

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: EDILSON CARLOS DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade sob o RG nº 9.492.073, expedida pela SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº. 121.791.454-46, residente e domiciliado no Sítio Alegria, n.º 570, Zona Rural, Lagoa de Itaenga/PE, CEP 55.840-000.

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Salas 09/10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com

PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicia", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

TERMO DE CARÊNCIA

DECLARO, nos termos da Lei nº. 7.115, de 29 de agosto de 1983 e seguintes, 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 meu sustento 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.

Carpina/PE, 25 de outubro de 2018.

X Edilson Carlos da Silva
Outorgante



TERMO DE RESPONSABILIDADE

EDILSON CARLOS DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade sob o RG nº 9.492.073, expedida pela SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº. 121.791.454-46, residente e domiciliado no Sítio Alegria, n.º 570, Zona Rural, Lagoa de Itaenga/PE, CEP 55.840-000.

Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

Carpina/PE, 25 de outubro de 2018.

X Edilson Carlos da Silva



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

E00R32



Edilson Carlos da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **9.492.073** DATA DE EMISSÃO: **22/05/2012**

NOBRE: **<< EDILSON CARLOS DA SILVA >>**

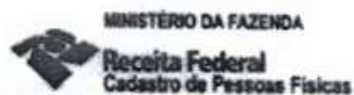
FILIAÇÃO: **<< JOSÉ ANTONIO DA SILVA >>**
<< JOSEFA CARLOS DA SILVA >>

NATURALIDADE: **LIMOEIRO - PE** DATA DE NASCIMENTO: **18/11/1992**

DOC (RGEM): **<< CN.19568 L.16A F.44V CART.LAGOA DE ITAENGA-PE 09.07.1993 >>**

LEI Nº 116 DE 2005

F-49 90.222 - 3021



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
121.791.454-46

Nome
EDILSON CARLOS DA SILVA

Nascimento
18/11/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





PREFEITURA MUNICIPAL DE
LAGOA DE ITAENGA
Avançando no rumo certo.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA JOSEFA CAVALCANTI
DE PETRIBÚ

SUS-700505953903553

FICHA DE OBSERVAÇÃO/OU EMERGÊNCIA

Data: 14-05-18	Hora de Chegada: 19:20	Hora de Saída:
Nome: Edilson Carlos da Silva	Registro Nº: 79.592	
Sexo: M	Idade: 25	Cor:
Naturalidade: Camocim de Ita - PE	Estado Civil: Solteiro	
Endereço: J. da Alegria		
Responsável: Mãe (mãe)		
D.A.		

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: 150 x 100	Pulso:	Temperatura:	Peso:
Respiração:	HGT:		
Diagnóstico: Uned de ruído			

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

1. 500mg + Tramadol 1mg, IV	 20:05 No elancado 79392
2. Paracetamol 1mg, IM	
3. Paracetamol 1mg, IM	
4. Paracetamol 1mg + 50, IV	



Assinatura do Médico - CREMEPE





Hospital Getúlio
Vargas

Nome	Edilson Carlos da Silva	REG	1085505
------	-------------------------	-----	---------

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins trabalhistas e de direito que o Sr. supracitado deu entrada neste nosocômio através da admissão no dia 15/05/2018, com história de acidente motociclistico cursando com fratura de CZO E CID: S02.4. O paciente foi submetido a cirurgia para redução e fixação da fratura no dia 04/06/18 recebendo alta no dia 06/06/18, onde permanece em acompanhamento ambulatorial.

[Assinatura]
Dr. Gilson A. Medeiros
Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial
1085505

RECIFE, 06 DE JUNHO DE 2018



**Relatório de Alta Hospitalar****Cirurgia Buco-Maxilo-Facial****Paciente****Edilson Carlos da Silva****Reg:****1085505**

Paciente deu entrada com história de acidente motociclistico, cursando com fratura de CZO E.

Internado: 15/05/2018

Cirurgia: 04/06/2018

Alta : 06/06/2018

Cirurgião

Dra Taciana Abreu

1º Auxiliar

Dr Arthur França

2º Auxiliar

Dr Gustavo Azevedo

Anestesista

Dr Henrique Machado

Retornar ao ambulatorio de Dra Taciana Abreu, 11/06/2018, Segunda-FEIRA, AS 07h DA MANHÃ, AMBULATÓRIO GERAL, SALA 06. FAVOR ABRIR PRONTUÁRIO!

Condições clínicas (no momento da alta hospitalar)

Paciente deu entrada com história de acidente motociclistico, cursando com fratura de CZO E. Evolui em seu 02 DPO de cirurgia para redução e fixação de CZO E. No momento consciente, orientado, eupneico, normocorado, EGR regular. Ao exame físico apresenta edema na região de CZO E compatível com procedimento cirurgico, suturas extrabuciais e intraorais sem debito ou descencia, boa abertura de boca. Paciente apto para receber alta hospitalar e continuar o tratamento ambulatorialmente.

CD: 1- Prescrição e orientações;

2- Acompanhamento ambulatorial.

3- Alta Hospitalar.

Recife, 06 de Junho de 2018.

Dr. Gustavo Azevedo
Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial
Hospital Getúlio Vargas



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martin, S/N, Cordóiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o (a) Sr. (a) **Edilson Carlos da Silva** necessita de **30 (TRINTA)** dias de afastamento das atividades trabalhistas e estudantis, a partir desta data, por motivo de doença.

CID: **S02.4**

Recife, 06/06/18


Assinatura do Médico

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS
aprovado pelo Decreto nº 60501 de 14/03/1967



SINISTRO 3180330496 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** EDILSON CARLOS DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** SAFETY

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO EDILSON CARLOS DA SILVA**CPF/CNPJ:** 12179145446**Posição em 25-10-2018 12:51:40**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique Aqui para nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

 Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total 
26/10/2018	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

