



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Damião Laurindo da Silva, brasileiro solteiro, residente e domiciliado no
Cidade de União de N.º 7109749, SPS/PE, inscrito no CPF/MF sob o
N.º 096.046.684-39, residente e domiciliado no município de Dom Colares
5, Centro, Floresta/PE, CEP: 56.400-000, através
do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o
advogado.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro,
advogado, inscrito na OAB/PE sob o n.º 25.252, inscrito no CPF/MF sob o n.º 041.542.024-56,
com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, n.º 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-
000 - PABX: (87) 3846.1036.

PODERES: a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula
“ad judicium et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário
autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-las nas adversas,
seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, em
qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo
presente mandato, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e
fiel desempenho deste mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima
qualificado, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir,
renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos, receber, dar quitações,
levantar e receber alvará, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência
econômica, agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer com ou sem reserva de
poderes conferidos pelo presente mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

Flórida/PE, 27 de Dezembro de 2017.

+ Damião Laurindo da Silva

OUTORGANTE

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com



DECLARAÇÃO

Damião Lourenço da Silva, brasileiro solteiro, advogado, portador do
do Cédula de Identidade nº 7109749, SSP/PE, inscrito no CPF nº 046.684-39, residente e domiciliado no endereço Dom Carlos
S, Parnaíba, Floresta/PE, CEP. 56400-000

DECLARO

que nesse momento não posso arcar com as custas e despesas desse processo, bem como honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

Floresta/PE, 27 de Dezembro de 2017.

X Damião Lourenço da Silva

Declarante



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 12R-01

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO TAVARES BUIAL

REGISTRO GERAL 7109749

DATA DE EXPEDICAO 27.05.2002

NOME DAMIAO LAURINDO DA SILVA

FILIAÇÃO Micero Alves da Silva

Matr. Edilia da Silva

NATURALIDADE Floresta-PE

DATA DE NASCIMENTO 28.03.1982

LOG. ORIGEM C.N. 899 L.8 F.3 Cart. Airo-

Floresta-PE

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTERIO DA FAZENDA

Recetta Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

096.046 684-39

Nome

DAMIAO LAURINDO DA SILVA

Nascimento

28/03/1982

Cartão de uso pessoal e intransferível.

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão

JUN/2008

CORREIOS

www.correios.com.br

SUS

Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde

DAMIAO LAURINDO DA SILVA

Data Nasc.: 28/03/1982

Sexo: M

709 2092 5590 2632

DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.

Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista - Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MÁRIA DE LÓURDES DO NASCIMENTO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PROJETO DOM CESLAU 5

CPF 387.402.65-72

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDÊNCIA
RESIDENCIAL
MONTAGEM

CENTRO/FLORESTA
FLORESTA PE
58400-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
000935628	ÚNICA	38/01/2017
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA LETURA
08/01/2017	2013377557	5921392

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7016547950	01/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA LETURA
13/01/2017	08/02/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	14,90

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30.0000000	0,46078144	13,82
Contribuição Iluminação Pública			0,78
Multa por atraso-NF 000801135 - 07/11/16			0,28
Juros por atraso-NF 000801135 - 07/11/16			0,02
TOTAL DA FATURA			14,90

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	ATUAL	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
314201180	CHT	07/12/2016	1.505,00		08/01/2017	1.505,00		30	1.500,00		0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
Mês/ano kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
JAN 17 30		ICMS	13,82	0,78	0,10
FEB 17 30		PIS	13,82	3,52	0,48
MAR 17 30		COFINS			
ABR 17 30					
MAY 17 30					
JUN 17 30					
JUL 17 30					
AUG 17 30					
SET 17 30					
OCT 17 30					
NOV 17 30					
DEZ 17 30					
JAN 18 30					
FEB 18 30					
MAR 18 30					
ABR 18 30					
MAY 18 30					
JUN 18 30					
JUL 18 30					
AUG 18 30					
SET 18 30					
OCT 18 30					
NOV 18 30					
DEZ 18 30					
JAN 19 30					

0541 BE19 D7E7 9999 FE08 B0B4 1F08 388E

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				NÍVELS DE TENSÃO	
CONSUMO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
FLCRES7A	0,00	8,15	12,00	220	MÍNIMO MÁXIMO
FLC	0,00	3,42	5,03		
FLC	0,00	3,63	5,03		

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e todos os acordos em vigor, estão disponíveis para consulta em: www.celpe.com.br





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 187ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORESTA - DP187ªCIRC
DINTER2/22ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0277000181**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/02/2017** às **10:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **29/1/2017** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR-316 - ITACURUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**. Próximo a:
MUNICÍPIO DE ITACURUBA, 1 - Bairro: CENTRO - ITACURUBA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(AUTOR \ AGENTE)
RONALDO DE MELO RODRIGUES (OUTRO)
MARIA DE LOURDES DO NASCIMENTO (TESTEMUNHA)
DAMIAO LAURINDO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): RONALDO DE MELO RODRIGUES
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DAMIAO LAURINDO DA SILVA

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

DAMIAO LAURINDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA EDILIA DA SILVA** Pai: **CICERO ALVES DA SILVA** Data de Nascimento: **28/3/1982** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7109749/SDS/PE (RG), 09604668439 (CPF)** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 87996553082**

Residencial: **RUA QUINZE DE NOVENBRO - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 328 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

RONALDO DE MELO RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALAIDE DE MELO** Pai: **JONATAS RODRIGUES LEITE** Data de Nascimento: **4/11/1971** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **AVENIDA MANOEL ALVES DE CARVALHO, 485, CAITANO I - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA DE LOURDES DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Data de Nascimento: **13/2/1955** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA QUINZE DE NOVENBRO - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 328 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**



