

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Carlos Amorim de Sá,
nacionalidade: brasileira, estado civil: casado,
profissão: advogado, portador (a) da cédula de
identidade R.G. nº 5.832.731, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº:
135.449.714-10, residente e domiciliado (a) na rua
Alameda Capanga de Santa Rosa 1-A, bairro
Recife, Cidade Recife,
CEP: 51340-220.

OUTORGADO: Igor Calixto Amorim, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na
Ordem dos Advogados do Brasil Seccional de Recife, Pernambuco OAB-PE,
sob nº 44.369, endereço profissional localizado na Rua Presidente Nilo
Peçanha, nº 531, Bloco C, Apartamento "903", Conjunto Residencial Boa
viagem II, Bairro Imbiribeira, CEP: 51160-220 – Recife – Pernambuco,
endereço eletrônico: calixto.advp@gmail.com

PODERES GERAIS: Por este instrumento particular de procuração, constituo
meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes amplos e
gerais contidos na cláusula *ad judicia et extra*, e especialmente para
propor ação de divórcio.

_____ para a defesa de meus direitos e interesses.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima
descrito, os poderes especiais para confessar, reconhecer a procedência do
pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação,
receber, dar quitação, firmar compromisso, peticionar a justiça gratuita e
assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo em conjunto ou
separadamente, em Juízo ou fora dele, assim como, podendo substabelecer
esta a outrem, com ou sem reservas de poderes, para agir em conjunto ou
separadamente com o substabelecido, enfim, praticar todos os atos
processuais que achem oportunos e convenientes para o fiel cumprimento
deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Recife - PE, 07 de maio de 2019.

✓

OUTORGANTE

IGOR CALIXTO AMORIM
OAB/PE 44.369



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Joseane Helena da Silva Melo

portado (a) do RG de nº 5.852.931, CPF nº 035.069.714/10.
Endereço: Rua Agenor Albuquerque César
Bairro: Imbuí
Cidade: Recife, CEP nº 51310-210.

OUTORGADO: Ivanildo Alves Arôxa Júnior, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, seccional de Recife-Pernambuco, OAB PE, sob o nº. 44.378, com escritório profissional na Rua Pintor Agenor Albuquerque César, nº 374 - A, Vila do Sesi, Bairro do Iburá, CEP: 51230-230, Cidade do Recife, Estado de Pernambuco.

PODERES GERAIS: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes amplos e gerais contidos na cláusula *ad iudicia et extra*, e especialmente para propor ação civil, para a defesa de meus direitos e interesses.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima descrito, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, peticionar a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo em conjunto ou separadamente, em Juízo ou fora dele, assim como, podendo substabelecer está a outrem, com ou sem reservas de poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, enfim, praticar todos os atos processuais que achem oportunos e convenientes para o fiel cumprimento deste mandado, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Recife - PE, 16 de abril de 2019.

Joseane Helena da Silva Melo
OUTORGANTE

CPF nº 035.069.714/10

Ivanildo Alves Arôxa Júnior
IVANILDO ALVES AROXA JÚNIOR
OAB/PE44.378

Rua Pintor Agenor Albuquerque César - Nº 374 A - Vila do Sesi - Recife - PE
✉ aroxaj@gmail.com ☎ (81) 98534-1503 - (81) 97909-0461



DECLARAÇÃO

Eu, Joselene Helena da Silva Melo,
portador (a) do RG nº 5 832.731 / 1, e CPF nº
035.049.714-10, residente e domiciliado (a) na rua
Imperatriz da Paraíba, nº 2, - A
bairro Tangará, cidade Recife, PE,
CEP: 51340-015, DECLARO, para os devidos fins de
direito, que não tenho condições de arcar com as custas, as
despesas processuais e os honorários advocatícios, sem que isso
represente prejuízo do sustento pessoal e familiar.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente

Recife, 16 de maio de 2019.

Joselene Helena da Silva Melo
Assinatura do Declarante



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº. 898.22

Nome: Jessica Ribeiro de Azevedo

Foi atendido às 11h do dia 24/11/17

Diagnóstico Provável TCE não crânio

Unimed Central data da alta 09/12/17

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:

CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA 20/12/17

Observação: _____

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

09/12/17

Assinado eletronicamente por:
ALVARO MACHADO
30/11/2017
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Cópia 0183



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº - 8798122

Nome: Jessica Mariana de Almeida

Foi atendido às 21h46 h do dia 24/11/17

Diagnóstico Provável TCE não complicado

Cirurgia Crânio data da alta 09/12/17

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:

CEFALEIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA 20/12/17

Observação: _____

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

02/12/17

[Assinatura]
Márcio Almeida
CRMPE 7234

Cor: 0173




POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BURA
10º CIRCULO POLICIAL

AVENIDA RICHARDO, 1, PROXIMIDADE DO
MERCADO DE CASAS DE FERRÃO DA CIDADE DE PERNAMBUCO
PERNAMBUCO

...
...
...

