



13/18

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Vilaltem Pereira da Silva, brasileiro, agricultor, RG nº 64.749.11 9DS/PE, inscrito no CPF sob o nº 024.053.804/69, residente e domiciliado na Rua Dr. Santana Filho, 49, Sitio dos Ulmos, Zona Rural da Cidade de Flores, Estado de Pernambuco.

OUTORGADO: nomeio e constituo meu bastante procurador para defender seus direitos fundamentais e interesses jurídicos, a Dra. VANESSA DE QUEIROZ NEVES, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 21.668, portador do CPF de número 073.903.444-82, e cédula de Identidade de número 6686048, expedida pela SDS/PE, residente e domiciliado na Rua Cecílio Pedro da Silva, nº 32, 1º andar, bairro da Redenção, na Cidade de Custódia, Estado de Pernambuco, onde receberá as notificações dos atos processuais em geral.

PODERES: Amplos e gerais poderes de representação para o exercício do procuratório judicial, para atuar em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, e extrajudicial, atinentes a cláusula *ad judicia et extra*, podendo ainda, requerer justiça gratuita, variar de ações, receber intimações, desistir, transigir, discordar, confessar, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber a dar quitação, firmar compromisso, requerer e receber Alvará Judicial, produzir provas ou justificações, requerer, concordar com cálculos avaliações, ratificar desistências, praticar todos os atos perante repartições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, enfim, todos os atos necessários que visem a boa e fiel desincumbência dos deveres e prerrogativas advocatícias de defesa dos direitos subjetivos e interesses jurídicos do (a) outorgante, para o que são conferidos todos os poderes, ainda que aqui não declarados expressamente, inclusive substabelecer, com ou sem reservas de poderes.

DECLARO AINDA, sob as penas da lei, para fins de concessão dos benefícios da Assistência Judiciária, Lei 1.060/50 – com a nova redação dada pela Lei 7.051/86, que sou pobre na forma da lei, não tendo condições de pagar custas processuais e demais gastos decorrentes da presente ação sem prejuízo do sustento próprio ou da família. Do que para constar, firmo a presente declaração, amparado (a) pela Lei nº 7.115/83.

Custódia, 28 de Abril de 2016.

Vilaltem Pereira da Silva
Outorgante

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.477.911 DATA DE EMISSÃO 22.07.2001

Nome: **VILAILTON PEREIRA DA SILVA**

FILIAÇÃO: Luiz Pereira da Silva
Alice Alves da Silva

NACIONALIDADE: Flores-PE DATA DE NASCIMENTO: 21.10.1974

DOC. ORIGINAL: C.C.2126-L.B.7-F.212-Cartório de Custódia-PE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83


14/8

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: **VILAILTON PEREIRA DA SILVA**

Nº de inscrição: **027053804-89** Data do Nascimento: **21/10/74**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO E10-R23
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TALEN BUDI




Vilailton Pereira da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válida e exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura: *Vilailton Pereira da Silva*
VILAILTON PEREIRA DA SILVA

S
E
R
V
I
D

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em: 14/02/96

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800 0810120|PRONTIDÃO 0800 0810196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE		DATA DE VENCIMENTO 14/03/2016	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/03/2016	CONTA CONTRATO 000685146037
CICERA MARIA PEREIRA DA SILVA CPF: 011.169.984-04 NIS: 20036791363		TOTAL A PAGAR (R\$) 126,18	DATA DA APRESENTAÇÃO 07/03/2016	Nº DO CLIENTE 2002826604
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA		CLASSIFICAÇÃO		
RUA DR SANTANA FILHO 79 SITIO DOS NUNES SITIO DOS NUNES/SITIO DOS NUNES 56850-000 FLORES PE		B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		RESERVADO AO FISCO 882F.771D.4F2B.83E0.53B3.566E.B952.C3A3		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19627	5,88
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,33646	23,55
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,50470	60,56
Consumo Ativo superior a 220 kWh	17,00	0,56077	9,53
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,80
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,95
Contribuição Iluminação Pública			18,09
Multa por atraso-NF 000735513 - 07/01/16			1,23
Juros por atraso-NF 000735513 - 07/01/16			0,89
TOTAL DA FATURA			126,18

