

MANOELA TRIGREIRO- ADVOGADA.


OUTORGANTE: ADELSON MORAES DA SILVA, autônomo, portador do RG Nº **5.941.282 SSP-PE**, e inscrita no CPF Nº **048.372.454-80** residente e domiciliado na **RUA WANDERBILT DIAS BEZERRA – 62 – SÃO MIGUEL – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE – PE.**

OUTORGADA, **BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE pelo nº 22.090, **MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE pelo nº 25.324 e **VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE nº 18.789 todos com endereço profissional situado na Rua capitão José da Luz, nº 137, Sala 502. Ed. Condomínio Cervantes Ilha do Leite, Recife - PE.

PODERES: Da cláusula “Ad Judicia” representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPG, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: ADELSON MORAES DA SILVA, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE, 11 de FEVEREIRO de 2019.


ADELSON MORAES DA SILVA -Outorgante / declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAMENTO
 CADERNEIRO NACIONAL DE HABITACIONAIS

VALIADE EST. TUDO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1219690872

ADIELSON MORAES DA SILVA

DOC IDENTIFICADORA BISSORUF
 5941382 SSP PR

CPF
 048.372.454-80

DATA NASCIMENTO
 07/11/1978

FUNÇÃO
 SEBASTIAO CACIANO
 MORAES
 MARIA DE LOURDES DA
 SILVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB

REGISTRO 03/02/2005

VELONDE 33/12/2005

PARTECIPAÇÃO 23/11/2008

OBSERVAÇÕES
 Morce Ativ Resumorada

Adilson Moraes da Silva
 RESPONSÁVEL PELA OBRA

LOCAL SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PR

DATA EMISSÃO 04/01/2016

[Assinatura]
 AUTORIZADO DO ESTABECIMENTO

03726558401
 PR069202026

DE GRANDE PELO PERAMBULO

PRIMÁRIO PLASTIFICAR
 1219690872



INISTRO 3180554261 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ADELSON MORAES DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO ADELSON MORAES DA SILVA
CPF/CNPJ: 04837245480

Posição em 14-03-2019 08:45:44

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.



Declaração do Proprietário do Veículo Vitima Não Conforme





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0218004629**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/10/2018** às **11:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **20/9/2018** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PUBLICA, AV. QUE DA ACESSO AO PARA**, - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
POSSIDONIO FERREIRA BANANEIRA (OUTRO)
ADELSON MORAES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ADELSON MORAES DA SILVA**



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

ADELSON MORAES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES DA SILVA**
Pai: **SEBASTIÃO CACIANO MORAES** Data de Nascimento: **7/11/1978** Naturalidade: **BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5941282/SSP/PE (RG), 04837245480 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 999036220**

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA VANDERBIL DIAS BEZERRA, 62, SÃO MIGUEL, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PUBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

POSSIDONIO FERREIRA BANANEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO /**



PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **POSSIDONIO FERREIRA BANANEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ADELSON MORAES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGU4166** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **604074093** Chassi: **9C2JC4820BR521154**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA AFIRMA QUE NO DIA 20 DE SETEMBRO DO CORRENTE ANO, POR VOLTA DAS 10:00 HORAS, PILOTAVA A SUA MOTOCICLETA E NAS IMEDIAÇÕES DO SUPERMERCADO BONANSA, PARA LIVRAR DE UM DESCONHECIDO, PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTOCICLETA E APÓS CAIR EM UM BURACO, QUEBROU A SUA MÃO ESQUERDA, MESMO ASSIM COM A AJUDA DE POPULARES, DEU PARA CHEGAR EM CASA, QUANDO FOI SOCORRIDO PARA A UPA DESTA CIDADE. DIANTE DO FATO EXPOSTO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

Adelson Moraes da Silva
ADELSON MORAES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALMIR PEREIRA BARBOSA** - Matrícula: **3848779**





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **ADELSON MORAES DA SILVA** nascido em 07/11/1978 esteve nesta unidade hospitalar no dia 20/09/2018 por volta das 10h32min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 04 de OUTUBRO de 2018.

ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA

DIRETOR

MAT.069043

Jose Ademir Pereira
Diretor
Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h
MAT. 514597





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)



UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE:(81)99982-5994 CEP:55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0142631 20/09/2018 10:32:14 Código: 0145680
Paciente: ADELSON MORAES DA SILVA SUS: 708500346259474
Sexo: M D. Nasc.: 07/11/1978 Idade: 40 ANOS
RG: Profissão: CPF:
Filiação: Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA
Pai: SEBASTIAO CACIANO MORAES
Endereço: R PEDRO PAULO ALVES DA ROCHA 62
Bairro: SAO MIGUEL Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Estado: PERNAMBUCO CEP: Fone:

Pressão Arterial: 120/80 mmHg Pulso: 73 bpm
Temperatura: _____ Peso: _____

Histórico da Doença atual:

*Act. segue dor e edema e márc (E)
após queda de moto.*

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Conduta: *1) Risco - a de pulso (E)
2) Diplopia - el. 3m
3) Leptopneul 254 - el. 4m
4) Im. lateraliz.*

Liberação do Paciente: Data: 20/09/2018 Hora: 13:15

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

*Dr. Manoel das Lucena
Médico
CRM 13938*

*feito - l. 4m - edema
márc (E)
após queda de moto*

*Ronaldo Casiano
Téc. em Imagem
Cristóvão Bot 2690*

CÓPIA AUTORIZADA



FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 11, 51

Doenças preexistentes: ---

Alergias: ---

Uso de medicações: ---

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia (); Cianose (); Estridor (); PC<50>140(); FR>32vpm(); Extremidades frias(); Pulso Fraco(); Pulso Ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsionando(); Irresponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intestinal(); Lesão grave(); Queimaduras>25% de SC ou acometimento de vias aéreas(); Hipoglicemia com sudorese intensa();

OBS: ---

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC <50 ou >140(); PAS <90 ou >190mmhg(); PAD>130(); Febre >39°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas últimas 24horas(); Mucosas ressecadas(); Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas(); Abuso Sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa(); história até 72h de: Hematêmese(); Enterorragia(); Epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/material biológico();

OBS: ---

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas(); TCE sem perda de consciência(); Febre sem outros sinais clínicos(); Lombalgia intensa(); Retorno com >24h(); Entorse, suspeita de fraturas, quações(); Dor abdominal sem alterações de SSW(); PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas(); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas(); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia();

OBS: ---

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas(); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal(); Coriza crônica ou recorrente(); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h(); Curativos ou retirada de pontos(); Vômitos ou diarreia sem desidratação(); Constipação intestinal sem outros sintomas(); Administração de medicamentos(); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes();

OBS: ---

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA() AMARELA() VERDE() AZUL()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL() MÉDICO()

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação de invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: ADELSON MORAES DA SILVA NÚMERO DO SINISTRO: _____

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 20/09/2018 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 20/09/2018

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS CRM-PE 11695

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO ESQUERDO

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? [] SIM [X] NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER: _____

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido).

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO PUNHO ESQUERDO.

25

39

42

57

AFIRMO QUE ASSISTI E / OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____ E
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