...
...

...

...
...
...

...
...
...

...
...

...
...

...

...

...
...

...
...
...

...
...

...

...

Esse nome Helena da Silva Melo.

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

[Handwritten signature]



1003450

02881000153



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 010ª CIRCUNSCRIÇÃO - IBURA - DP10ªCIRC
DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **18E0100001533**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/07/2018** às
14:47

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **24/11/2017** às **20:20**

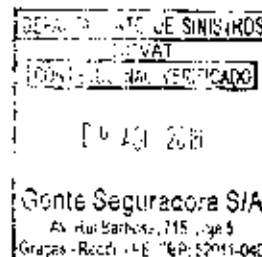
Local da ocorrência: **AVENIDA RIO LARGO, 1, PROXIMIDADES DO
MERCADO PROAS NO BAIRRO DA URZ, IBURA - CEP: 55045-000 - COHAB
RECIFE PERNAMBUCO, BRASIL**
Tipo de via: **VIA PÚBLICA - NA RUA PERTO MERCADO PROAS**

Pessoais envolvidas na ocorrência

Nome: **JOSEANE HELENA DA SILVA MELO**
Data de nascimento: **24/11/1978**
CPF: **03504871410** - Estado Civil: **DIVORCIADA**

Objetos envolvidos na ocorrência

Veículo: **VEICULO DE LUGAR PARA OBRAS - Marca: desconhecido - Modelo: desconhecido - Ano: 2017 - Cor: cinza - Placa: 584122159**
Veículo: **VEICULO DE LUGAR PARA OBRAS - Marca: desconhecido - Modelo: desconhecido - Ano: 2017 - Cor: cinza - Placa: 584122159**
Veículo: **VEICULO DE LUGAR PARA OBRAS - Marca: desconhecido - Modelo: desconhecido - Ano: 2017 - Cor: cinza - Placa: 584122159**



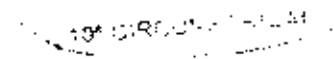
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSEANE HELENA DA SILVA MELO (presente no plantão) - Sexo Feminino / Mãe
HELENA JOSEFA DA SILVA - JOSE MANOEL DA SILVA (Sexo da Mãe: **Feminino** - Data de Nascimento: **05/10/1978**)
Nome do pai: **CARUARU PERNAMBUCO, BRASIL** (CPF: **5832731-5DS PE (RG)**
03504871410 (CPF) - Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** - Grau de Instrução: **2º, GRAU COMPLETO**
Endereço: **AV. DO LAR, Telhada - Ibura - PE**
554122159

Local da ocorrência: **AVENIDA CHAPADA DO ARARIPE, 1, PROXIMO DO TERMINAL DE
ONIBUS DO JARDIM MONTE VERDE, IBURA - CEP: 55045-000 - Bairro: COHAB -
RECIFE PERNAMBUCO, BRASIL**

CONDUTOR DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo
Masculino, Data de Nascimento NÃO INFORMADO PERNAMBUCO, BRASIL (Data de Nascimento)
DESCONHECIDO (Data de Nascimento) **DESCONHECIDO** (Data de Nascimento) **MOTORISTA**





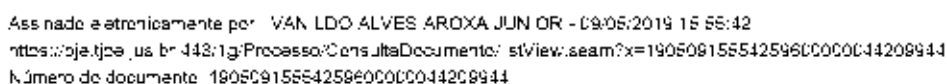
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 84

... ..

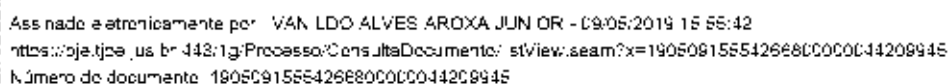
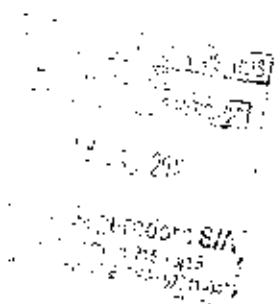
[illegible]

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 111–118

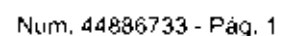
1. The first step is to identify the problem. This involves understanding the current situation and the goals that need to be achieved.



Erzählweise Helmut da Silva Neto



10/10/1977





DATA CONTRATO: 04/05/2018
 Nº CONTRATO: 4001980277
 DATA DE VENCIMENTO: 03/05/2018
 DATA DE VENCIMENTO: 14/05/2018
 TOTAL A PAGAR (R\$): 44,62

MATRIZ
 EMPRESTIMOS E PAGAMENTOS
 AGÊNCIA CAMALEÃO
 CNE 141733-443

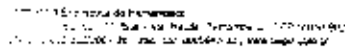
| Descrição | Valor | Valor | Valor |
|---------------|-------|-------|-------|
| Saldo Inicial | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Entrada | 44,62 | 44,62 | 44,62 |
| Saída | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Saldo Final | 44,62 | 44,62 | 44,62 |

O valor total a pagar é de R\$ 44,62 (quarenta e quatro reais e sessenta e dois centavos).

