

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: NANERY GOMES E SILVA, brasileira, solteira, frentista, portadora do RG: 9.425.240 – SDS/PE, devidamente inscrita no CPF sob o nº 702.017.254-79, residente e domiciliada GUARACIABA - COHAB Nº12, Recife/PE, CEP: 51290-500.

OUTORGADO: Dr. DANILO JOSÉ FREITAS DE OLIVEIRA, devidamente inscrito na OAB/PE nº. 37.990, inscrito no C.P.F./M.F. sob o nº. 044.515.674-08, com endereço profissional na Rua Jorge de Lima, nº. 230, sala 01, Boa Viagem, Recife-PE, CEP: 51160-070.

PODERES: Confere-se os poderes da cláusula *ad judicium et extra* para o foro em geral, com o intuito de representar o Outorgante, nos autos da inclusive para assinar, acordar, prestar declarações, impugnar, arrolar testemunha, substabelecer, receber citação pessoal, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, dar quitação e firmar compromisso, representar perante a Caixa Econômica Federal e ao Banco do Brasil, levantar Alvarás, propor e receber notificações e intimações, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, em quaisquer lugares do Estado de Pernambuco, também quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e Tribunais, ou seja, exercer todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste Mandato.

Recife, 29 de setembro de 2018.



NANERY GOMES E SILVA



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **NANERY GOMES E SILVA**, brasileira, solteira, frentista, portadora do RG: 9.425.240 – SDS/PE, devidamente inscrita no CPF sob o nº 702.017.254-79, residente e domiciliada GUARACIABA - COHAB Nº12, Recife/PE, CEP: 51290-500, declaro, sob todos os fins de direito e sob pena de ser responsabilizada criminalmente por falsa declaração, que não possuo condições de pagar as custas do processo, sem prejuízo do meu sustento próprio e de minha família, necessitando portanto, da gratuidade da justiça.

Recife, 29 de julho de 2016.



NANERY GOMES E SILVA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
NANERY GOMES E SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
9425240 SDS PE

CPF
702.017.254-79

DATA NASCIMENTO
10/04/1996

FILIAÇÃO
EVERALDO DE OLIVEIRA E SILVA
ANABEL DA SILVA JOSE

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO
06696791660

VALIDADE
08/04/2021

1ª HABILITAÇÃO
06/09/2016

OBSERVAÇÕES
EAR

Nanery G e Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
15/09/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR
88588751833
PE081533934

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1485212998

PROIBIDO PLASTIFICAR
1485212998

DFACALAP AM LACES COM UNIS MO PRE PA

EXCELSIOR SEGUROS
06 JUN 2018
SEGURO DPVAT



INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Geral.
Ligue 135 ou encaminhe e-mail através do Fale Conosco, localizado no PrevNet (www.previdencia.gov.br)



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



005117



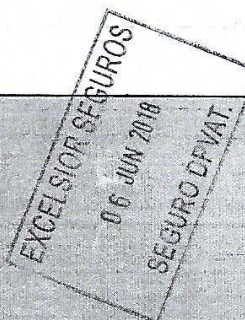
NANERY GOMES E SILVA
GUARACIABA 12
COHAB
RECIFE - PE
51290.500



5013196987409300000000893130110518

REMETENTE

INSS
AG DA P SOCIAL RECIFE - CASA AMARELA
EST DO ARRAIAL, N.
TAMARINEIRA
RECIFE - PE
52051.380



009055

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ MUDOU-SE | ☐ RECUSADO | ☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍNDICO |
| ☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE | ☐ NÃO PROCURADO | ☐ OUTROS |
| ☒ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO | ☐ AUSENTE | |
| ☐ DESCONHECIDO | ☐ FALECIDO | |

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:

EM:

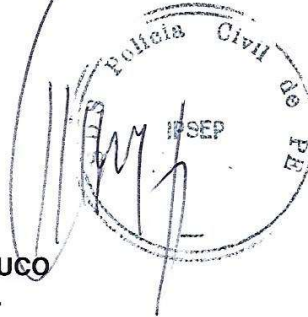
RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM: ATU20X