SURUBIM-PE

LOCAL

08/11/2018
DATA

ROBERTO MATEUS
DETOPOEDIA
CRM 11695



ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA

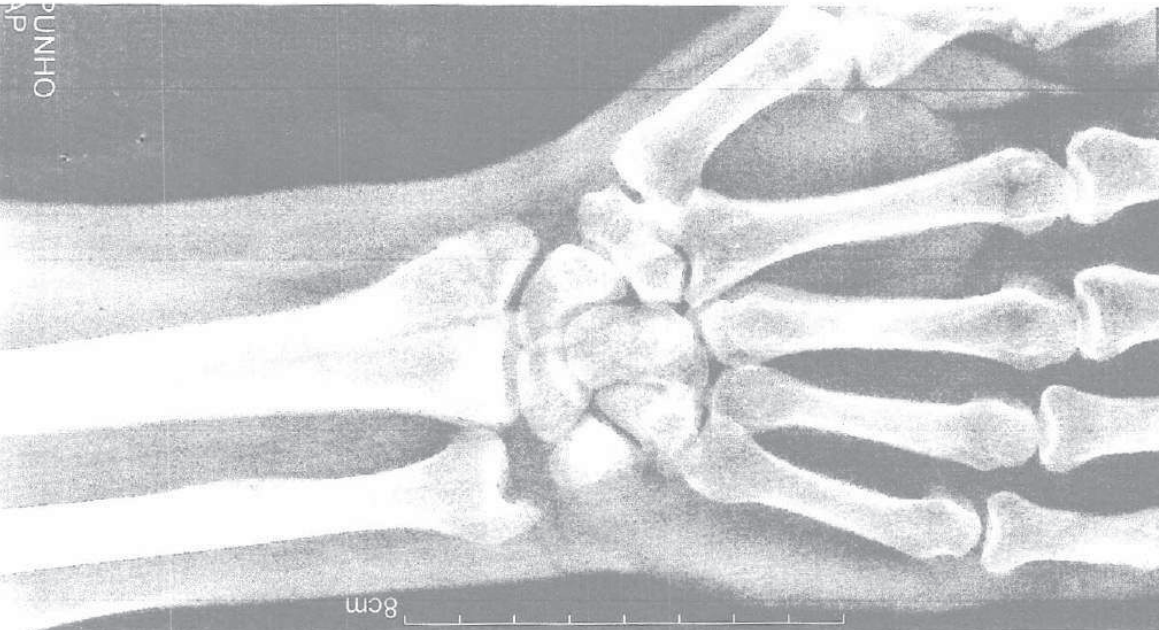
Rua Antônio Medeiros Sobrinho, 40
Cabaceira - Surubim/PE