O valor total a pagar é de R\$ 44,62 (quarenta e quatro reais e sessenta e dois centavos).

04/05/2018
 03/05/2018
 14/05/2018
 04/05/2018
 03/05/2018
 14/05/2018





| | | |
|----------------------------|--|---------------------------|
| CODIGO CONTRATO | | SERIAL |
| 4001980217 | | 07/2019 |
| DATUM DE EMISSIONE | | DATA DI PRODUZIONE |
| 07/03/2019 | | 14/03/2019 |
| TOTALE A PAGARE (€) | | |
| | | 101,50 |

| DATE | DESCRIPTION | AMOUNT | CHECK NO. | BANK | INITIALS |
|----------|-------------|--------|-----------|------|----------|
| 10/1/78 | 10/1/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/2/78 | 10/2/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/3/78 | 10/3/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/4/78 | 10/4/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/5/78 | 10/5/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/6/78 | 10/6/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/7/78 | 10/7/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/8/78 | 10/8/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/9/78 | 10/9/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/10/78 | 10/10/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/11/78 | 10/11/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/12/78 | 10/12/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/13/78 | 10/13/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/14/78 | 10/14/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/15/78 | 10/15/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/16/78 | 10/16/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/17/78 | 10/17/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/18/78 | 10/18/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/19/78 | 10/19/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/20/78 | 10/20/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/21/78 | 10/21/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/22/78 | 10/22/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/23/78 | 10/23/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/24/78 | 10/24/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/25/78 | 10/25/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/26/78 | 10/26/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/27/78 | 10/27/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/28/78 | 10/28/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/29/78 | 10/29/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/30/78 | 10/30/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 10/31/78 | 10/31/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/1/78 | 11/1/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/2/78 | 11/2/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/3/78 | 11/3/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/4/78 | 11/4/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/5/78 | 11/5/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/6/78 | 11/6/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/7/78 | 11/7/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/8/78 | 11/8/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/9/78 | 11/9/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/10/78 | 11/10/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/11/78 | 11/11/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/12/78 | 11/12/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/13/78 | 11/13/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/14/78 | 11/14/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/15/78 | 11/15/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/16/78 | 11/16/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/17/78 | 11/17/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/18/78 | 11/18/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/19/78 | 11/19/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/20/78 | 11/20/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/21/78 | 11/21/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/22/78 | 11/22/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/23/78 | 11/23/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100 |
| 11/24/78 | 11/24/78 | 100.00 | 100 | 100 | 100</ |

$$x = \begin{pmatrix} x_1 \\ x_2 \end{pmatrix}, \quad y = \begin{pmatrix} y_1 \\ y_2 \end{pmatrix}, \quad z = \begin{pmatrix} z_1 \\ z_2 \end{pmatrix}, \quad w = \begin{pmatrix} w_1 \\ w_2 \end{pmatrix}$$
[illegible]

the 1990s, the number of people in the world who are under 15 years of age is expected to increase from 1.1 billion to 1.5 billion. The number of people aged 65 and over is expected to increase from 200 million to 400 million. The number of people aged 15 and over is expected to increase from 3.5 billion to 4.5 billion. The number of people aged 15 and over is expected to increase from 3.5 billion to 4.5 billion. The number of people aged 15 and over is expected to increase from 3.5 billion to 4.5 billion.

MAR 3 - 1968

$\mathbf{A} = \begin{bmatrix} 1 & 2 & 3 \\ 2 & 3 & 4 \\ 3 & 4 & 5 \end{bmatrix}$
 $\mathbf{B} = \begin{bmatrix} 1 & 2 & 3 \\ 2 & 3 & 4 \\ 3 & 4 & 5 \end{bmatrix}$
 $\mathbf{C} = \begin{bmatrix} 1 & 2 & 3 \\ 2 & 3 & 4 \\ 3 & 4 & 5 \end{bmatrix}$
 $\mathbf{D} = \begin{bmatrix} 1 & 2 & 3 \\ 2 & 3 & 4 \\ 3 & 4 & 5 \end{bmatrix}$

[illegible]

| FOYIA CHARACTER | AGE GROUP | DATA BY AGE GROUP | TOTAL A. MAJOR (PS) |
|-----------------|-----------|-------------------|---------------------|
| 44-49 | 10-19 | 1000000 | 100 |

