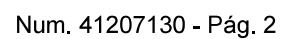




626763161



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** FLAVIO FERNANDES DA SILVA  
RG. 4.118.830-5DS-PE, CPF. 834.741.614-20  
RUA CANAÍAS - 254 - LOT. CONCEIÇÃO - PAULISTA  
PE. CEP. 53.429-110.

**OUTORGADO:** PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista, CEP 50070-075, Recife/PE.

**PODERES:** Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad iudicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda subestabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 18.04.2019

Flavio Fernandes da Silva



### DECLARAÇÃO

**D E C L A R O**, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuízos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 18 de Out de 2019.

Flores Venâncio da Silva





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUÇAS - DP33ªCIRC  
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0123000687**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/05/2017** às **06:48**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **11/4/2017** às **15:10**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PINA (BAIRRO), 1, CRUZAMENTO DAS AVENIDA ANTONIO DE GOIS E AV, CONSELHEIRO AQUAR - Bairro: PINA - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VEICULO NÃO IDENTIFICADO ( AUTOR / AGENTE )  
GABRIEL GOMES DA SILVA ( OUTRO )  
FLAVIO FERNANDES DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **VEICULO NÃO IDENTIFICADO**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **FLAVIO FERNANDES DA SILVA**



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

**FLAVIO FERNANDES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES PEREIRA DA SILVA Pai: SEVERINO FERNANDES DA SILVA Data de Nascimento: 28/6/1973 Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4118830-SDS/PE (RG), 82474761420 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Endereço Residencial: BAIRRO DE NOSSA SENHORA DO O (BAIRRO), 251, RUA CANAPOLIS - CEP: 55000-000 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**GABRIEL GOMES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**VEICULO NÃO IDENTIFICADO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **GABRIEL GOMES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FLAVIO FERNANDES DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**



Descrição: **MOTOCICLETA DE PLACA KHM - 6024 - RECIFE**

**VEICULO NÃO IDENTIFICADO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **VEICULO NÃO IDENTIFICADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VEICULO NÃO IDENTIFICADO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

## Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE NO DIA E HORA JÁ ACIMA MENCIONADO, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA KHM - 6024, QUANDO O SEMAFARO DAQUELE CRUZAMENTO FECHOU A SUA FRENTE E COMO A VIA ESTAVA MOLHADA NÃO CONSIGUIU FREAR E PARA NÃO COLIDIR COM O VEICULO A SUA FRENTE TENTOU DESVIAR DO MESMO VINDO A CAIR AO SOLO E FOI SOCORRIDO A UPA DA CAXANGA EM RECIFE, PELO SEU AMIGO GABRIEL GOMES, CONFORME A FICHA DE ATENDIMENTO N. 1004185, CASO AFETO A DELEGACIA DE BOA VIAGEM EM RECIFE.

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

*Flavio Fernandes da Silva*  
**FLAVIO FERNANDES DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EBENESIO URBANO DE ANDRADE** - Matrícula: **119924-2**

07/05/2017 06



Data do Atendimento: 11/04/2017 Hora: 17:09:34 PRONTUÁRIO: 395842  
No. Atendimento: 1004185 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Colaborador: MARCOSMAS  
Setor / Serviço: CONSULTÓRIO MÉDICO

Nome: FLAVIO FERNANDES DA SILVA  
Data de Nascimento: 28/05/1973 Idade: 43 Anos, 9 Meses e 14 Dias  
Pais ou responsáveis: MARIA DE LOURDES PEREIRA DA SILVA  
Endereço: CANAPOLIS, 251 - NOSSA SENHORA DA CONCEICAO - 53429360  
Cidade: PAULISTA Tel.: 81 985187010  
Hora do Atendimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hs Peso: \_\_\_\_ Kg

Sexo: M  
C.I.:  
TIPO: *Quilô*  
HORA:  
ASS.: *0* Temperatura: \_\_\_\_ °C

QPD / HDA: *Acidente moto x carro. Refere*  
*des punho direito*

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

*Fratura punho direito*

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

*Rx punho direito*  
*Profenid 1 fp IM 100mg*  
*Decadron 1 fp IM*  
*Imobilizar Tala funcional*

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

\*Destino do Paciente: *Alta para casa* ( ) Encaminhamento ao Ambulatório ( ) Internamento  
( ) Transferência para outra Unidade ( ) Quito ( ) Outro:

\*Condição de Saúde do Paciente: ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Piorado

Coelho A. Castor  
Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura



## A24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 11/04/2017 18:56

|                     |                           |
|---------------------|---------------------------|
| Nome Paciente:      | FLAVIO FERNANDES DA SILVA |
| Cód. Paciente:      |                           |
| Data de Nascimento: | 28/06/1973                |
| Sexo:               | Masculino                 |
| Idade:              | 43                        |
| Senha:              | OR0044                    |
| Convênio:           | -                         |
| Atendimento:        | SAME                      |

Período: 11/04/2017 17:03 - 11/04/2017 17:05

RAYSA EMILIA ALCANTARA VILELA JORDAO - COREN: 459762 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENCIA**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COLISAO MOTO/CARRO APRESENTANDO DOR EM MSD + ESORIAÇÕES EM ME

Observação: HAS NEGA  
DM NEGA  
ALERGIA: NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - SSVV NORMAIS?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 120,00 MM/HG  
- P.A. DISTOLICA: 80,00 MM/HG  
- TEMPERATURA(C): 36,40 C°

**UPA 24h**  
UPA CAXANGA 24 HS  
Cleydon Santos  
Arquiteta - Mai. 1994

Acolhido(a) por: RAYSA EMILIA ALCANTARA VILELA JORDAO - COREN: 459762 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/04/2017 17:05

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ



### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)  
MARCO F. SILVA foi atendido (a) neste  
serviço no dia 11/4/17

☒ Necessidade de 15 dias de afastamento de suas atividades  
(no trabalho ou escola) gripe

☐ Estando apto para voltar ao trabalho.

☐ Outros \_\_\_\_\_

Recido 11 de 4 de 20 17

[Assinatura]  
Médico(a) \_\_\_\_\_



## SINISTRO 3170319783 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** FLAVIO FERNANDES DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

**BENEFICIÁRIO** FLAVIO FERNANDES DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 82474761420

**Posição em 01-02-2019 14:41:56**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 10/07/2017        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |

