

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

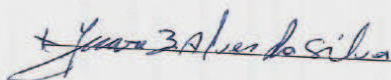
JUAREZ ALVES DA SILVA, brasileiro, casado, agricultor, portador
do RG 2000032013737, inscrito no CPF sob nº 050.784.114-02,
residente e domiciliado na Travessa Coração de Jesus, Alto da
Boa Vista, nº 51, Centro, Araripina-PE, CEP 56280-000

OUTORGADA: MARCELA PABLY BATISTA ARRAES, brasileira, solteira, advogada, OAB/PE nº 41.941, CPF nº 086.936.294-17, com endereço profissional na Rua Joaquim Alexandre Arraes, nº 43, Centro, Araripina/PE;

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o outorgante, nomeia e constitui como seus procuradores, os outorgados acima citados, para proporem perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, Órgãos Públicos. Defendê-lo naquelas contra ele propostas, e promover qualquer medida preliminar, cautelar, preventiva ou assecuratória dos seus direitos, para tanto lhes conferindo os poderes da cláusula "Ad Judicia e Extra", sem prejuízo do conteúdo dos poderes contidos no contrato de honorários e mais, poderes especiais para assinar termo de compromisso, acordar, discordar, desistir, renunciar valores excedentes ao teto do Juizado Especial Cível e Federal, receber e dar quitação, reconvir, arguir exceções de incompetência, litispendência, coisa julgada, transigir, adjudicar, prestar declarações, conceder poderes especiais para requerer e acompanhar até a sentença de primeiro grau, e os respectivos termos e praticar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento.

DECLARAÇÃO: DECLARO, sob as penas das leis, não ter condições de arcar com os ônus processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, necessitando, portanto, do benefício da assistência judiciária gratuita, prevista no ART 5º, inciso LXXIV da Constituição Federal, bem como no art. 98 do CPC.

Araripina/PE, 21 de fevereiro de 2018





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

NOME
JUAREZ ALVES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2000032013737 SSP CE

CPF
050.784.114-02

DATA NASCIMENTO
19/01/1983

FILIAÇÃO
JOAO BARROS DA SILVA
FRANCISCA ALVES DA LUZ

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB
AD

Nº REGISTRO
05328635246

VALIDADE
02/09/2019

HABILITAÇÃO
17/10/2011

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR
Juarez Alves da Silva

LOCAL
ARARIPINA - PE

DATA EMISSÃO
21/11/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
Luis Unio de Almeida

67504800041
PE061622737

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1017073705

PROIBIDO PLASTIFICAR
1017073705



IPUBI

PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUBI - PE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



BOLETIM DE ATENDIMENTO

DATA: 24/01/18

Nº DA OCORRÊNCIA:

TEL.:

TEL.:

CONDIÇÃO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE
ESPOSADO () FILHO		() BRASILEIRO	RP.
ESPOSA () OUTROS		() ESTRANGEIRO	
SEXO	PROFISSÃO	() U.F.	ORGÃO EMISSOR
() MASCULINO () FEMININO			
ONTE CHEGOU	AMBULÂNCIA / HORA	PACIENTE / HORA	ATENDIMENTO
EMBARCO	SAÍDA	CHEGADA	() ACIDENTE DE TRABALHO
RELEVO	CHEGADA	SAÍDA	() CASO POLICIAL
RECELIÂNCIA			

TAPOSAO	ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	EXAMES COMPLEMENTARES
	MM.		AXILAR RETAL	
	60			

CAUSA PROVAVEL DA LESÃO - QUEIXA PRINCIPAL
SINAIS E SINTOMAS - SINAIS - SINTOMAS

Acidente de trânsito de bicicleta
relacionado, apresentando
fratura interna. Usg
negativa.

TRATAMENTO

1) Doramitron 2g/100 - sup. 1x4
2) Paracetamol 2g/100 - sup. 1x4
3) Mefenamic 500mg - sup. 1x4
4) 400mg - sup. 1x4

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

TIPO DE LESÃO ATENDIMENTO
EXTERNO () INTERNADO

LICENÇA CONCEDIDA _____ DIAS

ENCAMINHADO DO IML ()

ASSINATURA - CARIMBO - CRM / CRO



IPUBIPREFEITURA MUNICIPAL DE IPUBI - PE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**BOLETIM DE ATENDIMENTO**

HOSPITAL:

DATA: 14.01.2018

NOME: *Guariz Alves da Silva*

Nº DA OCORRÊNCIA:

RESIDÊNCIA: *Carapina*

25

RESP:

TEL.: 9122-0790

RESIDÊNCIA: *Rua Tran. Condição de Jesus*

TEL.:

CONDIÇÃO

NASCIMENTO

NACIONALIDADE

DOCUMENTO DE IDENTIDADE

() SEGURADO () FILHO

35 anos

BRASILEIRO

Nº.

() ESPOSA () OUTROS

19.01.83

() ESTRANGEIRO

SEXO

PROFISSÃO

ORGÃO EMISSOR

() MASCULINO () FEMININO

() U.F.

PACIENTE CHEGOU

AMBULÂNCIA / HORA

PACIENTE / HORA

ATENDIMENTO

() ANDANDO

SAÍDA

CHEGADA

() ACIDENTE DE TRABALHO

() DE AUTO

17:30

.....H.....MIN.

() CASO POLICIAL

AMBULÂNCIA

CHEGADA

SAÍDA

PRESSÃO

ARTERIAL

PULSO

TEMPERATURA

EXAMES COMPLEMENTARES

MÁX.

MÍN.

AXILAR

RETAL

CAUSA PROVAVEL DA LESÃO - QUEIXA PRINCIPAL
EXAMES FÍSICOS - SINAIS - SINTOMAS*Acidente motociclístico
com dor na mão
fôrea esquerda +
crucificação*

TRATAMENTO

*1) Ao HRO para avaliação
do membro
2) Reparação com IM agora*

DESTINO DADO AO PACIENTE

() RESIDÊNCIA

() INTERNADO

ENCAMINHADO

REMOVIDO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura da mão

ÓBITO ÀS

H

MIN. DO DIA

LICENÇA CONCEDIDA

DIAS

ENCAMINHADO DO I.M.L. ()

ASSINATURA - CARIMBO - CRM / CRO

*Dr. Augusto Moreira
Cláudio Gomes
Médico do Trabalho
CRM-PE 33512*



INSTITUTO SOCIAL DAS MEDIANEIRAS DA PAZ
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA MARIA

OCCORRÊNCIA ~~CONSULTA~~

DADOS DO PACIENTE

Paciente: JUAZES ALVES DA SILVA Registro: 1210754
Data de Nascimento: 19/01/1983 Idade: 34 anos 11 meses 29 dias Naturalidade: ARARIPINA
Endereço: TRAVESSA CORACAO DE JESUS 1 ALTO DA BOA VISTA - ARARIPINA
Nome da Mãe: FRANCISCA ALVES DA LUZ Nome do Pai: JOAO BARROS DA SILVA
RG: 2000032013737 Órgão Exp: SSP/CE Expedição: CPF:
Certidão Nascimento: - Livro: Folha: Nº: Data:
Profissão: ATENDENTE DE FR Estado Civil: CASADO Cor: PARDA
Telefone: Celular: 87991220790 CN5: 708102576983633

DADOS DO ATENDIMENTO

Data: 17/01/2018 Hora: 09:44:00 Recepcionista: LORENA
Médico de plantão: JOSÉ LUCAS DELMONDES NASCIMENTO CRM: 25098
Socorrido por:
Vítima de:
Placa: Cidade: Técnico de enfermagem:
Enfermeiro:

Não respondeu a triagem às 11:15h.

HISTÓRIA CLÍNICA

Queixa de dor em hemitórax E + lombalgia após acidente
motorciclístico há 05 dias. Relata que foi transferido ao HRFB
após o acidente.

CP. 1 - Dor E + Torção

2 - Torção Tor, 11 13/60

3 - Torção Tor, 11.