CONFERE COM
O ORIGINAL

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

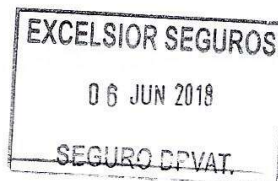
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0099001588**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/06/2018** às **17:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia
5/4/2018 às **23:25**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOIS RIOS, 01** - Bairro: **IBURA - RECIFE/PERNAMBUCO**
/ **BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO NÚCLEO DE SEGURANÇA**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE (AUTOR AGENTE)
NANERY GOMES DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
NANERY GOMES DA SILVA

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

NANERY GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANABEL DA SILVA JOSÉ** Pai:
EVERALDO DE OLIVEIRA E SILVA Data de Nascimento: **10/4/1996** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO /**
BRASIL Documentos: **9425240/SDS/PE (RG), 70201725479 (CPF), 06696791660 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ATENDENTE** Telefones Celulares:
- 987811999

Endereço Residencial: **TRAVESSA GUARACIABA, 12, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB -**
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A POLICLINICA ARNALDO MARQUES
Endereço Comercial: **AVENIDA GENERAL MAC ARTHUR, 1481, POSTO DE GASOLINA PETROBRAZ - CEP:**
55000-000 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO HOTEL PRAIA SUL

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **XXXXXXXXXX**
Pai: **XXXXXXXXXX** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade:
DESCONHECIDO

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

TRANSITANDO COM A MOTO CAIU NO BURACO E PERDEU O CONTRÓLE (OUTROS TIPO DE OBJETO)
de propriedade do(a) Sr(a): **NANERY GOMES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **NANERY GOMES DA**
SILVA



Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Descrição: **RODANDO, AO PASSAR NO BURACO CAIU DA MOTO**

Complemento / Observação

INFORMA A AUTORA E VÍTIMA QUE NO DIA 05 DE ABRIL DE 2018, POR VOLTA DAS 23:25 HORAS, DIRIGIA SUA MOTO DE MARCA YAMARA, MODELO FACTOR YBR 125 ED, DE COR ROXA, PLACA PET 0640, CHASSI : 9C6KE1500B0043885, QUANDO PASSOU EM CIMA DE UM BURACO , NA AV: DOIS RIOS, NAS PROXIMIDADES DO NUCLEO DE SEGURANÇA, E TOMBOU DA MOTO, DIANTE DESTE FATO A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR UMA VIATURA DO SAMU, QUE LEVOU PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, SENDO ATENDIDA PELO DR. CARLOS ALEXANDRE GONÇALVES, OTOPEDISTA / TRALMATOLOGISTA , CRPE 13339, , QUE AO ENTRAR NA EMERGENCIA RECLAMOU DE : DOR NO PUNHO ESQUERDO, DOR NO ABDOME DO LADO DIREITO, QUE O ABDOME SOFREU UM COERTE QUE LEVOU 04 PONTOS,, ARRANHÃO NO ANTE -BRAÇO DIREITO E ESQUERDO, PROBLEMAS NAS DUAS MÃOS, ARRÃOU OS DOIS JOELHOS, MACHUCOU AS DUAS ROTULAS, MACHUCOU A BATATA DO PÉ DIREITO. ARRANHOU O OMBRO DO LADO DIREITO, COXA DO LADO DIREITO MACHUCADA, QUE FOI DANIFICADO O PAINEL DA MOTO, A MAÇONETA, O PUNHO, O RETROVIZOR, EMPENOU O GUIDON, DANIFICOU O FREIU TRAZEIRO E DIANTEIRO, ARRANHOU A CARNAGEM, QUEBROU A SETA DO LADO DIREITO, ENPENOU O GARFO, QUEBROU A PROTEÇÃO DO ESCAPE. QUE RETONAVA DO TRABALHO COM DESTINO A SUA RESIÊNCIA. PELO EXPOSTO SOLICITA PROVIDÊNCIAS POLICIAIS.

