) Paracetamol 500mg VO 06/06h	<del>12h</del>

Valdelúcio Cesar de Abreu Junior  
Anestesiologista  
CRM 9736  
CPF: 034.413.044-46

ASS. E CARIMBO DO MÉDICO

DESTINO:



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**

Eu, Adiel Silva, portador da carteira de identidade nº 7.076.589 e inscrito no CPF/MF sob o nº 054.203.074-14 residente e domiciliado na Rua Dr. Petronio Barbosa, 56, Vila Santa Cruz Cidade Montaria do Carmo Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Adiel Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Montaria do Carmo PE, 24-09-2017

Local e data

