



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Dionálio Maria da Conceição Silva, brasileiro, casado, comunitário, naturalizado, inscrito no CPF/MF sob o nº 058.350.604-45, residente e domiciliado no Sítio Jatobá, S/N, Bairro de Silveira, Consultor de Ponto/PE, CEP: 56420-000, 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 nº 25.252, inscrito no CPF/MF sob o nº 041.542.024-56, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 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 judicia 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.

Floriano/PE 21 de dezembro de 2017

X Dionálio Maria da Conceição Silva
OUTORGANTE

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



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 26/01/2018 10:01:04
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18012609562835700000027203411>
Número do documento: 18012609562835700000027203411

Num. 27545766 - Pág. 1

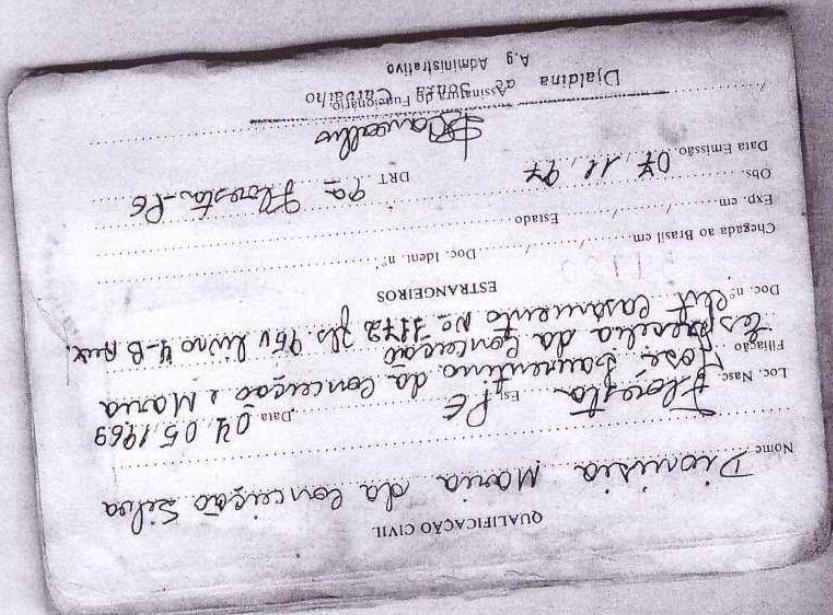
DECLARAÇÃO

Dionisia Maria da Conceição Silva, moradora, casada, agricultora, residente
do Distrito de Itatobá n° 5694414, Sertão PE, inscrita no CRMF n° 058.390.604-45, residente e domiciliada no Sítio Itatobá, S/N, Bairro
Sítio Itatobá, Comunidade do Ponto 1/RE, CEP: 56920-000, 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.

Florianópolis 21 de dezembro de 2017

X Dionisia Maria da Conceição Silva
Declarante





REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

Registrado em / / como
..... sob
Nº Liv. Fls. Data.
DRT Ass. do Funcionário

Registrado em / / como
..... sob
Nº Liv. Fls. Data.
DRT Ass. do Funcionário

Registrado em / / como
..... sob
Nº Liv. Fls. Data.
DRT Ass. do Funcionário

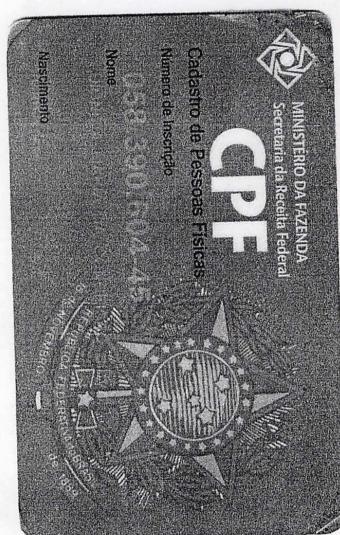
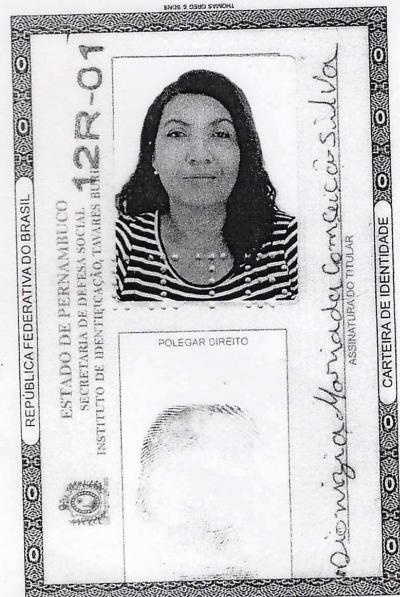
Registrado em / / como
..... sob
Nº Liv. Fls. Data.
DRT Ass. do Funcionário

