

F: 987108040

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Eu, Maria José dos Santos Silva,
brasileiro, com RG 6178919
CPF/MF 068133534-38, email, _____ residente
e domiciliado à
Rua da Amizade, Nº 94, Aguas Compridas, Olinda
CEP 53160-370, por este instrumento particular de

mandato, nomeia e constitui seu bastante procurador, Bel.
RODRIGO ALVES DIAS, brasileiro, solteiro, advogado, registrado no
OAB/PE sob o nº 23.351-D e o Bel. JAIME MARÇAL DANTAS FILHO,
brasileiro, casado, advogado, registrado na OAB/PE sob o nº
33.947, todos com escritório localizado a Rua Helena de Lemos, n.
330, Empresarial da Ilha, Sala 102, Recife/PE, a quem concede
amplas poderes para, com a cláusula "ad judicium et extra"
representar o outorgante em qualquer ação em que o mesmo
seja autor, assistente, réu ou em qualquer modo interessado;
interpor todos os recursos em direito admitidos, inclusive perante
a Superior Instância, variar de ações, requerer medidas
preparatórias ou preventivas, e mais os poderes especiais,
transigir, desistir, firmar acordos, receber, dar quitação,
confessar, retirar alvará, representar em audiência, reconhecer a
procedência do pedido, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação,
firmar compromisso, pedir a justiça gratuita, assinar declaração de
hipossuficiência econômica e finalmente, praticar todos os demais
atos necessários para o bom e cabal desempenho do presente
mandato, especialmente para **MOVER AÇÃO DE
RESPONSABILIDADE CIVIL E OU SECURITARIA**, podendo ainda
autorizar seus procuradores supra a requerer os benefícios da
Assistência Jurídica Gratuita nos termos da Lei 1.060/50 e
7.115/93, por último praticar todas as medidas necessárias para o
bom e fiel cumprimento de presente mandato, inclusive
substabelecer, bem como os poderes especiais para realizar a
retirada de alvará judicial de pagamento em nome do autor, do
cartório judicial ou gabinete e afins.

Recife, ____ de ____ de ____.

x Maria José dos Santos Silva
RG. _____



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, morcio pere de santos silva
, brasileiro, com RG 6178919
CPF/MF 068.133.534-38, residente e domiciliado à
na Rua da Amizade, 94, Aguas Compridas, Olinda
CEP 53160-370, declaro sob as penas da lei que não
tenho condições de arcar com custos processuais, bem como quaisquer
custos adicionais sem prejuízo do meu sustento e de minha família, para tanto
requeiro os benefícios da assistência judiciária Gratuita nos termos da lei
1.060/1950.

Recife, ____ de ____ de ____

X morcio pere de santos silva

RG. _____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Pernambuco

COMARCA DE Escada

MUNICÍPIO DE Escada

DISTRITO DE Sede

José Severino de Macedo

Oficial Substituto do Registro Civil

NASCIMENTO N.º 47.369

CERTIFICO que, às fls. 08-v do livro n.º A- 42, de Registro de Nascimentos, foi feito hoje o assento de ANIELLE SANTOS DA SILVA

nascida aos dez (10) de Julho (07) de dois mil e um (2001) às 22 horas e 35 minutos, em Recife-PE

do sexo feminino

filha de Manoel Francisco da Silva

natural de PE

e de Dona Maria José dos Santos Moreira

natural de PE

Sendo avós paternos Francisco José da Silva

e Dona Severina Maria da Conceição, falecida

e avós maternos

e Dona Cleonice Maria dos Santos

Foi declarante o genitor

e serviram de testemunhas Rogerio Luis da Cruz

Adriano Francisco de Santana

Observações: Registro feito de acordo com a lei vigente.



O referido é verdade e dou fé.