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO CÁLCULO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO CÁLCULO
106,27	25,00	26,56	106,27	0,97	1,03
					4,46
					4,73

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):		
Vencido	Di Reav.	Valor
15/02/16	07/03/16	51,23

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,1354559	MAR 15	237
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,23407800	FEV 15	131
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,35111700	JAN 15	153
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,30013000	DEZ 15	185
		NOV 15	155
		OUT 15	175
		SET 15	199
		AGO 15	219
		JUL 15	195
		JUN 15	193
		MAI 15	198
		ABR 15	171
		MAR 15	223

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
45,50	42,83
2,13	2,00
19,96	18,78
6,36	5,98
32,32	30,41
106,27	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
H48066	CAT	04/02/2016	22.335,00	07/03/2016	22.572,00	32	1,00000	0,00	237,00

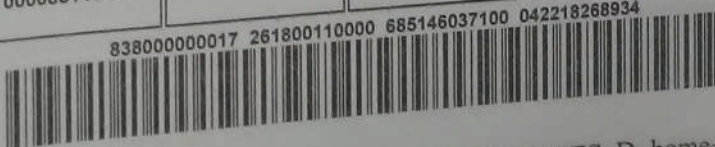
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	CUSTODIA	0,00	11,45	22,90
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,97	15,34
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	6,29	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 33,38				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Pagamento em atraso gera: Multa 2%(Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1%a.m.(Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 37,45.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
	MÍNIMO	MÁXIMO	
220	202	231	

DESTAQUE AQUI	TALÃO DE PAGAMENTO
CONTA CONTRATO 000685146037	MÊS/ANO 03/2016
TOTAL A PAGAR(R\$) 126,18	VENCIMENTO 14/03/2016
Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	



04/03/2015

Acompanhe o processo de indenização - Seguro DPVAT - O seguro do trânsito

[Ir para conteúdo principal](#) [Ir para menu principal](#)



16/18

Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT – Site Oficial –

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Conheça o DPVAT e a Seguradora Líder](#)
- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Pontos de Atendimento](#)
- [Fale Conosco](#)

Início do conteúdo

Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

SINISTRO 2014437952 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA VILAILTON PEREIRA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MBM SEGURADORA S/A

ENDEREÇO Rua São Paulo, 1988, Vila Maceno, São José do Rio Preto - 26, CEP: 15060-035

BENEFICIÁRIO VILAILTON PEREIRA DA SILVA
CPF/CNPJ: 02705380469

Posição em 04-03-2015 11:01:11

Indenização creditada em 24/06/2014, no valor de R\$ 3.375,00, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
--------------------------	-----------------------------	-------------------------	--------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

Fundo Municipal de Saúde 17/8
Unidade Mista Genésio Francisco Xavier

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora: 15/03/13 9:50		Nº Ocorrência:
Nome: Vilailton Pereira da Silva		Data Nascimento: 21/09/75
Profissão:	Sexo: M	Doc. Ident.: 6477944
End.: Sítio dos Neves		
Responsável:		
End./Fone:		
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>		

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:
-------------------	--------	--------------

Histórico e Exame Físico:
Paciente, 37 anos, vítima de acidente de moto, com fratura exposta em MTD.
PA: 140 x 80 mmHg HGT: 196 mg/dL

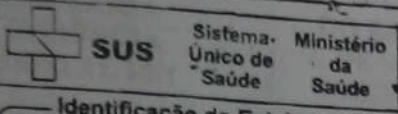
Tratamento:
1. Dipirona 0,1 AMP + AD, EV, Água
2. Voltaren 0,1 AMP, IM, Água
3. Cefalotina 0,1 AMP + AD, EV, Água