Fones: (81) 3634.1390 / 3634.1715

www.institutorobertomateus.com.br

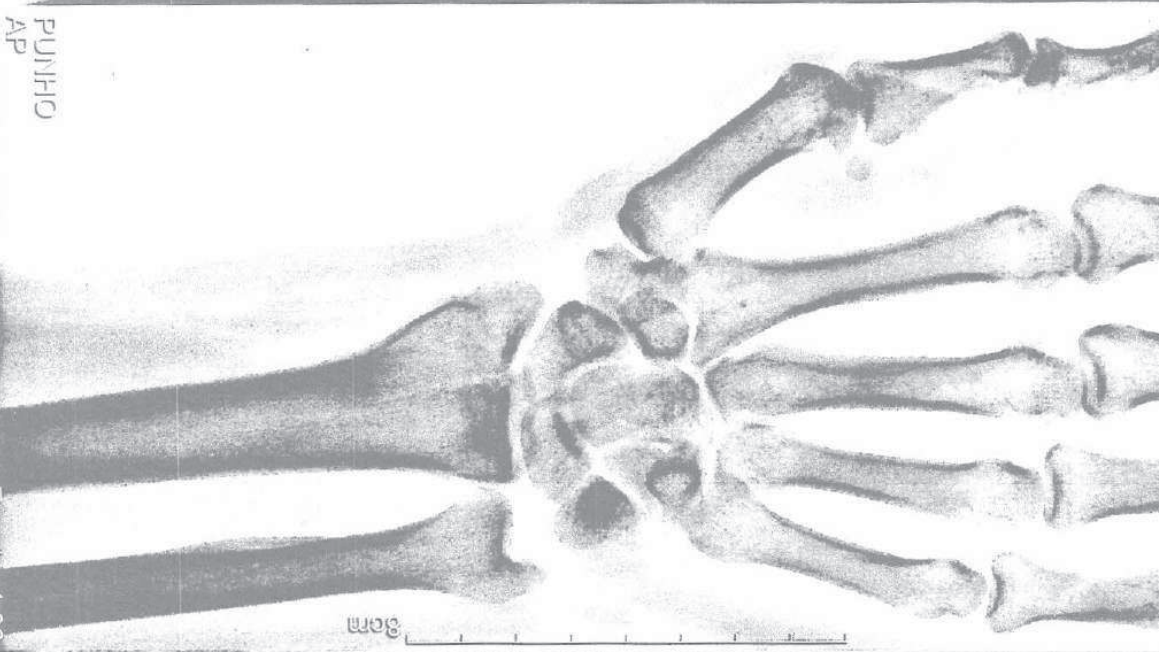


ADELSON MORAES Data de aquisição: 08/11/2018
Sex: Masc. Hora de aquisição: 17:12:31
Data de nascimento: 07/11/1974 Id de exame de exp.: 3099
ID: PAT011257



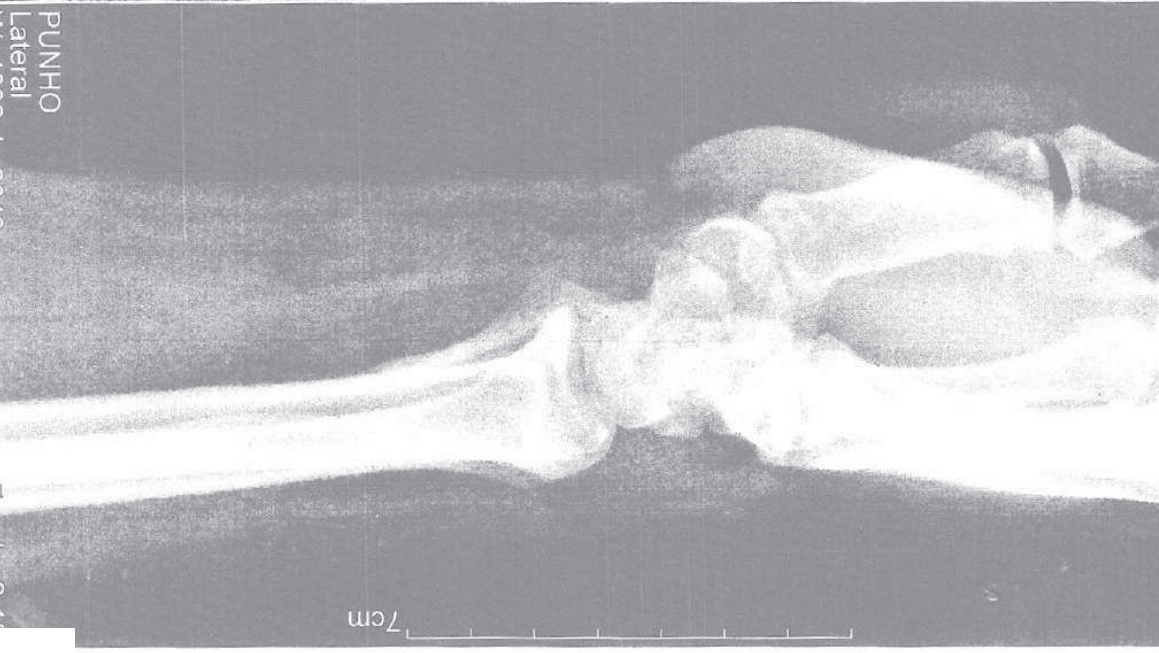
PUNHO
AP
W: 4096, L: 2048
ID del INSTITUTO MEDICO ROBERTO MATTEUS

ADELSON MORAES Data de aquisição: 08/11/2018
Sex: Masc. Hora de aquisição: 17:12:31
Data de nascimento: 07/11/1974 Id de exame de exp.: 3099
ID: PAT011257



PUNHO
AP
W: 3559, L: 1550
ID del INSTITUTO MEDICO ROBERTO MATTEUS

ADELSON MORAES Data de aquisição: 08/11/2018
Sex: Masc. Hora de aquisição: 17:15:32
Data de nascimento: 07/11/1974 Id de exame de exp.: 2800
ID: PAT011257



PUNHO
Lateral
W: 4096, L: 2048
ID del INSTITUTO MEDICO ROBERTO MATTEUS