Escada, 20 de agosto de 2001

José Severino de Macedo
Oficial Substituto



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TATAMEN REPEL

EC3



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

Maria José dos Santos Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.178.919

DATA DE EXPIRAÇÃO 08/08/2014

NOME << MARIA JOSE DOS SANTOS SILVA >>

SÉXO << F >>

<< CÉLEBRACE MARIA DOS SANTOS >>

NATURALIDADE 2222004 - PE

DATA DE NASCIMENTO 23/10/1980

DIGITO ORDEM << 00 0108 1109 7159 CARTESSEADAP2

CPF 038.133.534-58

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 716 DE 27-05-93

FEVEREIRA 2019 x 2019



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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/VW/SAVEIRO Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

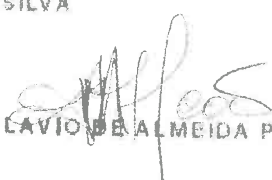
Placa: PEU5614 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMOU A NOTICIANTE QUE SUA FILHA AO SAIR DO COLÉGIO E TENTAR ATRAVESSAR A AVENIDA CITADA FOI ATROPELADA PELO VEÍCULO ORA MENCIONADO NESTE BO, VINDO A CAIR NO CHÃO E FOI SOCORRIDA POR POPULARES E ENCAMINHADA PARA UPA DE NOVA DECOBERTA CONFORME ATENDIMENTO Nº 729483 E DEPOIS TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS PARA CIRURGIA.

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


MARIA JOSÉ DOS SANTOS SILVA
(NOTICIANTE)


B.O. Registrado por: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO - Matrícula: 220.926-8

21/3/2017 17:40





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS -
DP25ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0115001273**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/03/2017** às
17:41

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia **7/5/2015** às **11:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE AGUAS COMPRIDAS, 1 - Bairro;**
AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA JOSÉ DOS SANTOS SILVA (NOTICIANTE)
ANIELLE SANTOS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

MARIA JOSÉ DOS SANTOS SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: CLSONICE
MARIA DOS SANTOS PAI NÃO DECLARADO Data de Nascimento: 23/10/1980 Naturalidade: ESCADA /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6178919/SDS/PE (RG), 06813363438 (CPF) Estado Civil:
CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares:
- 987108040

Endereço Residencial: RUA DA AMIZADE, 94 - CEP: 56000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS -
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

ANIELLE SANTOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSÉ
DOS SANTOS MOREIRA PAI: MANOEL FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: 7/6/2001
Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU
INCOMPLETO
Endereço Residencial: RUA DA AMIZADE, 94 - CEP: 56000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS -
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

21/3/2017 17:40



Data do Atendimento:

07/05/2015

Hora: 11:51:25

Nº Atendimento:

728483

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Local / Serviço:

CONSULTORIO MEDICO

PRONTUARIO:

264013

Colaborador: JAQUELINE SILVA

Nome: ANIELLY SANTOS DA SILVA

Sexo: F

Data de Nascimento:

10/07/2001

Idade: 13 Anos, 9 Meses e 27 Dias

C.I.:

Responsáveis:

MARIA JOSE DOS SANTOS DA SILVA

Endereço:

RUA DA AMIZADE, 94 - AGUAS COMPRIDAS/ - 53160370

Cidade:

OLINDA

Tel.:

Data do Atendimento:

/ / Hs

Peso: Kg

Temperatura: °

PD / HDA:

Queixas dos responsáveis - prurimento
dor na mão (5) m. o/h

EXAME FÍSICO:

Dor + D.S.F. amarelado

AGNÓSTICO:

Ex. de Malasão Med. de T.M.

INDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

1) Isosorbide 10mg
2) Ibuprofeno 400mg + 10mg
3) Lin. Glicona 100mg 12/12
4) Diprova 1/2 mg + 10mg 16/16

SOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

568 J. 0.005 ml EV lento.

10.15h Usaram dor - pararam - TOXICOLOGIA

Alta do Paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Alta a Pedido () Atestado

Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro

Relação de Saúde do Paciente () Melhorado () Inalterado

Dr. Maria Tavares
Cirurgiã Plástica
UPA 24h
CRP 5071

Dr. Verônica Costa
Cirurgiã Plástica
UPA 24h
CRP 5072

Maurice Arruda F.
Ortopedista Traumatologista (CRM)
07.05.2015

Médico - Carimbo e Assinatura



UPA24H-UNID PRONTO ATEND NOVA DESCOBERTA

Tipo de Classificação de Risco - Protocolo

UPA NOVA DESCOBERTA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 07/05/2015 11:46