338000000017015300110014.800199021710 313987023153



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

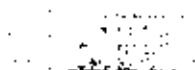
Nome
JOSEANE HELENA DA SILVA

Data de Inscrição
035049714-10

Data de Nascimento
05/10/78







192

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 062.05.2018
EM: 21.05.2018

Atendendo ao requerimento da paciente Sra. **JOSEANE HELENA DA SILVA MELO**, portadora do Documento de Identidade nº **5832731** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **035.049.714-10**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-408941**, que no dia 24 de novembro de 2017, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima envolvida em colisão entre moto e ônibus, por volta das 20h, na Avenida Rio Largo, no cruzamento com Avenida 21 de Junho, em frente do Mercadinho Proab, UR-03 Iburá, Recife/PE e, em seguida, sendo socorrida para o Hospital da Restauração, Recife, 21 de maio de 2018.


Dr. **Sérgio Parente Costa**
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife





192

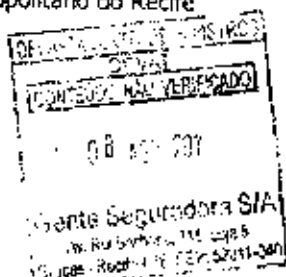
Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 062.05.2018
EM: 21.05.2018

Atendendo ao requerimento da paciente Sra. **JOSEANE HELENA DA SILVA MELO**, portadora do Documento de Identidade nº **5832731** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **035.049.714-10**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-408941**, que no dia 24 de novembro de 2017, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima envolvida em colisão entre moto e ônibus, por volta das 20h, na Avenida Rio Largo, no cruzamento com Avenida 21 de Junho, em frente do Mercadinho Proab, UR-03 Ibura, Recife/PE e, em seguida, sendo socorrida para o Hospital da Restauração, Recife, 21 de maio de 2018.

Sergio Parente Costa
Dr. **Sergio Parente Costa**
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, VAN LDO ALVES AROXA JUNIOR,

RG nº 1.234.567-8 data de expedição 10/10/2018

Orgão SSP, portador do CPF nº 123.456.789-00 com

domicílio na cidade de BRASILIA no Estado de

DF onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

BRASILIA nº 123,

complemento 2, 22, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima VAN LDO ALVES AROXA JUNIOR cujo o condutor era

VAN LDO ALVES AROXA JUNIOR

Veículo:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente:

Local e Data:

BRASILIA, 10/10/2018

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Assinado eletronicamente por: VAN LDO ALVES AROXA JUNIOR
Data: 10/10/2018
Hora: 15:55:43
CPF: 123.456.789-00
RG: 1.234.567-8
Assinado eletronicamente por: VAN LDO ALVES AROXA JUNIOR

Assinado eletronicamente por: VAN LDO ALVES AROXA JUNIOR
Data: 10/10/2018
Hora: 15:55:43
CPF: 123.456.789-00
RG: 1.234.567-8
Assinado eletronicamente por: VAN LDO ALVES AROXA JUNIOR



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Vanildo Alves Aroxa Junior

RG nº 12.345.678 data de expedição 12/12/2017

Orgão SSP portador do CPF nº 123.456.789-01 com

domicílio na cidade de Brasília no Estado de

Distrito Federal onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Av. das Indústrias, nº 100

complemento 715 22, declaro sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Vanildo Alves Aroxa Junior cujo o condutor era

Vanildo Alves Aroxa Junior

Veículo:

Modelo: BMW X5

Ano: 2018

Placa: DF-1234

Chassi: WBA39A00000000000

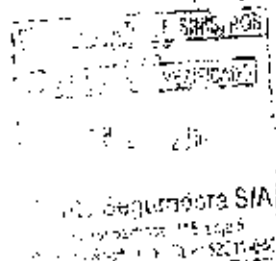
Data do Acidente: 09/05/2019

Local e Data: Brasília - DF, 09/05/2019

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO
O Sr. VANILDO ALVES AROXA JUNIOR, RG nº 12.345.678, CPF nº 123.456.789-01, portador de documento de identidade expedido pelo órgão SSF, residente e domiciliado na cidade de Brasília, no Estado do Distrito Federal, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada) Av. das Indústrias, nº 100, complemento 715 22, declaro sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Vanildo Alves Aroxa Junior, cujo o condutor era Vanildo Alves Aroxa Junior.



