

MANOELA TRIGREIRO- ADVOGADA.

OUTORGANTE: JOSÉ ROBERTO SILVA , autônomo, portador do RG Nº 1.190.158 SDS-PE, e inscrita no CPF Nº 138.126.884-68, residente e domiciliado na RUA BOM JESUS,187 , CENTRO-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 NCPC, 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: Eu, JOSÉ ROBERTO 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, 27 de NOVEMBRO de 2018.


JOSÉ ROBERTO SILVA -Outorgante / declarante





SINISTRO 3180148031 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE ROBERTO SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JOSE ROBERTO SILVA

CPF/CNPJ: 13812688468

Posição em 29-06-2018 13:50:12

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
02/07/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50





Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/03/2018 às 15:01

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 13/1/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, AV. VINTE E NOVE DE DEZEMBRO** - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE AO HOSPITAL MUNICIPAL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO(MOTOCICLETA) (AUTOR VAGENTE)
ROBERTA MESTRE SILVA (NOTICIANTE)
MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO SILVA (OUTRO)
JOSÉ ROBERTO SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSÉ ROBERTO SILVA

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

ROBERTA MESTRE SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA NEUSA MESTRE SILVA** Pai: **JOSÉ ROBERTO SILVA** Data de Nascimento: **8/12/1984**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 14, RUA JOÃO HERMANO DE SOUZA - SÃO JORGE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSÉ ROBERTO SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ DE LIMA** Pai: **MANOEL BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **20/10/1968**
Naturalidade: **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 179, RUA BOM JESUS - CENTRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**



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

MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ ROBERTO SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGA2143** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **970557230** Chassi: **9C2JC39798R013962**
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA NO DIA 15 DE MARÇO DE 2018 A SR(A). ROBERTA MESTRE SILVA, NOTICIANTE DO SEU PAI, O SR. JOSÉ ROBERTO SILVA(VÍTIMA), DEVIDO A VÍTIMA ESTAR DEBILITADA EM RAZÃO DO ACIDENTE. A SR(A) ROBERTA RELATA QUE NO DIA 13/01/18, SEU PAI, SR. JOSÉ ROBERTO, ESTAVA PILOTANDO SOZINHO A MOTOCICLETA, NA AVENIDA VINTE E NOVE DE DEZEMBRO QUANDO, AO PASSAR POR UM CRUZAMENTO, A MOTOCICLETA DE UM TERCEIRO COLIDIU COM A SUA MOTOCICLETA. A NOTICIANTE RELATA QUE O SR. JOSÉ ROBERTO FOI SOCORRIDO POR POPULARES, DE NOME RENATO MESTRE SILVA, PARA A UPA 24H, EM SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PE. SEGUNDO DECLARAÇÃO DA UPA N° ATENDIMENTO: 9663849, O SR. JOSÉ ROBERTO SILVA ESTEVE NA UNIDADE HOSPITALAR NO DIA 13/01/2018 POR VOLTA DAS 17:42.

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


ROBERTA MESTRE SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **JOÃO LUIZ CAMPOS DE FARIAS SILVA** - Matrícula: **273348-0**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013225717893

DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 970337230 2018

MARIA JOSE DO NASCIMENTO SILVA

3 C CAPIBARIBE-PE 0

283.703.504-10 RGA2143

9C2JC30708R612062

283 / MOTOCICLETA GASOLINA

HONDA / CG 125 FAN 2008 2008

28 / 126CL PARTIO CINA

1 IRVA 2018 QUITADO 1

V 1 PARCELAMENTO / COTAS 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) 107 (R\$) 107 (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA, RECURSO/SUSPENSIVO

8 C CAPIBARIBE

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013225717893 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA JOSE DO NASCIMENTO SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradotalidar.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1304

3 C CAPIBARIBE-PE 0

283.703.504-10 RGA2143

9C2JC30708R612062

70357230 HONDA / CG 125 FAN

2008 09 9C2JC30708R612062

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO BILHETE (R\$) 107 (R\$) 107 (R\$) DATA DE OUTRGO

SEGURO PAGO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 06.584.600/0001-04

DESSAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. ELE NÃO É DE PORTA OBRIGATORIO.