Impressão Diagnóstica:
Fratura exposta MTD

Destino do Paciente	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input checked="" type="checkbox"/>
Removido para Hospital	Regime de Agente - Comum		
Óbito às	horas do dia		

Médico - Carimbo e CRM:
Tássio José Bezerra dos Santos
Médico
CRM/PE. 20.589

18/8



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES
24297411

Exame Avaliações

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
W. Uicete Pereira da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
598002192113191621

8 - DATA DE NASCIMENTO
21/10/74

9 - SEXO
Masc 1 Fem 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
11802

11 - NOME DA MÃE
Alicia Aires de Jesus

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO RUA Nº BAIRRO
Stu dos Nuvens

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Heres

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP
26050-000 PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vítima de trauma de moto

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quanto ao trauma

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Lesão exposta de tornozelo

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Redução e cura

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
040805049

29 - CLÍNICA
ORTOPEDIA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
Urgência

31 - DOCUMENTO
() ICNS () JCPF

32 - Nº DOCUMENTO (ICNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Rossio Ricardo

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
15/03/78

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SFR

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CUBR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
PE 48004

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
261310325080-2

48 - DOCUMENTO
() ICNS () JCPF

49 - Nº DOCUMENTO (ICNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

SECRETARIA
IV GERÊNCIA
HOSPITAL REC

DO ESTADO DE PERNAMBUCO
L DE SAÚDE - IV GERES
I O AGRESTE - HRA

19/8
IMPRESSÃO 15/03/2013
HORA 13:36:18

Entrada	Hora	Registro N°	Sis prenatal	No. Central de Regulação	No. Cartão do SUS	N° PRONTUÁRIO
15/03/2013	10/12/1895	0000118020	00000000000	0004092783	898002941319621	0000000000
Nome do Paciente		Data de Nascimento		Idade	Sexo	Estado Civil
VILAILTON PEREIRA DA SILVA		21/10/1974		39	MASCULINO	CASADO(A)
Município Sede da Assistência		Município de Residência do Paciente				
2604106 - CARUARU		2605608 FLORES				
Endereço do Paciente		Número	CEP	Barro		
SÍTIO DOS NUNES				Z. RURAL		
Telefone 01	Telefone 02	Naturalidade		Profissão do Paciente		
		FLORES				
Nome da Mãe		Nome do Responsável		DOC. / EXPEDIÇÃO		
ALICE ALVES DA SILVA		O MESMO		6477911		

Ocorrência	OUTRAS CAUSAS	DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA	Tipo Ocorrência	OUTROS							
<input type="checkbox"/>	VERMELHO	<input type="checkbox"/>	AMARELO	<input type="checkbox"/>	VERDE	<input type="checkbox"/>	AZUL	<input type="checkbox"/>	CLÍNICO	<input type="checkbox"/>	CIRÚRGICO

P.A.: _____ / _____ mml Pulso: _____ bpm Temp.: _____ °C Peso: _____ Kg

Queixa Principal: _____ / _____ / _____ Hora: _____ h _____ min

Exame Físico:

AR
AD
ACV
ALC

Hipótese Diagnóstica:

Solicitação de Exames:

P. T. Brazão - Dr. A. P. P.
Dr. Luiz Gonzaga F. Lima
CRM. 5148

Epidemiologia-HRA

1355
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
REC - X
DAT 15 03 13

20/18

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: JILAILTON PEREIRA DOS SANTOS Nº do Registro: 118020

Clinica: ORTOPEDIA Nº do Leito

Operador: KASSIO MACHADO / DR. GONZAGA

1º Assistente: 2º Assistente:

Instrumentador: Anestesista:

Anestesia: Duração:

Data da Operação: 15/03/2013 Início: Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Luxação crônica do tornozelo (D)

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo.

