



Assinado eletronicamente por: MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI - 15/03/2018 00:49:00  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18031500490056100000028673371>  
Número do documento: 18031500490056100000028673371

Num. 29040699 - Pág. 6



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

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autor(a): Fábio Silveira

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”:

Fábio Silveira  
Autor(a)



## INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORANTE: **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 N°56 – NOVA STA CRUZ – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE- PE.**

OUTORADOS: 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.

Jadil Silva

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 nº 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, Fábio Sales,

RG nº 2.076.589, data de expedição 17/04/15, Órgão SDS-PE,

CPF nº 064.202.694-14, 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:

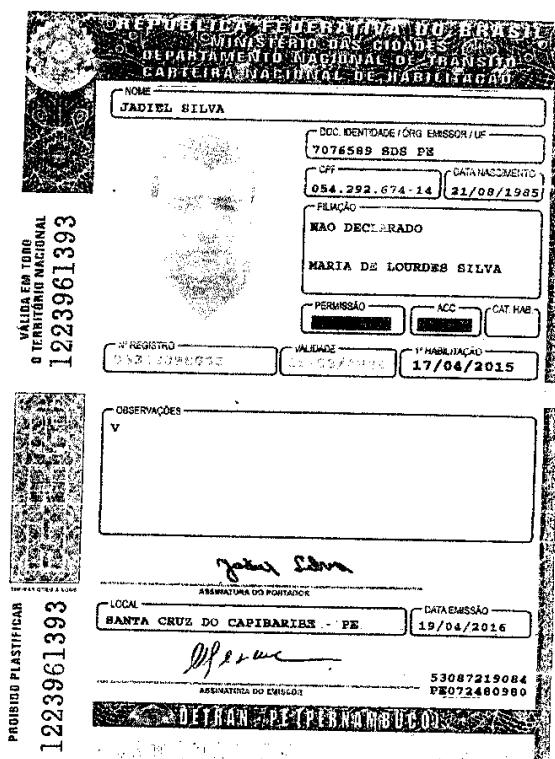
|                                   |                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua DR. PETRÔNIO BARBOSA</u> |
| Número                            | <u>56</u>                       |
| Apto / Complemento                | <u>CASA</u>                     |
| Bairro                            | <u>NOVA SANTO CRUZ</u>          |
| Cidade                            | <u>SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE</u> |
| Estado                            | <u>PERNAMBUCO</u>               |
| CEP                               | <u>55190-000</u>                |
| Telefone de Contato               | <u>0484 9669</u>                |
| E-mail                            | <u>...</u>                      |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Cruz do Capibaribe - PE, 24-03-2017