10/05/2019
15:55:43
44886757

DECLARAÇÃO

Eu, Josiane Helena da Silva Melo,
portador (a) do RG nº 5.552.731 / 1, e CPF nº
085.249.714-10, residente e domiciliado (a) na rua
Rua Manoel de Aguiar, nº 02, -
bairro Tirol, Leão, cidade Recife, PE,
CEP 51340-015, DECLARO, para os devidos fins de
direito, que não tenho condições de arcar com as custas, as
despesas processuais e os honorários advocatícios, sem que isso
represente prejuízo do sustento pessoal e familiar.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente

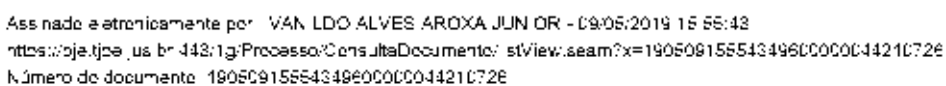
Pernambuco, Recife 16 de Jul de 2019

Josiane Helena da Silva Melo

Assinatura do Declarante

Rua Pintor Agenor Albuquerque César - Nº 374 A - Vila do Sesi - Recife - PE
☎ aroxaaj@gmail.com ☎ (81) 96334-1503 - (81) 97909-0461



[illegible][illegible]

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSEANE HELENA DA SILVA
Nº Sinistro: 3180363968
Vítima: JOSEANE HELENA DA SILVA
Data do Acidente: 24/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCIO FERNANDO DE SOUZA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180363968**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusiva

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em

Canal nº 13726588



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSEANE HELENA DA SILVA

Sinistro: 3180363968

Vítima: JOSEANE HELENA DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCIO FERNANDO DE SOUZA SILVA

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180363968** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
10ª CIRCUNSCRIÇÃO – DELEGACIA DO IBURA

Recife, 11 de Julho de 2018

OFÍCIO nº 325/2018 SC

Senhor Diretor,

Através do presente, encaminho a V.S.^a com a finalidade de proceder à **PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA** a pessoa de :

NOME: JOSEALVE HELENA PASSILLO PEREIRA
NATURALIDADE: CAVALHARIA - PE
RG: 5.832.737-525-PE
DATA DE NASCIMENTO: 05.06.1978
ESTADO CIVIL: Desquitada
ESCOLARIDADE: 8º Grau Completo
PROFISSÃO: Rececionista
FILIAÇÃO: JOSEALDO JOSEF + Mª SIKEM
ENDEREÇO: AV. CARLA DE OLIVEIRA, 150 - JARDIM N. 12 - RECIFE
REFERENTE AO BO: 185C100007533

Outrossim, esclareço a V.S. que o competente LAUDO PERICIAL, deverá ser encaminhado a esta **10ª Circunscrição Policial – Delegacia do Ibura**.

Atenciosamente,
PEDRO PAULO FIDELIS
Delegado de Polícia

ILMO. SR.
MD. Diretor do Instituto de Medicina Legal Prof. Antônio Pereira Cunha – IML.
RECIFE/PE.

Assinado eletronicamente por: VAN LDO ALVES AROXA JUNIOR - 09/05/2019 15:55:42
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento?sfView=sam?x=1905081555436690000044210729
Número do documento: 1905091555436690000044210729





RECIBO

DATA 12/01/18

HORA 10:00

MÉDICO: Dr. Alexandre

Fazer no dia AGENDADO. GERAR
com este recibo anexado, mais COPIA
documento pessoal e cópias da Ficha
Estabelecimento da Hospital e em todos
médicos. (Se Exame Complementar
trazer o resultado do exame feito no
IML)

Atendimento por ordem de agenda!





FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 898127/2017.

NOME: JOSEANE HELENA DA SILVA MELO.

Foi atendido às 21 h46 do dia 24.11.2017.

Diagnóstico provável: Tubo Bile / pancreática
contingência pancreática / HCP
contingência do pâncreas
ressecção de pâncreas com preservação da função
pancreática

Tratamento realizado: 14C e 14D / 14C e 14D
14C e 14D
14C e 14D
14C e 14D
14C e 14D
14C e 14D

Obs. 14C e 14D
14C e 14D

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 20.11.2017

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE – CEP 52.010-040
Fones: 31815451 31815572





FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 898127/2017.

NOME: JOSEANE HELENA DA SILVA MELO.

Foi atendido às 21h46 do dia 24.11.2017.

Diagnóstico provável: Tubo de Colúmbia / T. de Colúmbia
com T. de Colúmbia e T. de Colúmbia
com T. de Colúmbia e T. de Colúmbia
com T. de Colúmbia e T. de Colúmbia
com T. de Colúmbia e T. de Colúmbia

Tratamento realizado: Tubo de Colúmbia / T. de Colúmbia
com T. de Colúmbia e T. de Colúmbia
com T. de Colúmbia e T. de Colúmbia
com T. de Colúmbia e T. de Colúmbia
com T. de Colúmbia e T. de Colúmbia

Obs. Tubo de Colúmbia / T. de Colúmbia
com T. de Colúmbia e T. de Colúmbia

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 25.11.2017

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTERIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE - CEP 52.010-040
Fones: 31815451-31815572





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 896127/2017.