Nome Paciente: ANIELLY SANTOS DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 10/07/2001
Sexo: Feminino
Idade: 13
Senha: D0023
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 07/05/2015 11:46 - 07/05/2015 11:48

ANA LUCIA SOLANO DE OLIVEIRA - COREN: 111111111 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Urgência: URGENCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE ATROPELAMENTO NA ESCOLA HÁ POUCOS MINUTOS COM DOR E EDEMA MIE

Observação: HAS (-) DM (-)
NEGA ALERGIA

Exatidão sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ANA LUCIA SOLANO DE OLIVEIRA - COREN: 111111111 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/05/2015 11:48

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA

Visto
NEPI



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ANIELLE SANTOS DA SILVA Atendimento: 383887 Prontuário: 969043
Data Nas.: 10/07/2001 Idade: 13 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:
RG: CNS: 898004631432707
Endereço: RUA DA AMIZADE Nº: 94
Bairro: AGUAS COMPRIDAS Cidade: OLINDA Estado: PE
CEP: 53160270 Fone: 558187108040 Celular:
Acompanhante: Profissão:
Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS MOREIRA
Nome do Conjuge:
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO

Data: 07/05/2015 23:38

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queda Principal / HDA:

Traumatologia
CRM 8500 5801 10690

*Mr. Anielle em consulta
para o tratamento do membro superior direito*

Exame Físico:

com dor leve e/ou

PA: FC: FR:

Reg. Provisório:

Final. membro superior direito e

membro inferior

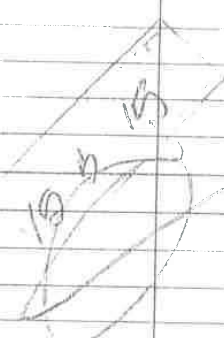
devido a uma lesão

Prescrição:

Dieta:

Horário

*Dr. José Sergio S. Souza
Traumatologia Ortopedia
CRM 8500 5801 10690*



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

07/05/2015 23:46

Nome Paciente: ANIELLE SANTOS DA SILVA
Cod. Paciente: 969043
Data de Nascimento: 10/07/2001
Sexo: Feminino
Idade: 13
Senha: EA0069
Convenio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 383887



07/05/2015 23:42 - MARLY MOTA DA SILVA SOUZA - COREN: 55110 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Gravidade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

MEIOR VEIO ENCAMINHADA DA UPA NOVA DESCOBERTA. SOFREU ATROPELAMENTO POR CARRO HOJE DE MANHA. NAO VOMITOU, NAO DESMAIOU. TRAUMA EM MIE. QUEIXA DE DOR.

Observação:

Histograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: MARLY MOTA DA SILVA SOUZA
Data: 07/05/2015 23:46

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





****SES/FUSAM****

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA: AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: ANIELLE SANTOS DA SILVA

PRONTUÁRIO Nº: ALTA HOSPITALAR EM; 16/09/2016

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE: TRAUMA GERAL EM: 15 DIAS

MÉDICO: TARCISIO LYRA

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO RECIFE, 16/09/2016

MÉDICO RESPONSÁVEL: CARIMBO

VISTO – CHEFIA DO AMBULATORIO

OBS: ESTE FORMULÁRIO SO SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS. TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL.
NECESSÁRIO DE RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO)





SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

Pernambuco End. Rua Aprijo Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Jaime Marcil S. Filho Registro: _____

Clinica: _____ Procedência: _____

1. Exame de

1/2 : Exame de audiologia
audição (C)

Solício:
20 Winters School
de audiologia

Data: 15/06/15

Médico-CRM

075-HOF



USF AGUAS COMPRIDAS I e II
Estrada de Aguas Compridas, S/N
Aguas Compridas-CEP 53.160-800
Fones: 3 4 9 8 3 6 3 1



Receituário:	Requisição No.
Nome: <u>Amelle Santos da Silva</u>	
Endereço:	
Matr:	Data de Nascimento:

Declaramos para ciência desta
que a paciente Amelle
Mendes Rodrigues, mãe
da amada do Anjo
da família.