Registrado em / / como
..... sob
Nº Liv. Fls. Data.
DRT Ass. do Funcionário

CARTEIRAS ANTERIORES

Número	Série	Data da Entrega
.....
.....
.....







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 N°. 15E0277000510

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/05/2015 às 12:51**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 6/4/2015 às 06:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 01, ESTRADA QUE LIGA FLORESTA A BARRA DO SILVA DISTRITO DE CARNAUBEIRA DA PENHA-PE** - Bairro: **ZONA RURAL DE FLORESTA - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO RIACHO DO SÃO PEDRO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANIMAL (AUTOR \ AGENTE)
JUCILANE DIONIZIA DA SILVA LOPES (NOTICIANTE)
JOSIMAR JOSÉ LOPES (TESTEMUNHA)
FERNANDO OTAVIO DA SILVA (TESTEMUNHA)
DIONIZIA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DIONIZIA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA

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

DIONIZIA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mão: **MARIA ESPRECÍLIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOSÉ LAURENTINO DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **4/5/1969** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5994414/SSP/PE (RG), 05839060445 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 8798104872**

Endereço Residencial: **SANTA ROSA, 349, RUA EMÍDIO QUIRINO DE SÁ - CEP: 56400000 - Bairro: SANTA ROSA - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO COMPARE II**

JUCILANE DIONIZIA DA SILVA LOPES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mão: **DIONIZIA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA** Pai: **JULIANO EVANGELISTA DA SILVA** Data de Nascimento: **29/8/1988** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8878096/SDS/PE (RG), 07412484419 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: **- 8798104872**

Endereço Residencial: **SANTA ROSA, 349, RUA EMÍDIO QUIRINO DE SÁ - CEP: 56400000 - Bairro: SANTA ROSA - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO COMPARE II**

JOSIMAR JOSÉ LOPES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **MARIA DE LOURDES DOS**



SANTOS Pai: **JOSÉ LIVINO LOPES** Data de Nascimento: **2/11/1985** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7861422/SDS/PE (RG), 07503723467 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 8799054844**

Endereço Residencial: **SANTA ROSA, 349, RUA EMÍDIO QUIRINO DE SÁ - CEP: 56400000 - Bairro: SANTA ROSA - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO COMPARE II**

FERNANDO OTAVIO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA FILHA DA CONCEIÇÃO** Pai: **OTAVIO JOÃO DA SILVA** Data de Nascimento: **28/4/1990** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8075736/SDS/PE (RG), 09352217438 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 8799201274**

Endereço Residencial: **SANTA ROSA, 34, RUA DOUTOR GILBERTO FERRAZ GOMINHO - CEP: 56400000 - Bairro: SANTA ROSA - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL, IGREJA SANTA ROSA**

ANIMAL (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSIMAR JOSÉ LOPES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DIONIZIA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **KJM9802** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **960253912** Chassi: **9C2KC08108R147920**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **HONDA CG 150 TITAN KS**

Complemento / Observação

A PESSOA DE JUCILANE DIONIZIA VEIO A ESTA DPC COMUNICAR QUE NA SUPRACITADA DATA E HORA A SENHORA DIONIZIA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA (SUA MÃE), CONDUZIA UMA MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS, NA ESTRADA VICINAL QUE LIGA FLORESTA A BARRA DO SILVA (DISTRITO DE CARNAUBEIRA DA PENHA-PE), QUANDO UM CACHORRO CRUZOU A SUA FRENTES E NÃO TENDO COMO DESVIAR-SE VEIO A BATER, VINDO A CAIR AO SCLO, FRATURANDO O PUNHO DIREITO. QUE EM SEGUITA LIGOU PARA A PESSOA DE JOSIMAR QUE JUNTAMENTE COM A OUTRA TESTEMUNHA FORAM SOCORRE-LA. QUE AO CHEGAR NO HOSPITAL DESTA CIDADE NÃO HAVIA MEDICO PLANTONISTA E TEVE QUE AGUARDAR ATÉ AS 10:00 HS, QUANDO FOI ATENDIDA E ENCAMINHADA PARA A CLÍNICA SÃO FRANCISCO NA CIDADE DE SERRA TALHADA-PE ONDE FOI SUBMETIDA A CIRURGIA. NADA MAIS A REGISTRAR ENCERRO O PRESENTE BOE,