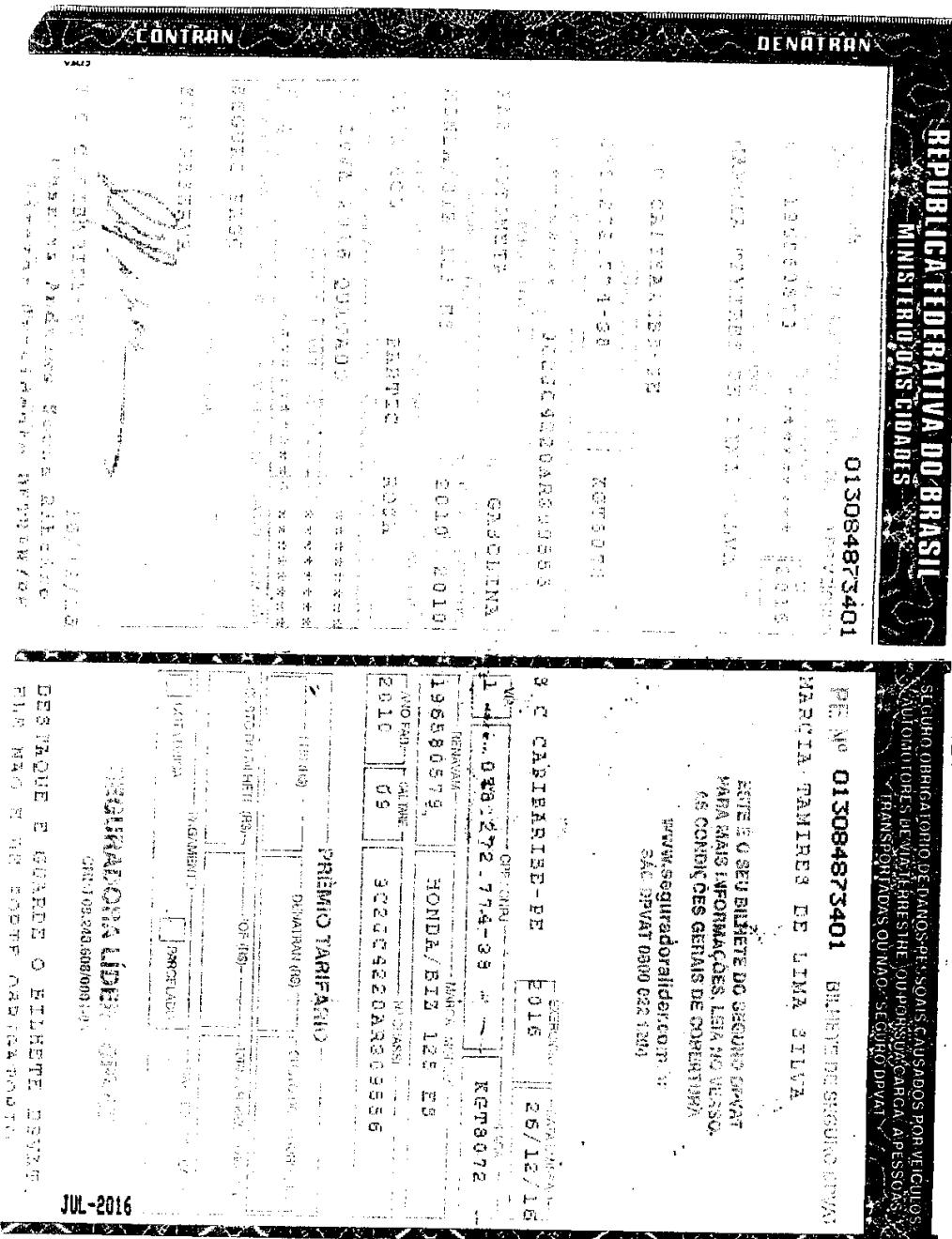
Assinatura do Declarante: Fábio Sales





Assinado eletronicamente por: MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI - 15/03/2018 00:49:01  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/l/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1803150016577550000028673376>  
Número do documento: 1803150016577550000028673376

Num. 29040704 - Pág. 6



## · 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







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 vitima 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. 097629

**MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA**  
Coordenadora

Recebi esta declaração do SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

EM 15/08/2018.



DR. 41.121

DR. 41.121



### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr JADIEL SILVA, nascido em 01/08/1985 esteve nesta unidade hospitalar no dia 24/05/2017 por volta das 08:30min. 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  
Unidade de Pronto Atendimento UPA 228  
MAT.514591

Rua 100 Pt - 60 - SN - Curral Picado - Santa Cruz do Capibaribe - PE  
E-mail: upa228hsc@gmail.com



Assinado eletronicamente por: MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI - 15/03/2018 00:49:01  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18031500165775500000028673376>  
Número do documento: 18031500165775500000028673376

Num. 29040704 - Pág. 11

100 A

Sept. 5, 1870

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE  
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) JADEL SILVA

Sexo: Feminino Nascimento: 21/08/1985 Idade: 33 anos

## Secção: Formação Na Profissão: OUTROS

Processo: OUTROS

Endereço: RUA PETRONIO BARBOSA,56 Bairro: NOVA SANTA CRUZ Cidade: S.C.C Fone-81 9442-8871

Pressão Arterial: 120x80

January 69

ST 228 1.