Jaime Marcal Dantas Filho
Jaime Trigueiro
Fisioterapeuta

Data: 16/04/19

ASSINADO CRM



DATA	HORA	EVOLUÇÃO
11/04/19	10:30	Paciente já submetida ao procedimento cirúrgico encontra-se de alta hospitalar. No momento apresenta sintomas de ansiedade (TEPT), decorrentes de trauma sofrido. Realizado escuta clínica, apoio emocional e Orientações (acompanhamento psicológico). <i>Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO</i>





**** SES/FUSAM ****
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

SERVIÇO DE RADIOLOGIA E ULTRA-SONOGRAFIA

CLIENTE: Anielle Santos da Silva

REGISTRO: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

DATA: 22/08/16

NATUREZA DO EXAME: RX Tornozelo Esq.

1 1 Amb.: _____

LAUDO RADIOLÓGICO

Implante de parafusos no maléolo
medial da tíbia (aspecto radiológico
normal)
Espacos articulares mantidos.

Ofen
Médico - CRM

ENDEREÇO: Rua Aprígio Guimarães, S/N, Tejipió, Recife-PE.
C.E.P. 50.920-640 FONE: (081) 455-4455





SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: ANIELLE SANTOS DA SILVA

Reg: 969043

Enf: 14

Leito: 01

DATA DE ENTRADA: 16/09/2016

DATA DE SAÍDA: 17/09/2016

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

RETIRADA DE PARAFUSOS DE MALÉOLO MEDIAL

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE EVOLUI BEM RECEBE ALTA APÓS RETIRADA DE PARAFUSOS

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: ORTOP TRAUMA GERAL
COM DR TARCÍCIO LYRA
PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

Dr. Thiago Coutinho
MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





SES

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

ÁREA DE ATUAÇÃO: Pediatria

45-2

NOME: Amelil Santos da SilvaSEXO: () M ☒ FDATA DE NASCIMENTO: 30/07/03 IDADE: 13

RELIGIÃO:

MATERNA: Marcos F. da SilvaPATERNA: M. S. da SilvaENDEREÇO: Rua da Amizade, 74 - Angicos com
CalçadaPUNTO DE REFERÊNCIA: Col. Raimundo DinizTELEFONE P/ CONTATO: () 07108040-mãe / 05834268-pai

ATENDIMENTO: (X) READMITIDO: () PROCIÊNCIA:

COMPANHANTE: AgenteTABAGISMO: USO DE ETÍLICOS: OUTROS:

PROFISSÃO/PROFISSÃO:

CARGO/ADOLESCENTE: 7º ano

FATORES:

COMPOSIÇÃO FAMILIAR: Mãe e pai + 3 irmãos

MÉDIO HABITACIONAL:

CÓPIA (X) ALUGADA, () CEDIDA

CÓPIA ENCANADA, (X) LUZ ELÉTRICA, () SANEAMENTO BÁSICO

CÓPIA FAMILIAR

TÍTULA DE S.M. () 03 A 05 S.M. () MENOS DE 01 S.M. () INDEFINIDA

PROGRAMAS SOCIAIS: (X) BOLSA FAMÍLIA, () BOLSA ESCOLA, () PET

DE SERVIÇOS SUS: (X) PSE, () CAPS AMBULATORIO, () OUTROS

TÍTULOS APRESENTADOS: cert. nasc.

OUTRAS INFORMAÇÕES/ ORIENTAÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL:

Atendimento na UPA de Nova D.
atual. Validação de atendimento
com laudo em processo de
avaliação psicológica
em andamento
em andamento



ASSISTENTE SOCIAL



SINISTRO 3170187089 - Resultado de consulta por
beneficiário

VÍTIMA ANIELLE SANTOS DA SILVA
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO GENTE SEGURADORA
S/A
BENEFICIÁRIO ANIELLE SANTOS DA SILVA
CPF/CNPJ: 06813353438
Posição em 17-05-2017 19:35:25
Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados
na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
25/04/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