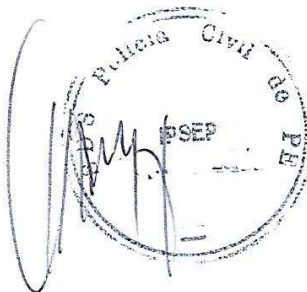
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

NANERY GOMES DA SILVA
(VITIMA)

nanery g e Silva

CONFERE COM
O ORIGINAL

B.O. registrado por: **MARNEY MORAIS DE CASTRO CUNHA** - Matrícula: **3809994**





PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

009057

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT. 1.567.424.009.8

Número do Benefício: 622.911.400.7

Espécie: 31

Ao Sr(a): NANERY GOMES E SILVA

Endereço: GUARACIABA 12 , COHAB

CEP: 51.290.500 **Município:** RECIFE

UF: PE

Assunto: Requerimento de Auxílio - Doença.

Decisão: DEFERIDO

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa.

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991 e arts. 71 e 78 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3048, de 06/05/1999.

Prezado(a) Senhor(a),

Em atenção ao requerimento de Auxílio-Doença, efetuado em 07/05/2018, a Previdência Social comunica que foi reconhecido o direito ao benefício, em razão de o exame médico-pericial realizado pelo INSS ter concluído que existe incapacidade para o trabalho e/ou atividade habitual.

O Auxílio - Doença foi concedido até 06/06/2018, Data da Cessação do Benefício - DCB.

Caso não recupere a capacidade para o trabalho e/ou atividade habitual até a data da cessação fixada, o (a) Senhor(a) poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante Solicitação de Prorrogação, no prazo de 15(quinze) dias antes da cessação do benefício 06/06/2018, observado o disposto no art. 78, § 2º, do Regulamento da Previdência Social.

Cessado o benefício, o (a) Senhor(a) poderá apresentar Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, no prazo de 30(trinta) dias contados a partir de 06/06/2018, observado o disposto no art. 305, § 1º, do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo decreto nº 3.048/99.

A Solicitação de Prorrogação e a apresentação do Recurso poderão ser agendados por meio da internet pelo endereço eletrônico meu.inss.gov.br, da Central 135 ou em uma Agência da Previdência Social.

Caso haja recuperação da capacidade para o trabalho e /ou atividade habitual antes do prazo fixado, orienta-se o comparecimento a uma Agência da Previdência Social para marcação de exame médico-pericial.

O prazo para a revisão do benefício é de 10(dez) anos contados da data da concessão ou do indeferimento, de acordo com o prazo decadencial previsto no art.103 da Lei nº 8.213/91 e art. 347 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048/99.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em auxílio doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

AG DA P SOCIAL RECIFE - CASA AMARELA

ENDEREÇO: EST DO ARRAIAL, N. - TAMARINEIRA

CEP: 52051.380

MUNICÍPIO: RECIFE

UF: PE

M:16

Impresso pela Dataprev

FORM: ATU34X



HOSPITAL OT/ DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

05/04/2018 23:56



Nome Paciente: NANERY GOMES E SILVA
Cód. Paciente: 1056247
Data de Nascimento: 10/04/1996
Sexo: Feminino
Idade: 21
Senha: FN0046
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 750561



05/04/2018 23:56 - EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade:

LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:

LARANJA

Queixa Principal:

SOFREU ACIDENTE DE MOTO HÁ MAIS OU MENOS 20 MINUTOS. ESTAVA DE CAPACETE. NÃO LEMBRA SE DESMAIOU. BATEU A CABEÇA. ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII. DOR ABDOMINAL À D. EDEMA EM JOELHOS. NÃO VOMITOU.

Observação:

SAT O2=100%. P=109. NÃO REFERE ALERGIAS OU DM.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MAIOR

Discriminador(es):

- DOR INTENSA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos:

- RÉGUA DE DOR: 8



Acolhido(a) por: EDNA BARBOSA SILVA
Data: 05/04/2018 23:56

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA

Visto
REC
RECORADO
Bola
06/04/18



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: NANERY GOMES E SILVA
Data Nasc.: 10/04/1996 Idade: 21 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 704507313628318
Endereço: RUA RIO NOVO DO SUL Nº: 4
Bairro: IBURA Cidade: RECIFE Estado: PE
CEP: 51230050 Fone: 558194305967
Acompanhante: Celular:
Nome da Mãe: ANABEL DA SILVA JOSE Profissão:
Nome do Conjuge:
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 05/04/2018 23:43 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA: 06/04/18 - 01:05h - Paciente apresentando
com história de queda de moto 179 ±
90 minutos.