### Temperature

Page 1

Histórico da doença atual: Pcl. hq n. sr. adulta da raça, tajado pelo spt. de pulmão n.º 42, com cura, regride em nov. inf. respiratória - ress. fértil. Pcl. cura. Converte, grande evolução, s. cicatriz.

## Exatações

### Diagnóstico provisório:

Conduita: 1. solat RX.

3. Vectors of Eq 121.

Frühling t. b. Oz. - früher

Liberacão do Paciente: Data: 11/11/2010 CRM:

Carimbo e assinatura do Médico - 100% de assinatura digitalizada

154 of 154 pages - 18.07.2019 - 10:40:00 - 10.100.10.100

Carimbo e assinatura do At  
CÓPIA AUTORIZADA

100 642 11-16

Flávio Costa Almeida  
M-62676  
CRM-PB: 19891

*Plan Controlada*  
Médico  
CRM-PB: 19881



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

SANTA CRUZ  
DO CARIBBE

RECEITUÁRIO  
5135810

Nome: José da Silva (5135810)

Sexo:



**BOAT**  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA  
DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

VISTO  
...  
Henrique Barbosa Barros  
Secretário F.º de Mobilidade Urbana  
Port GP N° 010/2015

|             |           |
|-------------|-----------|
| Nº DO BOAT  | 096 / 201 |
| Nº DA FOLHA | 01        |

|   |  |  |      |  |             |   |                                |  |  |
|---|--|--|------|--|-------------|---|--------------------------------|--|--|
| DATA  |  | 24/05/17   | HORA | 15:30                                  | FASE DO DIA | <input checked="" type="checkbox"/> DIA | <input type="checkbox"/> NOITE | INFORMAÇÕES GERAIS DO ACIDENTE             |  |
| TIPO DE ACIDENTE  |  |  |      | MUNICÍPIO                              |             | SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE                |                                | UF   |  |
| <input type="checkbox"/> COLISÃO TRASEIRA<br><input type="checkbox"/> COLISÃO LATERAL<br><input type="checkbox"/> COLISÃO FRONTAL<br><input checked="" type="checkbox"/> COLISÃO TRANSVERSAL<br><input type="checkbox"/> ABALROAMENTO LONGITUDINAL<br><input type="checkbox"/> ABALROAMENTO TRANSVERSAL<br><input type="checkbox"/> CHOQUE<br><input type="checkbox"/> TOMBAMENTO |  | <input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO<br><input type="checkbox"/> ENGAVETAMENTO<br><input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO DE PEDESTRE<br><input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO DE ANIMAL<br><input type="checkbox"/> OUTRO |      | SEVERIDADE DA VÍTIMA DO ACIDENTE       |             | QUANTIDADE                              | QUANTIDADE DE VÍTIMAS          | DIA DA SEMANA                              |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> FATAL<br><input checked="" type="checkbox"/> FERIDO<br><input checked="" type="checkbox"/> ILESO  |      | 1                                      | 01          | 1                                       | CONDUTORES FERIDOS             | <input type="checkbox"/> DOMINGO           |  |
|   |  |  |      | 1                                      | 01          | 1                                       | CONDUTORES MORTOS              | <input type="checkbox"/> SEGUNDA           |  |
|   |  |  |      | 1                                      | 01          | 1                                       | PASSAGEIROS FERIDOS            | <input type="checkbox"/> TERÇA             |  |
|   |  |  |      | 1                                      | 01          | 1                                       | PASSAGEIROS MORTOS             | <input checked="" type="checkbox"/> QUARTA |  |
|   |  |  |      | 1                                      | 01          | 1                                       | PEDESTRES FERIDOS              | <input type="checkbox"/> QUINTA            |  |
|   |  |  |      | 1                                      | 01          | 1                                       | PEDESTRES MORTOS               | <input type="checkbox"/> SEXTA             |  |
|   |  |  |      | 1                                      | 01          | 1                                       |                                | <input type="checkbox"/> SÁBADO            |  |
| JURISDIÇÃO DA VIA   |  | PERÍCIA TÉCNICA NO LOCAL   |      | DANOS AO PATRIMÔNIO PÚBLICO/PARTICULAR |             |   |                                |  |  |
| <input type="checkbox"/> ESTADUAL<br><input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL  |  | <input type="checkbox"/> SIM<br><input checked="" type="checkbox"/> NÃO  |      |  |             |   |                                |  |  |
| ÁREA  |  | <input checked="" type="checkbox"/> URBANA<br><input type="checkbox"/> RURAL   |      |  |             |   |                                |  |  |