NOME: JOSEANE HELENA DA SILVA MELO.

Foi atendido às 21 h46 do dia 24.11.2017.

Diagnóstico provável: TCE - Crânio - / um osso fraturado,
lesão na região occipital com fratura de
margem na região frontal + HSAI
Trauma da cabeça
Dano estrutural a SAA
Presença de Trauma

Tratamento realizado: CID: S02.
TCE do Crânio / TCE a nível
do tronco.
Por ser vítima de queda de altura
presença de fratura de metacarpo
Trauma de cabeça com fratura
fratura de humerus (semelhante a
Obs: TCE / trauma de cabeça / ATB
Alto risco 09/12/2017

As informações contidas neste documento foram transcritas, em íntegra, do Prontuário
Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia do Prontuário Médico em 24/06/2018

Silvia dos Santos
19/11/2017
19/11/2017
19/11/2017

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, EMPRESAS,
ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Dorcy - Recife - PE CEP 52.016-040
Fones: 31815451/31815572



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ENCLARECIMENTO

Atendimento nº: 898127

Nome: José Maria Helena da Silva Melo

Foi atendido às 21:46 h do dia 24/11/17

Diagnóstico Provável TCE Grau na região

Capital C.B. Sal data de alta 09/12/17

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:

CEFALEIA (dor de cabeça que não cede)

VÔMITOS

PARALISIAS (que apareçam após a alta)

ANISOCORIA (MENOR DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: _____

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

09/12/17

[Assinatura]
MAY - 30/01/18
SANTANA

Cad. 0183





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 090127/2017.

NOME: JOSEANE HELENA DA SILVA MELO.

Foi atendido às 21 h46 do dia 24.11.2017.

Diagnóstico provável: TEE - Crânio / um osso do
braço na região dorsal e na parte
inferior da região Frontal + HEAT
Tratamento realizado: - CND: 502.
Tratamento realizado: TEE do Crânio / TEE do Crânio
Rx no tratamento.
Rx no tratamento e guarda de 100% de 100%
Tratamento realizado: Rx no tratamento e guarda de 100% de 100%
Tratamento realizado: Rx no tratamento e guarda de 100% de 100%

Obs: Rx no tratamento e guarda de 100% de 100%
Rx no tratamento e guarda de 100% de 100%
Rx no tratamento e guarda de 100% de 100%
Rx no tratamento e guarda de 100% de 100%

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia do Prontuário Médico em 20/06/2018

SEU - SECRETARIA DE SAÚDE
DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
DE PERNAMBUCO

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: DMS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Darby - Recife - PE CEP 52.016-040
Fones: 31815451/31815572



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ENCLARECIMENTO

Atendimento nº: 898127

Nome: Jessara Helena da Silva Melo

Foi atendido às 21:46 h do dia 24/11/17

Diagnóstico Provável TCE Crânio na região

capal c/o S22 data de alta 09/12/17

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:
CEFALEIA (dor de cabeça que não silva)

~~VÔMITOS~~

~~PARALISIAS (que apareçam após a alta)~~

~~ANISOCORIA (MENHA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)~~

~~CONVULSÃO~~

OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: _____

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento
hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do
Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação,
Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

09/12/17

[Assinatura]

COORDENADOR

Cad. 0163





FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 898127/2017.

NOME: JOSEANE HELENA DA SILVA MELO.

Foi atendido às 21h46 do dia 24.11.2017.

Diagnóstico provável: Tubo C. biliar / 1.50x1.00x1.00
Síndrome Obstrutiva + H. biliar
Prontuário 192.2000000000000000
Prontuário 192.2000000000000000
Prontuário 192.2000000000000000

Tratamento realizado: Tubo C. biliar / 1.50x1.00x1.00
Prontuário 192.2000000000000000
Prontuário 192.2000000000000000
Prontuário 192.2000000000000000
Prontuário 192.2000000000000000
Prontuário 192.2000000000000000
Prontuário 192.2000000000000000

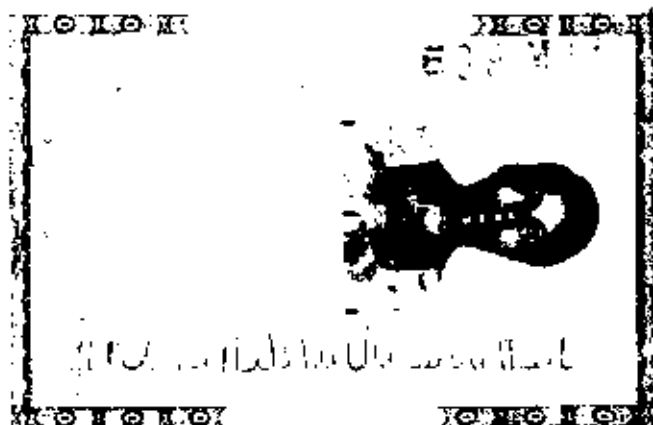
Obs. Prontuário 192.2000000000000000

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

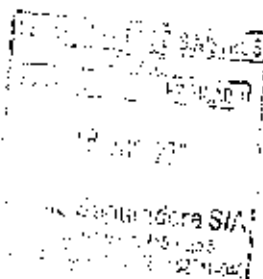
Cópia de Prontuário Médico em Prontuário 192.2000000000000000