Exame Físico:

Exame físico normal. Hemodinâmico
estável. Membros superiores e inferiores
com movimento livre.

Diag. Provisório:

06/04/18 - 01:20h - Rx Bacia e Anca. Rx
Ponto C: Fratura incompleta 1/3 distal
médio C.
Diagnóstico: Fratura 1/3 distal médio C.

Prescrição:

Data

Dieta: Alimentação Abdominal

Conduta: - Tratamento conservador. Ponto
Gesso fixo/plaster Pl. Curativo.
Rx bacia/Anca - Curativo. Ferimento
Rx tornozelo/Anca - Curativo. Ferimento.

EXCELSIOR SEGUROS
06 JUN 2018

SEGURO DE VIDA

Reg.

CARLOS ALEXANDRE GONÇALVES
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PE 13338
SBOT 3401

28.04.18
Mina.



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Wendy. Jous Registro: _____

Clínica: _____ Procedência: _____

*para copies
d orlos*

2

Data: 04 07 19

Dr. *[Signature]*
CRM

Médico-CRM

075-HOF



  **SES**
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Arivaldo Costa e Silva Registro: _____

Clinica: _____ Procedência: _____

Arivaldo Costa e Silva
Oftalmologista
ma

Data: 20/04/18


Médico-CRM

075-HOF



RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

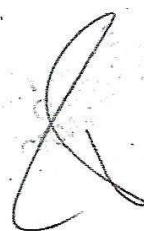
Nome: Isneely Soares ESP Registro: _____
Clínica: _____ Procedência: _____

Ats de pulmão

F. S. tubos

(10) v. de pulmão

2



Data: 04/08/19

Médico-CRM

075-HOF



RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: MYNERY ROBERT L. SALIM Registro: 117

Clínica: Ortopedia Procedência: _____

Do Anamnese de
Ortopedia - Trauma
com 2 sintomas.

Nota: Traut. Conservadora
inicialmente
Punto (E)

Data: 06/04/18
01:30h

CARLOS ALEXANDRE GONÇALVES
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PE 13339
SBOT-9401

Médico-CRM

075-HOF



RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Mosley Gess e S.S. Registro: _____

Clínica: _____ Procedência: _____

Lab. med. W

Exatidão em fila
de furo (e) for scdett
de W.P.

Atmos. abs. e deo. malgim
Hto. fis. de W.P.

O.P. : 562.3

Data: 04, 05, 18


Médico-CRM

075-HOF





SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE**ATESTADO MÉDICO**ATESTO que o Segurado MATHEUS CARLOS E SILVA

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 15 (quinze) dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico S52.5

d) Tratamento _____

Deverá retornar ao Ambulatório de: _____

Com _____ dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

Unicentro - HGF
HOSPITAL/AMBULATÓRIORecife-PE 06/09/18
LOCALIDADE/DATACARLOS ALEXANDRE GONÇALVES
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PE 13339
SBOT - 9401

Ass. do Médico - CRM N.º _____

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF





SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Wesley Gomes e Silva

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 15 (quinze) dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico Febre do fuso (E)d) Tratamento 40 ceftriaxonaDeverá retornar ao Ambulatório de: PRO. 562.3

Com _____ dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

148
HOSPITAL AMBULATÓRIO200918
LOCALIDADE/DATA[Assinatura]
Ass. do Médico - CRM N.º _____NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO
PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013916042162
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 376223200 RNTRO: ***** EXERCÍCIO: 2018

NOME: NANERY GOMES F. SILVA

RECIFE-PE

CNPJ/CPF: 702.017.254-79 PLACA: FET0640

PLACA ANT./UE: ***** CHASSI: 8CGED1700B0043685

ESPECIE TIPO: PAS MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: YAMAHA/FACTOR YER125 ED ANO FAB: 2011 ANO MOD: 2011

CAP/POT/GIL: 2P/124CL CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: ROXA

COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: VENC./COTAS

IPVA 2018 QUITADO 1ª *****
FAIXA IPVA: PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES:

SEM RESERVA MENTO DE PORTE OBRIGATORIO

VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL: DATA: 22/03/18

Charles Andrew Sousa Ribeiro

DETRAN-PE

EXCELSIOR SEGUROS
06 JUN 2018