| VIA - MEIO AMBIENTE  |  |  |  |   |  |
|--|--|--|--|---|--|
| SUPERFÍCIE DA PISTA  |  | TIPO DE PAVIMENTO  |  | CONDICÃO DA SINALIZAÇÃO SENAÔRICA   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> SECA<br><input type="checkbox"/> MOLHADA<br><input type="checkbox"/> OLEOSA<br><input type="checkbox"/> INUNDADA<br><input type="checkbox"/> ENLAMEADA<br><input type="checkbox"/> OUTRA |  | <input checked="" type="checkbox"/> ASFALTO<br><input type="checkbox"/> CONCRETO<br><input type="checkbox"/> PARALELEPÍPEDO<br><input type="checkbox"/> CASCALHO<br><input type="checkbox"/> TERRA<br><input type="checkbox"/> OUTRO |  | <input type="checkbox"/> NORMAL<br><input type="checkbox"/> INTERMITENTE<br><input type="checkbox"/> COM DEFEITO<br><input type="checkbox"/> DESLIGADO<br><input checked="" type="checkbox"/> INEXISTENTE |  |
|  |  |  |  | CONDICÃO DA SINALIZAÇÃO VERTICAL  |  |
|  |  |  |  | <input type="checkbox"/> BOA<br><input type="checkbox"/> RUIM<br><input checked="" type="checkbox"/> INEXISTENTE  |  |
| CONDICÃO DO TEMPO  |  | SITUAÇÃO DA PISTA  |  | CONDICÃO DA SINALIZAÇÃO HORIZONTAL  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> BOM<br><input type="checkbox"/> NEBLINA  |  | <input checked="" type="checkbox"/> BOA<br><input type="checkbox"/> DANIFICADA   |  | <input type="checkbox"/> BOA<br><input type="checkbox"/> RUIM<br><input checked="" type="checkbox"/> INEXISTENTE  |  |
|  |  |  |  | PISTA EM OBRAS  |  |
|  |  |  |  | <input type="checkbox"/> SIM<br><input checked="" type="checkbox"/> NÃO   |  |

**BOAT**  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA  
DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

VISTO

DO PÓC

096

02

VEÍCULO N° 01

NAME DO PROPRIETÁRIO  
EVERTON MARQUES

ENDERÉCO (RUA, N°, COMPLEMENTO, BAIRRO)