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

Jucilane Dionizia da Silva Lopes
JUCILANE DIONIZIA DA SILVA LOPES
(NOTIFICANTE)

B.O. registrado por: **MARCO ANTONIO BEZERRA DE SA** - Matrícula: **221341-9**



25/08/2017

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

SINISTRO 3170371246 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DIONIZIA MARIA DA CONCEICAO SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO DIONIZIA MARIA DA CONCEICAO SILVA

CPF/CNPJ: 05839060445

Posição em 25-08-2017 08:53:31

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 4.725,00

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
28/08/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00



1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE SAO FRANCISCO	Hospital Francisco Anselmo Ltda.		2517124
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE SAO FRANCISCO	Hospital Francisco Anselmo Ltda.		2517124
Identificação do Paciente		NOME ATEND.	
4 - CNES Número do documento	RG 5994414	5 - SIS PRENATAL	6 - SENHA/REGULAÇÃO
7 - N.º DO PRONTUÁRIO	31078		
8 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	10 - DATA DE NASCIMENTO	9 - NOME DO PACIENTE	11 - SEXO
11048095400080444	09/05/1969	Wiancini Maria da Conceição	Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input checked="" type="checkbox"/>
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	DDO 13 - TELEFONE DE CONTATO		
13 - ENDEREÇO (RUA, N.º BAIRRO)	87 9810 41872		
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	16 - COD. IBGE MUNICÍPIO	17-UF	18 - CEP
Floripa	260570	PE	56400000
19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID 10 PRINCIPAL
pt 10 mo	552.5
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24 - CID 10 SECUNDÁRIO
25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		PROCEDIMENTO SOLICITADO	
27 - CID 10 PRINCIPAL	0408.02.0423.		
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	30 - DOCUMENTO	31 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
pt	Int	() CNS () CPF	22/04/15
32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO	34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)	35 - COD. DO PROCEDIMENTO
Dr. Ebenone A. Silva Ortopedia e Traumatologia CRM: 15.122 CPF: 882.723.544-20	22/04/15	Hospital Francisco Anselmo CNPJ: 41.095.563/0001-98	0408.02.0423.

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
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 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CGSN
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - () EMPREGADO () EMPREGADOR	45 - () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO	46 - () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO		46 - COD. ORGÃO EMISSOR		51 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DOCUMENTO	48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			261510760755-2
() CNS () CPF				Motivo da Alta: Melhorada
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			Caráter da Internação: Eletrônica
22/04/15	José Roberto Vieira Barros Médico Autorizador CRM-SC 6.500 CRF-SC 43.140-750			Data da Internação: 22/04/15
				Data da Alta: 23/04/15



**HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA**

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - AABB - 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

linizio. Sus

Número do Registro: 31078

Data: 22/04/15

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Dionisia Maria da Conceição
Idade: 45 Sexo: F Cor: Pardo Estado Civil: Casada

Profissão: Agrimensora Naturalidade: Floriano Nacionalidade: Brasileira

Endereço:
Rua: Alves de Andrade Ferreira N.º 349 Bairro: Santo Rosa
Cidade: Floriano Estado: PE Fone: 9810 - 4872

Residência:
Bairro: José Bonifácio da Conceição
Cidade: M. Exposição da Conceição

NAMNESE E EXAME FÍSICO

Fract com ff em pulso,

Hipótese Diagnóstica: Fract em pulso

Xames Solicitados: rx

*Dr. Ebenor A. Silveira
CRM 15122
Clínica - Traumatologia*

Condições de Alta

Motivo de Alta

23/04/15



Cirurgia Realizada: <u>LT + RT Endo</u>		N.º do Procedimento:
Data: <u>22/04/15</u>	Inicio:	Término:
Cirurgião: <u>DR. BRUNO</u>	1.º Auxiliar:	2.º Auxiliar:
		Anestesista: <u>DR. BRUNO</u>