PREFEITURA MUNICIPAL DE
**SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE**
CIMA GRANDE MEINHO É O SOLO



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **JOSE ROBERTO SILVA** nascido em 20/10/1956 esteve nesta unidade hospitalar no dia **13/01/2018** por volta das **17h42min.** Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 05 de MARÇO de 2018.

ATENCIOSAMENTE

José Ademir Pereira
Diretor
Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h
MAT. 514591

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe – PE
E-mail: upa24hsc@gmail.com



FICHA DE ATENDIMENTO

Dado de Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 17:50

Doenças preexistentes: Diabetes

Alergias: Nenhuma

Uso de medicamentos: Insulina

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia () Cianose () Estridor () PC <50 >140 () FR >32vpm () Extremidades frias ()
 Pulso Ausente () Sudorese () PAS <80mmhg () PAD >130mmhg () Letargia ()
 Irresponsivo à resposta a dor () Intoxicação exógena () Sangramento intestinal ()
 Queimaduras de 2º ou 3º grau de SC ou acometimento de vias aéreas () Hipoglicemia com sudorese ()
 OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politrumatismo com Glasgow entre 13 e 16 () FC <50 ou >140 () PAS <90 ou >180mmhg ()
 PAD >130 () Febre >39°C () Febre com imunodepressão () Convulsão nas últimas 24 horas ()
 Mucosas ressecadas ()
 Queimaduras entre 1º e 3º grau em áreas não críticas () Abuso Sexual () Dor abdominal
 história de trauma Hematêmese () Enterorragia () Epistaxe () Acidente perfuro/cortante ()
 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, quedas ()
 sem alterações de SSW () PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas () PAD entre 110 e 130 mmhg
 sem sintomas () Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ()
 OBS: MIÉ, repórter de caso

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas com alterações agudas () Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ()
 Coriza, tosse, febre recorrente () Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas ()
 de pontos () Vômitos ou diarreia sem desidratação () Constipação intestinal sem outros sinais
 Administração de medicamentos () Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgente ()
 OBS: _____

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

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO ()

ASS: ARTUR ENFERMEIRO





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 2)

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: 55015-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0053849 13/01/2018 17:42:53 Código: 0050116
Paciente: JOSÉ ROBERTO SILVA SUS: 89800016151
Sexo: M D. Nasc: 20/10/1956 Idade: 62 ANOS
RG: CPF:
Profissão: OUTROS
Filiação: Mãe: MARIA JOSE DE LIMA
Pai: MANOEL BEZERRA DA SILVA
Endereço: R= SÃO MIGUEL 174
Bairro: CENTRO Cidade: SANTA CRUZ
Estado: PERNAMBUCO CEP: Fone: 91559086

Pressão Arterial: _____ Pulso: _____
Temperatura: _____ Peso: _____

Histórico da Doença atual:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Condição:

Liberação do Paciente: Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Profissional:

*Doer um pouco e por
que da de moto*
1 RX
1. Sulfamizol 0150 mg
19:30

RECEBUEM
CHAM - 28.08.27
JOURT 2157



Acidente de moto



PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
Trabalhando com o povo

**SERVIÇO DE
PRONTO ATENDIMENTO**

Data: 09/06/18	Hora: 18:40	Registro:
Nome: José Roberto da Silva	Referência:	
Endereço: Sítio Lequeiro	Cidade: Santa Maria do Cambucá	
Bairro: Zona Rural	Idade: 39 anos	Sexo: Masculino
Cor: Br.	Profissão:	
Responsável: Ana Cícilia de Almeida	Fone:	
Endereço do Responsável:		

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO				
ACIDENTE DE TRÂNSITO <input checked="" type="checkbox"/>				
VEÍCULO:	Automóvel <input type="checkbox"/>	Ônibus <input type="checkbox"/>	Moto <input checked="" type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
MODO:	Atropelamento <input type="checkbox"/>	Colisão <input checked="" type="checkbox"/>	Capotagem <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
AGRESSÃO <input type="checkbox"/>				
POR:	Arma de Fogo <input type="checkbox"/>	Arma Branca <input type="checkbox"/>	Espancamento <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
MODO:	Assalto/Briga <input type="checkbox"/>	Ação Policial <input type="checkbox"/>	Agressão Sexual <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/>				
ORIGEM:	Construção Civil <input type="checkbox"/>	Indústria <input type="checkbox"/>	Agricultura <input type="checkbox"/>	Comércio <input type="checkbox"/>
OUTRO <input type="checkbox"/>				
OUTROS TIPOS DE ACIDENTES <input type="checkbox"/>				
POR:	Arma de Fogo <input type="checkbox"/>	Enforcado <input type="checkbox"/>	Drogas <input type="checkbox"/>	Queda de Nível <input type="checkbox"/>
Intoxicação Acidental <input type="checkbox"/>	Queda Acidental <input type="checkbox"/>	Afogamento <input type="checkbox"/>	Queimadura <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
LOCAL DE OCORRÊNCIA				
Via Pública <input checked="" type="checkbox"/>	Domicílio <input type="checkbox"/>	Ambiente de Trabalho <input type="checkbox"/>	Escola <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>