UNIVERSITÁRIO  
S.C. CAPIBARIBE

PE VW

SAVEIRO

0FD-3703

|   |  |                               |                              |   |
|---|--|-------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL            | <input type="checkbox"/> MECÔNICO        | <input type="checkbox"/> SIM  | <input type="checkbox"/> NÃO | RETIRO DO VEÍCULO   |
| <input type="checkbox"/> BICICLETA            | <input type="checkbox"/> TRATOR          | AUTO DE INFRAÇÃO              |                              | <input type="checkbox"/> RECOLHIMENTO DO CRM  |
| <input type="checkbox"/> MOTOCICLETA          | <input type="checkbox"/> TRAÇÃO ANTERIOR | CÓDIGO(S) DA(S) INFRAÇÃO(S)   |                              | <input type="checkbox"/> RECOLHIMENTO DA FPF  |
| <input type="checkbox"/> CICLONETA            | <input type="checkbox"/> CARGA           | DIAGRAMA DE AVANTAS           |                              | <input type="checkbox"/> ACOLHIMENTO DO CRM   |
| <input checked="" type="checkbox"/> CICLONETE | <input type="checkbox"/> OUTRO           | FE                            | FD                           | <input type="checkbox"/> RECOLHIMENTO DA GRV  |
| <input type="checkbox"/> ÔNIBUS               |  | LE                            | LD                           | <input type="checkbox"/> TRANSPORTE DA GRV  |
| EXTENSÃO DA MARCA DE FRIQUEIROS (m)           | ESTADO DOS PNEUS                         | TE                            | TC                           | <input checked="" type="checkbox"/> PERMUSA   |
|   | <input type="checkbox"/> BOM             | <input type="checkbox"/> RUIM | LEGENDA                      |   |
|   |  |                               |                              | FE - FRONTAL ESQUERDO<br>EC - EIXO CENTRAL<br>FD - FRONTAL DIREITO<br>LE - LATERAL ESQUERDO<br>LD - LATERAL DIREITO<br>TE - TRASEIRO ESQUERDO<br>TC - TRASEIRO CENTRAL<br>TD - TRASEIRO DIREITO |

CONDUTOR DO VEÍCULO N° 01

NAME DO CONDUTOR  
EVERTON MARQUES DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 13/01/1999 SEXO  M  F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF

TELEFONE (87) 35938-8662

ENDERÉCO (RUA, N°, COMPLEMENTO, BAIRRO)

RUA. DOS PÁSSAROS N° 06 BAIRRO: CENTRO

MUNICÍPIO SANTA CRUZ DO CAP. PE

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| HABILITAÇÃO                                 | 1º RE. REGISTRO 0397927428                            | VALIDADE DA CNH                                    | CATEGORIA DA CNH  |
| <input checked="" type="checkbox"/> CNH     | 1º HABILITAÇÃO 27/04/2011                             | <input checked="" type="checkbox"/> EM DIA         | <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> ACC |
| <input type="checkbox"/> PERMISSÃO          | USAVA CINTO DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> VENCIDA                   | SITUAÇÃO DO CONDUTOR  |
| <input type="checkbox"/> NÃO HABILITADO     |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input checked="" type="checkbox"/> PERMANECIU NO LOCAL   |
| <input type="checkbox"/> NÃO EXIGÍVEL       | <input type="checkbox"/> NÃO                          | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> ATENDEU A VITIMA   |
| <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRA        |   | <input checked="" type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO | <input type="checkbox"/> EVADIU-SE  |
| <input type="checkbox"/> NÃO APRESENTOU CNH |   |  | <input type="checkbox"/> SOCORRIDO  |
|   |   |  | <input checked="" type="checkbox"/> ILESO   |

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO N° 01

|   |   |                                    |                                 |
|---|---|------------------------------------|---------------------------------|
| NAME DO PASSAGEIRO/PEDESTRE             | DATA DE NASCIMENTO / / SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF | TELEFONE ( )                       |                                 |
| ENDERÉCO (RUA, N°, COMPLEMENTO, BAIRRO) | MUNICÍPIO   | UF                                 |                                 |
| USAVA CINTO DE SEGURANÇA                | USAVA CAPACETE  | POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VÉHICULO  | ESTADO DA VÍTIMA                |
| <input type="checkbox"/> SIM            | <input type="checkbox"/> SIM  | <input type="checkbox"/> NA FRENTE | <input type="checkbox"/> MORTO  |
| <input type="checkbox"/> NÃO            | <input type="checkbox"/> NÃO  | <input type="checkbox"/> ATRAS     | <input type="checkbox"/> FERIDO |
| <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO | <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO   | <input type="checkbox"/> EM PÉ     | <input type="checkbox"/> ILESO  |