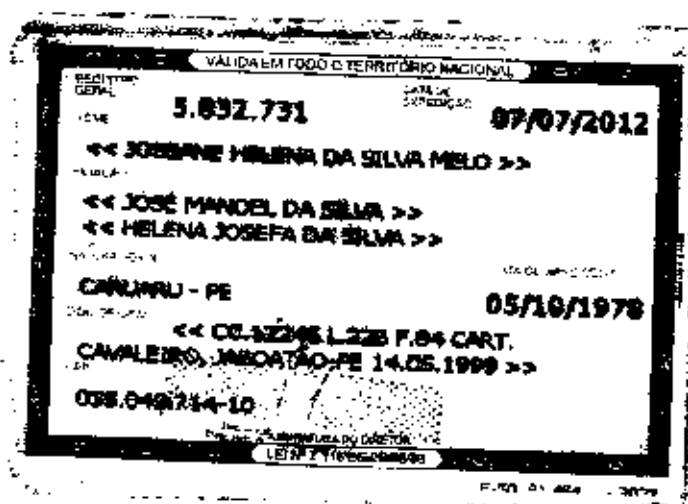
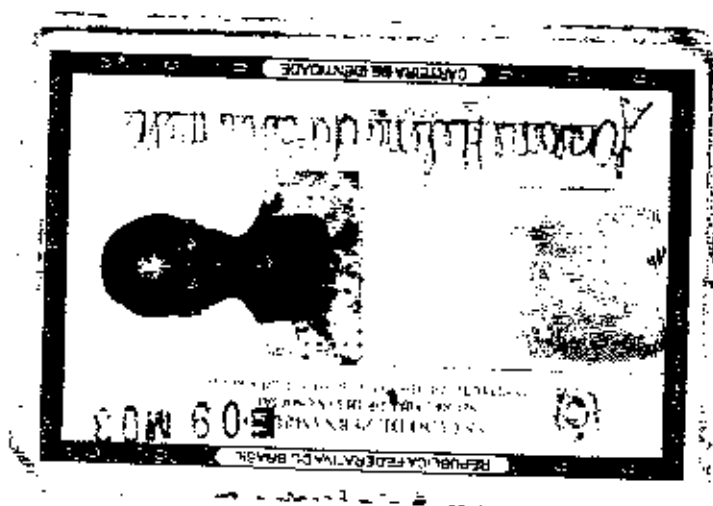
Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, COM FIMIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451-31815572





| | |
|--|------------|
| 5.832.731 | 07/07/2012 |
| << JOSEANE HELENA DA SILVA MELO >> | |
| << JOSÉ MANOEL DA SILVA >> | |
| << HELENA JOSEFA DA SILVA >> | |
| CARUARU - PE | 05/10/1978 |
| << CC. 12246 L. 228 F. 84 CART. CAVALEIRO, JABOATÃO-PE 14.05.1999 >> | |
| 035.049.714-10 | |





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSEANE HELENA DA SILVA

Data de Nascimento
05/10/78

Nº de inscrição
035048714-70






GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
10ª CIRCUNSCRIÇÃO - DELEGACIA DO IBURA

Recife, 16 de Julho de 2018

OFÍCIO nº 375/2018 SC

Senhor Diretor,

Através do presente, encaminho a V.S.ª com a finalidade de
proceder à **PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA** a pessoa de

NOME: JOSELE HELENA DA SILVA, PIZOL
NATURALIDADE: RECIFE - PE
RG: 5.832.735-503-PE
DATA DE NASCIMENTO: 05-06-1978
ESTADO CIVIL: DESOLVIDA
ESCOLARIDADE: POUCO COM
PROFISSÃO: DESEMPREGADA
FILIAÇÃO: JOSELE HELENA DA SILVA
ENDEREÇO: RD. CAMARÁ DE ARAÚJO, Nº 2 JARD. VILAGE
REFERENTE AO BO: 1855100002533

Outrossim, esclareço a V.S. que o competente LAUDO PERICIAL,
deverá ser encaminhado a esta 10ª Circunscrição Policial – Delegacia do Ibura.