Operação Proposta: redução crônica

Operação Realizada: a mesma.

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Lavagem do local com solução antisséptica
- 2) Anestesia de infiltração
- 3) Correlação do anteroposterior
- 4) Redução da luxação
- 5) Lavagem extensiva do local
- 6) Redução da luxação
- 7) Sutura + curativo

15 MAR 2013

9618-0404

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Pernambuco



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **Hospital Francisco Anselmo Ltda.**

2 - CNES: 2517124

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **Hospital Francisco Anselmo Ltda.**

4 - CNES: 2517124

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO: **RG: 6.477.911**

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **898002941319621**

6 - SIS PRENATAL: _____

7 - SENHA/REGULAÇÃO: _____

8 - Nº DO PRONTUÁRIO: **1374**

9 - NOME DO PACIENTE: **Vilalton Pereira da Silva**

10 - DATA DE NASCIMENTO: **21/10/1974**

11 - SEXO: Masc. Fem.

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **Alice Alves da Silva**

13 - TELEFONE DE CONTATO: **81 81038804**

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO): **R. Do Santana pelo 79 - Flores**

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Flores**

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO: _____

17 - UF: _____

18 - CEP: _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO: **Por tra ti o m**

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): _____

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **① tra ti o m**

22 - CID. 10 PRINCIPAL: **M23**

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: _____

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO: _____

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **tra ti o m**

27 - COD. DO PROCEDIMENTO: **04.08.05.066-7**

28 - CLÍNICA: _____

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: _____

30 - DOCUMENTO: () CNS () CPF

31 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE: **Hospital Francisco Anselmo Ltda. São Francisco**

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **01/11/15**

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO): **Dr. Evaristo A. Silva**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA: _____

39 - N.º DO BILHETE: _____

40 - SÉRIE: _____

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

42 - CNAB DA EMPRESA: _____

43 - CNOR: _____

AUTORIZAÇÃO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO: _____

46 - COD. ORGÃO EMISSOR: _____

47 - DOCUMENTO: () CNS () CPF

48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____

50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **10 Vitorino**

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH): _____

MOTIVO DA ALTA: **melhorado**

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **eletivo**

Número do Registro: 5374.

Data: 30 / 11 / 05.

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Vilaiton Pereira da Silva

Idade: 41 anos. Sexo: masc. Cor: Branco Estado Civil: Casado

Profissão: Agricultor Naturalidade: Poes. Nacionalidade: Brasil

Endereço:

Rua: R. Dr. Santana filho N.º: 79 Bairro: Sítio dos runes

Idade: 36 anos Estado: PE. Fone: 8103-8804

Filiação:

Pai: Luiz Pereira da Silva

Mãe: Alice Alves da Silva

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Truque com. prechocativa
TNZ

Hipótese Diagnóstica: Pat de TNZ

Exames Solicitados: Hemograma
Uricemia, TS/TC/TPAF
VDRL

Condições de Alta

Motivo de Alta

ALTA EM

1/1

Cirurgia Realizada:

Artrodese de TVZ

N.º do Procedimento:

23/08

Data:

12/11/15

Início:

Término:

Cirurgião:

Blumey

1.º Auxiliar:

2.º Auxiliar:

Anestesista:

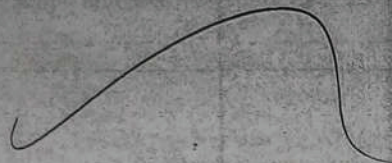
[Signature]

D. Anestesia

D. Bloqueio

D. Artrodese de TVZ com 02 parafusos

D. Curativo



24/18



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 179A. CIRCUNSCRICAO - FLORES

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **13E0269000260**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/04/2013** às **09:38**

Complementado pelo BO Número: **14E0269000063**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **28/4/2013** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **PE- 337 - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE FLORES, 1 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA - Próximo: NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VILAILTON PEREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): VILAILTON PEREIRA DA SILVA