|   |   |                                    |                                 |
|---|---|------------------------------------|---------------------------------|
| NAME DO PASSAGEIRO/PEDESTRE             | DATA DE NASCIMENTO / / SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF | TELEFONE ( )                       |                                 |
| ENDERÉCO (RUA, N°, COMPLEMENTO, BAIRRO) | MUNICÍPIO   | UF                                 |                                 |
| USAVA CINTO DE SEGURANÇA                | USAVA CAPACETE  | POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VÉHICULO  | ESTADO DA VÍTIMA                |
| <input type="checkbox"/> SIM            | <input type="checkbox"/> SIM  | <input type="checkbox"/> NA FRENTE | <input type="checkbox"/> MORTO  |
| <input type="checkbox"/> NÃO            | <input type="checkbox"/> NÃO  | <input type="checkbox"/> ATRAS     | <input type="checkbox"/> FERIDO |
| <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO | <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO   | <input type="checkbox"/> EM PÉ     | <input type="checkbox"/> ILESO  |

|   |  |  |  |   |                                       |
|---|--|--|--|---|---------------------------------------|
| NOME DO CONDUTOR                              |  | SILVA  |  | CONDUTOR DO VEÍCULO N.º 10.71                 |                                       |
| DATA DE NASCIMENTO                            |  | SEXO   | IDENTIDADE/ORGÃO                           |   | TELEFONE                              |
| 21/01/1983                                    |  | <input checked="" type="checkbox"/> F              | 1076689 SDS-FE                             |   | (85) 9933-3505                        |
| ENDERECO (CNPJ N.º CONCELETO N.º FERRO)       |  | PAULINA MARIA SANTANA N.º 295 BAIRRO: POLIS        |  | MUNICÍPIO: SANTA CRUZ DO CAP.                 |                                       |
| PACAS   |  |  |  |   |                                       |
| HABILITACAO                                   |  | NR DE REGISTRO                                     | VALIDADE DA CNH                            | CATEGORIA DA CNH                              |                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> C 4       |  | 06312093006  | <input checked="" type="checkbox"/> EM DIA | <input checked="" type="checkbox"/> A         | <input checked="" type="checkbox"/> B |
| <input type="checkbox"/> PISTOLEIRO           |  | 12 104 12015                                       | <input type="checkbox"/> VENCIDA           | <input type="checkbox"/> C                    | <input type="checkbox"/> D            |
| <input type="checkbox"/> ARMA AUTOMATICO      |  | USAV: CERTO DE SEGURANÇA                           | USAV: CAPACETE                             | SITUAÇÃO DO CONDUTOR                          |                                       |
| <input type="checkbox"/> FUSIL EXCLUSIVO      |  | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input checked="" type="checkbox"/> SIM    | <input type="checkbox"/> PERMANECER NO LOCAL  | <input type="checkbox"/> VÍTIMA       |
| <input type="checkbox"/> ESTABELECIMENTO      |  | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> NÃO               | <input type="checkbox"/> ATENDOU A VÍTIMA     | <input type="checkbox"/> EVADIU-SE    |
| <input type="checkbox"/> FALSO APRESENTOU CNH |  | <input checked="" type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO | <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO    | <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRIDO | <input type="checkbox"/> MULHER       |

**PASSAGEIRO / PEDESTRE VIMIA DO VÉHICULO Nº 1**

|   |   |                                    |  |                                   |  |                  |
|---|---|------------------------------------|--|-----------------------------------|--|------------------|
| USAVA CINTO DE SEGURANÇA                |   | USAVA CAPACETE                     |  | POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VÉHICULO |  | ESTADO DA VITIMA |
| <input type="checkbox"/> SIM            | <input type="checkbox"/> SIM            | <input type="checkbox"/> NA FREnte | <input type="checkbox"/> NO COMPARTIMENTO DE CARGA | <input type="checkbox"/> NOVO     |  |                  |
| <input type="checkbox"/> NÃO            | <input type="checkbox"/> NÃO            | <input type="checkbox"/> ATRÁS     | <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO            | <input type="checkbox"/> FERIDO   |  |                  |
| <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO | <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO | <input type="checkbox"/> EM PÉ     |  | <input type="checkbox"/> MORTO    |  |                  |