Declaro sob pena da lei, que as informações fornecidas por mim são verdadeiras:

Juanes Alves da Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável

Lucas Delmondes
Médico
CRM-PE 25098

Assinatura do Médico

Instituto Social das Medianeiras da Paz
Hospital e Maternidade Santa Maria
Serviço Social
Tel. (81) 3873.1192 - Caixa Postal 32
CEP. 56280-000 - Araripina - PE
Ana Jéssica
Márcia
Coordenadora





PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUBI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Receituário Médico

Nome: Juan Alvo da Silva Idade: _____
Peso: _____ Temperatura: _____ P. Arterial: _____

AO HRO.

Paciente vítima de acidente
motociclístico. Apresenta dor in-
tensa em hemitórax esquerdo
com crepitações (fratura de
arcos costais). Ao exame:

PA = 120 x 90, Glasgow 15.

ABD: plano, flexível, indolor.

RHA ⊕

ACP: biológico

EXT- perfundidos.

Solicito avaliação nos dispo-
nível de R-x no momento.

Data: 14 / 01 / 18

Dr. Augusto Moreira
Clínico Geral
C.R.M. 34513

Médico - CRM

O primeiro cigarro é uma passagem para o vício





PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUBI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Receituário Médico

Nome: Juarez Alves da Silva Idade: _____
Peso: _____ Temperatura: _____ P. Arterial: _____

Encaminhamento ao H.M.M.S.M

Paciente de 25 anos, vítima de acidente motociclístico há ± 30min, referindo dor intensa em hemitórax E e flanco E. Voz rouca, gessada. Após avaliação, refere persistência de dor.

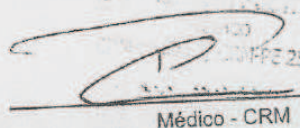
Med: ① SFO 9% - 500ml EV

② Dexametasona 2mg/ml - 1p. ± 4

③ Diclofenaco 25mg/ml - 2mg. ± 4

④ Analg. eq - 1mg. + 18ml 40 EV lento.

Data: 14/01/18


Médico - CRM

O primeiro cigarro é uma passagem para o vício





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO
ESTADO DA PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 14/01/2018 19:23 N. Tratamento:

28/02

Nome: **JUAREZ ALVES DA SILVA**

Pront.: 182048

End.: TRAVESSA CORACAO DE JESUS, 1

Bairro: ALTO DA BOA VISTA Cidade: ARARIPINA - PE Telefone: 8738732571

Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 19/01/1983 Idade: 34

Mãe: FRANCISCA ALVES DA LUZ Responsável:

BOLETIM DE ATENDIMENTO

CR- CIRURGIA GERAL - Laranja

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA

- PACIENTE ENCAMINHADO APÓS TRAUMA, COM POSSIVEL LESÃO EM ARCOS COSTAIS.

ORIGEM

-

TIPO DE CHEGADA

-

OBSERVAÇÕES

-

FLUXOGRAMA

- Trauma maior

DISCRIMINADOR

- Dor intensa *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AValiação e medidas clínicas

- GLASGOW 15

DOR 8

ENCAMINHAMENTOS

- Cirurgia Geral

TRANSPORTADO POR

-

JUSTIFICATIVA

-

MEDICA:

Peso: _____ Altura: _____ IMC: () Temperatura: °
PA: x mmHg HGT: mg/dL

Paciente chegou: () Andando () De Auto () Ambulância
Ambulância: Saída _____ Chegada _____

() Acidente de Trabalho () Caso Policial

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

SOLICITAÇÕES / RESULTADOS DE EXAMES:

Dr. VICTOR HUGO MELO DE CARVALHO
CRM: 17664





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO
ESTADO DO PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 14/01/2018 19:23 N. Tratamento:

Nome: **JUAREZ ALVES DA SILVA**

Pront.: **182048**

End.: TRAVESSA CORACAO DE JESUS, 1

Bairro: ALTO DA BOA VISTA Cidade: ARARIPINA - PE Telefone: 8738732571

Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 19/01/1983 Idade: 34

Mãe: FRANCISCA ALVES DA LUZ Responsável:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