Atenciosamente,
PEDRO PAULO FIDELIS
Delegado de Polícia

ILMO. SR.
MD - Diretor do Instituto de Medicina Legal Prof. Antônio Percebo Cunha – IML
RECIFE/PE.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
10ª CIRCUNSCRIÇÃO - DELEGACIA DO IBURA

Recife, ____ de _____ de 2018

OFÍCIO nº ____/2018 SC

Senhor Diretor,

Através do presente, encaminho a V.S.a, com a finalidade de
proceder à **PERÍCIA TRAUMATOLOGICA** a pessoa de:

NOME: _____
NATURALIDADE: _____
RG: _____
DATA DE NASCIMENTO: _____
ESTADO CIVIL: _____
ESCOLARIDADE: _____
PROFISSÃO: _____
FILIAÇÃO: _____
ENDEREÇO: _____
REFERENTE AO DO: _____

Outrossim, esclareço a V.S. que o competente LAUDO PERICIAL
deverá ser encaminhado a esta **10ª Circunscrição Policial - Delegacia do Ibura**.

Atenciosamente
PEDRO PAULO FIDELIS
Delegado de Polícia

ILMO. SR.
MD. Diretor do Instituto de Medicina Legal Prof. Antônio Pereira Cunha - IML
RECIFE/PE

Assinado eletronicamente por: VAN LDO ALVES AROXA JUNIOR - 09/05/2019 15:55:44
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento?sfView=sam?x=19050915554431300000044210737
Número do documento: 19050915554431300000044210737





FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 898127/2017.

NOME: JOSEANE HELENA DA SILVA MELO.

Foi atendido às 21 h46 do dia 24.11.2017.

Diagnóstico provável:

Transtorno de ansiedade
Transtorno de pânico
Transtorno de humor

Tratamento realizado:

Tratamento com medicação
Tratamento com psicoterapia

Obs.

Tratamento com medicação
Tratamento com psicoterapia

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em

Prontuário Médico

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE - CEP 52.010-040
Fones: 31815451-31815572



RECIBO

DATA 12/07/19

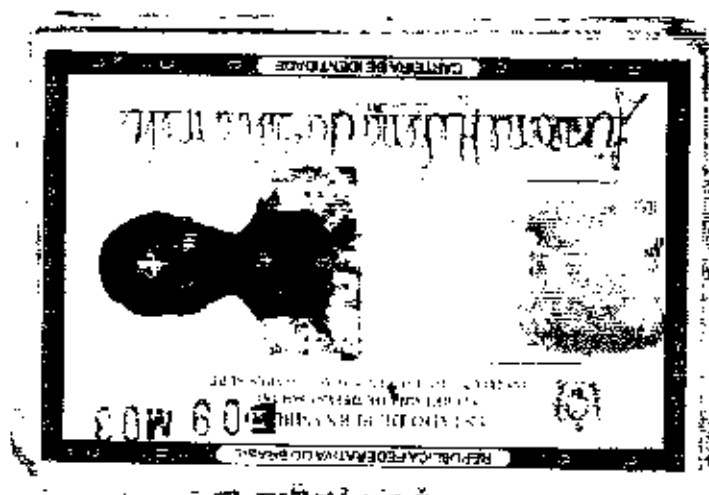
HORA 14:00

MÉDICO: DR. VANDERLEI

Trazer no dia AGENDADO, GÉRCIO com este recibo anexado, mais TODA documentação pessoal e cópia da Ficha Esclarecimento do Hospital e ou laudos médicos (se Exame Complementar) trazer o resultado no próprio dia de

Atendimento na ordem de chegada.





| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL | |
|--|------------|
| REGISTRO
GERAL | 5.832.731 |
| DATA DE
EMISSÃO | 07/07/2012 |
| << JOSEANE HELENA DA SILVA MELO >> | |
| << JOSÉ MANOEL DA SILVA >> | |
| << HELENA JOSEFA DA SILVA >> | |
| VALOR DO
IMPOSTO | 03/10/1970 |
| << CC. 12246 L. 235 F. 84 CART.
CAVALITO, CABOATÃO-PE 14.05.1999 >> | |
| 035.049.214-10 | |
| LEI Nº 7.112/2006 | |



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSEANE HELENA DA SILVA**

Sinistro: **3180363968**

Vítima: **JOSEANE HELENA DA SILVA**

Data do Acidente: **24/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARCIO FERNANDO DE SOUZA SILVA**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180363968** foi interrompido, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

1106



A documentação deve ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta comunicação.

O prazo regular de 30 dias para análise do pedido de indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 06. Tenha em

Cartão nº 112765884

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3180363968, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar (laudo conclusivo)

Assunto: EXIGENCIA DOCUMENTAL

Aos cuidados de: JOSEANE HELENA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180363968

Vítima: JOSEANE HELENA DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2017

Cobertura: INVÁLIDez

Procurador: MARCIO FERNANDO DE SOUZA SILVA

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