INFORMAÇÕES SOBRE O VÍTIMA DO VEÍCULO

|  |                              |   |  |                                  |
|--|------------------------------|---|--|----------------------------------|
| ENDERÉCOS (RUA, N°, COMPLEMENTO, BAIRRO) |                              | MUNICÍPIO                               |  | UF                               |
| <input type="checkbox"/> SIM             | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> NA FRENTE      | <input type="checkbox"/> NO COMPARTIMENTO DE CARGA | <input type="checkbox"/> NORTO   |
| <input type="checkbox"/> NÃO             | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> ATRAS          | <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO            | <input type="checkbox"/> PERÍODO |
| N. INFORMAÇÃO                            |                              | <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO |  | <input type="checkbox"/> ILESO   |





www.sosortopedia.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 PERÍODO MÍNIMO 180 DIAS.

S82.2

25/05/17  
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.

Assinado eletronicamente por: MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI - 15/03/2018 00:49:01  
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18031500165775500000028673376  
Número do documento: 18031500165775500000028673376

Num. 29040704 - Pág. 17





\*53451\*

|   |                  |            |       |                   |     |                  |               |
|---|------------------|------------|-------|-------------------|-----|------------------|---------------|
| Prontuário  | Nome do Paciente | Nascimento | Idade | Sexo              | Cor | Naturalidade     | Religião      |
| <b>30162</b>  | JADIEL SILVA     | 21/08/1985 | 31    | M                 |     | 1-CATOLICA       |               |
| Estado Civil  | CPF              | RG         |       | Grau de instrução |     | Profissão        |               |
|   |                  |            |       |                   |     |                  |               |
| Filiação  |                  |            |       |                   |     | Fone Residencial | Fone Trabalho |
| Mãe: MARIA DE LOURDES SILVA   |                  |            |       |                   |     | 81 994478871     |               |
| Endereço  |                  |            |       |                   |     |                  |               |
| R. PETRONIO BARBOSA, 56 - NOVA SANTA CRUZ, SANTA CRUZ DO CABIBARIBE-PE CEP: |                  |            |       |                   |     |                  |               |

Atendimento Data/Hora Atend. Data/Hora Prev. Setor  
**53451** 24/05/2017 20:21 26/05/2017 21:00 121710-RECEPÇÃO EMERGÊNCIA / ELETIVA - CNV

Médico Atendente  
310620-LEONARDO CESAR DE OLIVEIRA E SOUZA

Promoção / Convênio  
0-PARTICULAR/0-PARTICULAR

|                    |                                    |          |        |
|--------------------|------------------------------------|----------|--------|
| Posto              | Acomodação                         | Validade | Nº CNS |
| POSTO-100          | 121815 POSTO 100-APTO 105          | Leito    |        |
| Guia<br>INTERNACAO | Procedimento<br>9999666 INTERNACAO | APT-105  |        |



\*30162\*

5-INTERNAÇÃO CIRURGICA

Motivo Atendimento  
3-INTERNAÇÃO/ELETIVA

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) JADIEL SILVA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente, CRM, Estado do(a) PB para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestesias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontrar-se necessárias 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.

CAMPINA GRANDE, 24 de Maio de 2017

**HILBRÁIA MARINHO**  
Responsável pelo Atendimento

*Marcia Thamires de Lima Silva*

**MARCIA THAMIRES DE LIMA SILVA**  
Responsável pelo Paciente

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



## Centro Hospitalar João XXIII



## EVOLUÇÃO MÉDICA

**NOME DO PACIENTE**

QUARTO/LEITO

**CONVÊNIO**

**DATA DE ADMISSÃO**

## PRONTUÁRIO

---

**DATA**

## EVOLUÇÃO

263 (5/1)

## † GORIPODIO †

Reciente o PCT no intercâmbios

o: VDO Preseguu midice

100

16 (81)

8



Assinado eletronicamente por: MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI - 15/03/2018 00:49:01  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/g/Processo/ConsultaDocumento/list/view.seam?x=1803150016577550000028673376>  
Número do documento: 1803150016577550000028673376

Num. 29040704 - Pág. 19



## Centro Hospitalar João XXIII

SISTEMA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DE SAÚDE

The SAS logo is a circular emblem with the letters "SAS" in a bold, sans-serif font, all contained within a thin circular border.