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

VILAILTON PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ALICE ALVES DA SILVA Pai: LUIZ PEREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 21/10/1974 Naturalidade: FLORES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6477911/SDS/PE (RG), 02705380469 (CPF), 03833308203 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Residencial: **RUA Dr SANTANA FILHO, SITIO DOS NUNES - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE FLORES, 81, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL, SITIO DOS NUNES**
Comercial: **RUA Dr SANTANA FILHO, SITIO DOS NUNES - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE FLORES, 81, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL, SITIO DOS NUNES**
Detalhes/Observações: **A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA A UNIDADE MISTA GENÉSIO FRANCISCO XAVIER**

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **VILAILTON PEREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)**

Descrição: **A REFERIDA MOTOCICLETA ENCONTR-SE EM NOME DE CÍCERO ROBERTO RODRIGUES DE GOIS JÚNIOR**

Complemento / Observação

SEGUNDO RELATO DA VÍTIMA, QUANDO TRAFEGAVA PELA PE-337, PILOTANDO A MOTOCICLETA EM EPÍGRAFE, NO SENTIDO SÍTIO PEREIRAS AO DISTRITO DE SÍTIO DOS NUNES, AO CHEGAR EM UMA CURVA PERDEU O CONTROLE MESMA SENDO ATIRADO AO SOLO, O QUE RESULTOU EM ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO, NA OCASIÃO A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UNIDADE MISTA GENÉSIO FRANCISCO XAVIER, NESTE MUNICÍPIO.

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

25/8

VILALTON PEREIRA DA SILVA
(VITIMA)

S.O. registrado por: MARCOS JOSE LOPES DA SILVA - MAT. 126.673-0 - Matrícula: 1266730

26/8

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

Nome: VILALTON PEREIRA DA SILVA

Doc. Identidade (CPF/ELEITOR / UF): 6477911 SSP PE

CPF: 027.053.804-69 DATA NASCIMENTO: 21/10/1974

FILIAÇÃO: LUIZ PEREIRA DA SILVA
ALICE ALVES DA SILVA

PERMISSÃO: ADI: CAT. PAUL: AB

Nº REGISTRO: 03833308203 VALIDEZ: 31/05/2016 Nº HABILITAÇÃO: 04/05/2006

OBSERVAÇÕES: sem observações

Assinatura do Portador: *Vilalton Pereira da Silva*

LOCAL: SERRA TALHADA - PE DATA EMISSÃO: 27/05/2011

Assinatura do Emissor: *[Assinatura]* 58865883174
PE040130991

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 407814083

PROIBIDO PLASTIFICAR 407814083



Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco

27/8

Emitido em 14/07/2016

Guia nr. 2016.000603

Data da Guia 14/07/2016

NATUREZA DE AÇÃO		CÓDIGO		DESCRIÇÃO	
		20.1.01.0204		Procedimento ordinário	
REQUERENTE					
Vilailton Pereira da Silva					
ADVOGADO					
PB-021668 - Vanessa de Queiroz Neves					
REQUERIDO					
Seguradora Líder do Consórcios do Seguro Dpvt SA					
VALOR DA CAUSA					
R\$ 3.712,50		Isento	<input type="checkbox"/>	Privado	<input type="checkbox"/>
		Assistência Judiciária	<input type="checkbox"/>	Segredo Justiça	<input checked="" type="checkbox"/>
				1	
PROCESSO		INSCR. MUNIC./ESTAD.		NÚMERO DA CDA	
				DATA DA CDA	
				10/11/2014	
PRECATORIA					
VARA				PRAZO	
JUIZ				PROCESSO	
OBSERVAÇÃO					
INQUÉRITO					
NÚMERO		DATA		DATA DENÚNCIA	
REPARTIÇÃO					
OBSERVAÇÃO					
ASSINATURA DISTRIBUIDOR					