Queixas: *Pat. do antebraço no serviço de varas escomadas pelo corpo, hemorragia subconjuntival gn. acidente moto - moto. vítima infante aleazar. Nega vômito, diarréia, perda de consciência ap. Coluf med, GHA, GDM*

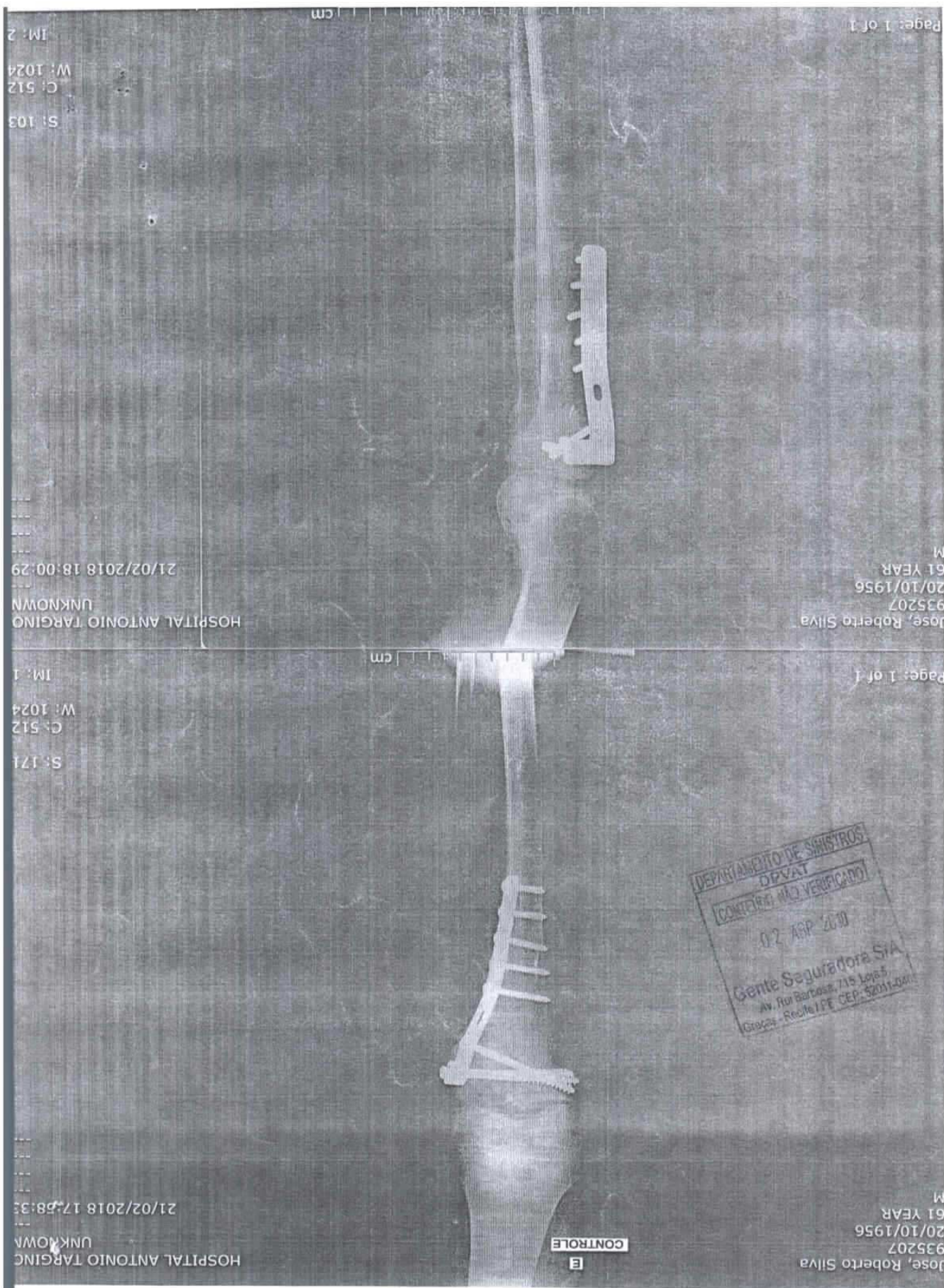
Exame Físico: EGR, LTR, ARM, ECG: 15	PA: 120x80	FC: 61 bpm	Pulso:	Temperatura:	HGT:
<i>Pupila 3x6mm e fotorreceptor</i>					
<i>ACV</i>					
<i>AR -> NDR</i>					
<i>ARD</i>					
Hipótese Diagnóstica: <i>Acidente motociclístico</i>					
Procedimentos: <i>1. LIMPEN DO FERRINH</i>					
<i>2. OBSERVAÇÃO P/OCHOS</i>					
<i>3. SUTURA</i>					
<i>4. SSVV + CCGS</i>					
<i>5. ACIONAR VÍDEO DO TUBO ENDOTRACHEAL</i>					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
13 JUN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rua Barbosa, 715 Loja
Recife/PE CEP: 51010-000