- ① hairs
- ② antennae
- ③ teeth + fine setae ~~are present~~
- ④ hairs + bristles

Dr. Ebenezer C. Clegg CRM 15





PREFEITURA MUNICIPAL DE
FLORESTA

ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL DE URGENCIA

404 8095 4008 0444
— DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO —

Assinatura do paciente

CÓDIGO 0012378		ENDERÉSCO RUA ALCINA TORRES DE ARAÚJO	
LOCALIDADE FLORESTA		ESTADO PE	CEP 56400-000
SEGURADO			
NOME <i>Dionizio</i>		IDADE 46	DATA DE NASCIMENTO 01/05/67
PROFISSÃO <i>funcionário</i>		CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-61) 0000000000000000	
ENDERÉSCO DO LOCAL DE TRABALHO			
LOCALIDADE <i>Floresta</i>		ESTADO PE	CEP 56400-000
PACIENTE			
SEGURADO 1 <input type="checkbox"/> NESTE CASO NÃO PREENCHER NOME E IDADE	DEFENDENTE 2 <input type="checkbox"/> NOME	ENDERÉSCO DA RESIDÊNCIA	
IDADE 46	ENDERÉSCO DA RESIDÊNCIA <i>Conselho</i>	ESTADO PE	CEP 56400-369
LOCALIDADE <i>Floresta</i>			
OUTRO DOCUMENTO DE IDENTIDADE (admissível em casos excepcionais durante dois dias úteis)			
CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-61) 0000000000000000		NÚMERO 097510177-74	
ÓRGÃO EMITENTE			
DATA DO ATENDIMENTO 03/01/15		RAPELAÇÃO DO ATENDIMENTO SIM 1 <input type="checkbox"/> NÃO 2 <input type="checkbox"/> Nº VEZES 1025	
HORA DO ATENDIMENTO 1025			
— MOTIVO DO ATENDIMENTO <i>Pr. 130 x 50. Alergias. Dolor de dor de dentes.</i>			
INSTRUÇÕES Preencher legivelmente todos os campos sob pena de não ser considerado o atendimento. Assinare com 'X' as quaisquer das alternativas de número, marcando a alternativa.			
Assinatura do paciente ou acompanhante <i>Flávia Maria das Neves</i>			
ASSINATURA DO MÉDICO OU ODONTOLOGO <i>Flávia Maria das Neves</i>			
ASSINATURA DO HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE HOSPITAL CEL. ÁLVARO FERRAZ			
ENCAMINHAMENTO			
1 PRESCRITA <input type="checkbox"/> 1 PARA RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> 2 APLICADA <input type="checkbox"/> 2 PARA AMS <input type="checkbox"/> 3 INTERNACAO <input type="checkbox"/> 4 OBITO <input type="checkbox"/> 5 OUTROS <input type="checkbox"/> 6 TISIOFNEUMOLÓGICO <input type="checkbox"/> 7 ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> 8 QUITO			
CÓDIGO 097510177-74			
NOME DO HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE HOSPITAL CEL. ÁLVARO FERRAZ			
CARTÃO CRIMOSO Amorim 834-04			
ASSINATURA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE <i>CONFIRMO O ORIGINAL</i>			
CPF 3499125009			
Assinatura do acompanhante <i>Flávia Maria das Neves</i>			



Hospital Cel. Álvaro Ferraz

Secretaria Municipal de Saúde
Sistema Único de Saúde

Poçoense Dionísio Mº de
Conceição Sifas, cedente hede de
moto hie' + 30anos, hote
apresenta se que se em UMS (D)
(moe), não conseguindo
movimentos com esse moe,
necessitando cirurgia,
esperar-se de suas o hiperoloides
heteróis, por não encontrar-se
ap hie.

Rx prenho (e hiep): 18/07/2014
Fratura consolidada de epífise
distal do rádio (D).
Fratura não consolidada do

Rua Alcina Torres de Araújo, s/n - Fone: (87) 3877.1192 - Centro - Floresta - PE

TO:CARVALHO
Data: 18/07/2014
Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO - 26/01/2018 10:01:10
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18012610001461800000027203654
Número do documento: 18012610001461800000027203654

processo estabilide de reforço D

• tratamento:

• Analgésico

• Acompanhamento clínico e pediátrico

• Fisioterapeuta

18/08/17

Baránia medeira

Chucena gondim