Óbito às _____ H _____ Min

DESTINO DO PACIENTE

() RESIDÊNCIA () INTERNADO

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

Data: ____/____/____

ASSINATURA - CARIMBO - CRM / CRO

Dr. VICTOR HUGO MELO DE CARVALHO

CRM: 17664

Dr. Victor Hugo Melo
CRM: 17664

Dr. VICTOR HUGO MELO DE CARVALHO
CRM: 17664





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 204ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPUBI - DP204ªCIRC
DINTER2/24ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0294000421**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/04/2018** às
10:47

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **14/1/2018** no período da Noite

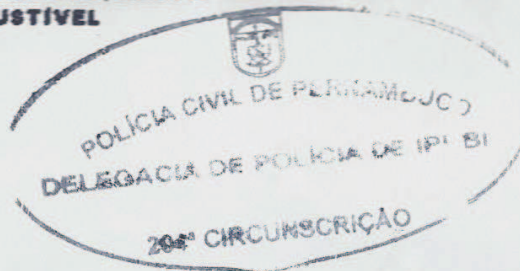
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE IPUBI, 1, PE 555 - Bairro:**
DISTRITO DE SERROLANDIA - IPUBI/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de
Referência: **EM FRENTE O POSTO DE COMBUSTÍVEL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
EDIMAR ALVES DA SILVA (TESTEMUNHA)
JUAREZ ALVES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JUAREZ ALVES DA SILVA



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

JUAREZ ALVES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: FRANCISCA
ALVES DA LUZ Pai: JOÃO BARROS DA SILVA Data de Nascimento: 10/1/1983 Naturalidade:
ARARIPINA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2000032013737/SSP/CE (RG),
05078411402 (CPF), 05328635246 (CNH) Estado Civil: SEPARADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU
INCOMPLETO Profissão: ATENDENTE Telefones Celulares:
- 87901220700

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ARARIPINA, 100, TRAVESSA CORAÇÃO DE JESUS -**
CEP: 0 - Bairro: ALTO DA BOA VISTA - ARARIPINA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

EDIMAR ALVES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
RAIMUNDA DA SILVA Pai: M/C Data de Nascimento: 2/2/1924 Naturalidade: IPUBI /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 0206631/SSP/PE (RG) Estado Civil: ANASIADO(A)
Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 87900042750

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE IPUBI, 1, RUA DO MORRO - CEP: 55000-000 - Bairro:**
CENTRO - IPUBI/PERNAMBUCO/BRASIL



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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JUAREZ ALVES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NVB4932** (SERGIPE/ARACAJU) Renavam: **284022579** Chassi: **9C6KB94E0C8922399**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **MOTOCICLETA QUE ESTAVA EM POSSE DE JUAREZ ALVES DA SILVA, PROPRIEDADE DOCUMENTAL; MARIO MAURÍCIO DA SILVA PITA.**

Complemento / Observação

COMPARECE A ESTA DEPOL O SR. JUAREZ ALVES DA SILVA, NOTICIANDO QUE TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA QUANDO SOFREU UM ACIDENTE. SEGUNDO A VÍTIMA TRAFEGAVA SENTIDO SERROLÂNDIA ARARIPINA QUANDO UM TERCEIRO CHOCOU UMA OUTRA MOTOCICLETA NA TRASEIRA DA MOTOCICLETA DA VÍTIMA. VINDO ESTA A CAIR DA MOTO E DEVIDO A QUEDA VEIO A SOFRER LESÃO NOS ARCOS COSTAIS. QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL DE SERROLÂNDIA E EM SEGUIDA TRANFERIDO PARA IPUBI E LOGO APÓS PARA O HOSPITAL REGIONAL EM OURICURI. SEM MAIS, É O REGISTRO.

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

Juarez Alves da Silva
JUAREZ ALVES DA SILVA
(VÍTIMA)

Edimar Alves da Silva
EDIMAR ALVES DA SILVA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **JOÃO PAULO SIMPLÍCIO DA CRUZ** - Matrícula: **350891-3**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Guarany Alves da Silva

CPF da Vítima

050.784.114-02

Data do Acidente

14.01.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinada em 13 de Maio de 2018
Local e Data

X Guarany Alves da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017