Data	Hora	Evolução	Prescrição	Evolução de Enfermagem
29/04/19	23:30	<p>1st. rotineira de enfermagem com queixa de dor ECG: 15, sem alterações p/da 100% em 150 bpm</p>	<p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DE VAI (MILITADO NÃO RECORRIDO) 13 JUN 2019 Genta Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 Laje 5 Graças - Rio de Janeiro - RJ CEP 20220-900</p>	
		<p>com monitorização a partir de 3 dias de 10 dias de 15 dias de 20 dias de 25 dias de 30 dias de 35 dias de 40 dias de 45 dias de 50 dias de 55 dias de 60 dias de 65 dias de 70 dias de 75 dias de 80 dias de 85 dias de 90 dias de 95 dias de 100 dias de</p>		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO				
EVOLUÇÃO:				
Alta <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/>				
TODAS AS ANOTAÇÕES FEITAS DEVEM SER ASSINADAS PELO RESPONSÁVEL				







DR. GODOFREDO BORBOREMA

CRM 1863

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - CIRURGIA DO OMBRO

Relatório Médico

JOSE ROBERTO DA SILVA

Vítima de acidente de moto
(sic) com diagnóstico de
FRATURA do PLATAU TÍBIA (E)
Requerido Procedimento Cirúrgico
em 21.02.18.

Hoje com boa AMBULADORIA
RECURSOS FORTES FACIL.
COM CLAUDICACÃO.

POCONE DEMONSTRANDO
DE 15° DE FLEXÃO EXATAMENTE

SUA COTAÇÃO 05.18

Godofredo Nascimento Borborema
Ortopedia/Traumatologista
CRM 1863

Rua. Sandra Borborema, 62 - Centro - Campina Grande - PB - CEP. 58400-122

Celular: 83-99654 0604 E-mail: godoborborema@globo.com



HAT HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

CIRUR. BUCO-MAXILO FACIAL
CIRURGIA GERAL
CIRURGIA PLÁSTICA
CIRURGIA TORÁCICA
CIRURGIA VASCULAR
CIRURGIA COM VIDEO
CLÍNICA MÉDICA
ELETROENCEFALOGRAMA
ENDOSCOPIA
NEFROLOGIA
NEUROCIRURGIA
ORTOPEDIA
OTORRINOLARINGOLOGIA
RAIO X
STENT
TRAUMATOLOGIA
UROLOGIA
ANGIOGRAFIA DIGITAL
ANGIOPLASTIA
BRONCOFIBROSCOPIA
ENDOSCOPIA
ELETROCARDIOGRAMA
TOMOGRAFIA CMP
UTI MÓVEL

Perfomado medico
João Paulo da Silva
61 a.

Uitima de acidente
Moto (SIC)

diag. FMT. Pratica
FALIAL (E)

Relatório procedente
curso Ea
21-02-18

Equipe, 22-02-18



MELHORE SUA LETRA

Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br