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

**Nome** Jadiel Silve  
**Convênio** Particular

242

30162-

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº QUANTIDADE

Data 25-05-14  
PRESCRIÇÃO

### Nº Prontuário

二二二

Quarto/Leito 105 -

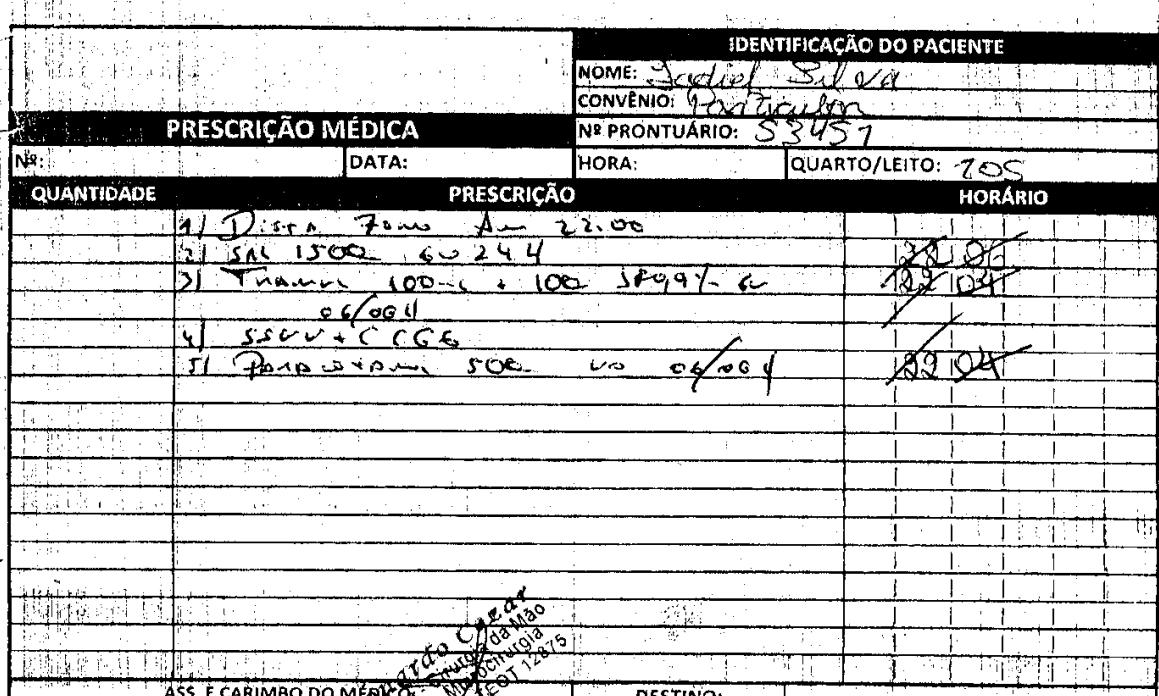
Valdelúcio Cesar de Abreu Júnior  
Anestesiologista  
CRM 9736  
CPF: 034.413.044-16

#### Assinatura e Garimpo de Médicos

## Part Two

Recebido por

#### • VIII - Prestitúria / 2<sup>o</sup> vés - farmácia



Assinado eletronicamente por: MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI - 15/03/2018 00:49:01  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18031500165775500000028673376>  
Número do documento: 18031500165775500000028673376

Num. 29040704 - Pág. 20

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

EU, Daniel Gómez, portador da carteira de identidade nº 3.076.589 e inscrito no CPF/MF sob o nº 054.202.074-14, residente e domiciliado na Rua Dr. Petrólio Ribeiro, 56, no bairro Santa Cruz, Cidade Bonito do Sul/RS, Estado Paraná, 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.

Daniel Gómez

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Bonito do Sul/RS, 24-08-2017

Local e data