. (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): **MARIA DE LOURDES DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RONALDO DE MELO RODRIGUES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **PCH5682** (PERNAMBUCO/FLORESTA) Chassi: **9C2KC2200GR015214**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN ESDI, COM RENAVAL N° 1078315237**

Complemento / Observação

PRESENTES NESTA 187ª DELEGACIA DE POLICIA, OS SENHORES DAMIAO LAURINDO DA SILVA E RONALDO DE MELO RODRIGUES RELATARAM QUE SE ENVOLVERAM EM UM ACIDENTE DE TRÂNSITO ENQUANTO TRÁFEGAVAM PELA RODOVIA BR-316 NA MOTOCICLETA DE PLACA PCH-5682. CONTAM QUE O CONDUTOR DESSE VEÍCULO, RONALDO DE MELO RODRIGUES, PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO AO TENTAR DESVIAR DE UM ANIMAL QUE TRANSITAVA PELA RODOVIA, VINDO A CAIR COM A MOTOCICLETA, DERRUBANDO, TAMBÉM, O SR. DAMIAO LAURINDO DA SILVA QUE ERA PASSAGEIRO DA MOTO. EM RAZÃO DESSE ACIDENTE, DAMIAO TERIA FRATURADO A CLAVICULA, SENDO SOCORRIDO POR RONALDO AO HOSPITAL CEL. ALVARO FERRAZ, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS CUIDADOS MÉDICOS. FOI APRESENTADA CÓPIA REPROGRÁFICA AUTENTICADA DO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO DO REFERIDO NOSOCÔMIO.

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

Damiao Laurindo da Silva
DAMIAO LAURINDO DA SILVA
(VITIMA)
Ronaldo de Melo Rodrigues
RONALDO DE MELO RODRIGUES
(OUTRO)



Anderson Tavares de Carvalho
Anderson Tavares de Carvalho
Agente de Polícia
Mat. 272.879-6

B.O. registrado por: **ANDERSON TAVARES DE CARVALHO** - Matrícula: **272879-6**



VÍTIMA DAMIAO LAURINDO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO DAMIAO LAURINDO DA SILVA

CPF/CNPJ: 09604668439

Posição em 09-05-2017 13:45:50

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 843,75

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
10/05/2017	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75



Todas as anotações feitas, devem ser rubricadas pelo responsável.





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do Estabelecimento Solicitante: **Hospital Francisco Anselmo Ltda.**

2 - CNES: 2517124
4 - CNES: 2517124

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO: RG: 4109749

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 409209255962632

6 - SIS PRENATAL: _____ 7 - SENHA / REGULAÇÃO: _____ 8 - Nº DO PRONTUÁRIO: 36842

9 - NOME DO PACIENTE: **Ramão Laurindo da Silva**

10 - DATA DE NASCIMENTO: 28/03/82

11 - SEXO: ☒ MASC ☐ FEM

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **Mãe: Sílvia da Silva**

13 - TELEFONE DE CONTATO: 87 9 6553082

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO): **Rua do Castelo Branco**

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Esmeralda**

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO: _____ 17 - UF: _____ 18 - CEP: _____

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

[Handwritten notes and signatures in the clinical history section]

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

[Handwritten notes in the diagnostic results section]

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID. 10 PRINCIPAL

[Handwritten: fr m claudus]

22 - CID. 10 PRINCIPAL: **S42.0**

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

[Empty fields for secondary and associated diagnoses]

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

[Handwritten: fr m claudus]

27 - COD. DO PROCEDIMENTO: **0408.01022-3**

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

[Empty fields for clinical, admission type, document, and professional info]

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.122
CEM: Fone: 9.9916-0112

01/02/17

Hospital Francisco Anselmo
CNPJ: 41.095.563/0001-98

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - N.º DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - OSCH

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

45 - COD. ORGÃO EMISSOR

46 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

47 - DOCUMENTO

48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

José Roberto Vieira Barros
Médico

MOTIVO DA ALTA: **melhorada**

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **urgência**

DATA DA INTERNAÇÃO: **01/02/17**



HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - AAB - Serra Talhada - PE
Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 - CEP: 56.912-110
CNPJ: 41.095.563/0001-98 email: csf184@hotmail.com

CLÍNICA**Cirúrgica - Silva**Número do Registro: **36842**Data: **01/02/17****IDENTIFICAÇÃO**

Nome: **Damião Laurindo da Silva**
Idade: **34 anos** Sexo: **mas** Cor: **Preto** Estado Civil: **Solteiro**
Profissão: **Ajudante** Naturalidade: **Floresta - PE** Nacionalidade: **Brasil**

Endereço:

Rua: **R. Fausto Fenay** N.º: **352** Bairro: **Centro**
Idade: **Floresta** Estado: **PE** Fone: **87 965530**

Filiação:

Pai: **Cleto Alves da Silva**
Mãe: **Rita Edilcia da Silva**

ANAMNESE E EXAME FÍSICO**Fratura de humero**Hipótese Diagnóstica: **RA de humero**

Dr. Ebenone A. Silva
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 15.122
CPF: 882.723.544-20

Dr. Ebenone A. Silva
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 15.122
CPF: 882.723.544-20

Exames Solicitados: **N**

Condições de Alta

Motivo de Alta



Cirurgia Realizada: <i>Int f R-T Clavícula</i>		N.º do Procedimento	
Data: <i>01/02/18</i>	Início:	Término:	
Cirurgião: <i>Shree</i>	1.º Auxiliar:	2.º Auxiliar:	Anestesista: <i>[assinatura]</i>

OKL

Shree

7 meses após a cirurgia

[assinatura]
Dr. Fernando A. Silva
CRM: 100.000.000-00
CPF: 882.724.444-20

