

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE AILTON DA SILVA , brasileiro, solteiro, alfabetizado, portador do RG nº N° 5.269.277 SDS-PE e CPF nº 024.004.594-79, residente RUA JOSE PEREIRA DE SANTANA – 60 –SÃO DOMINGOSM- BREJO DA MADRE DE DEUS– 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: JOSE AILTON 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, 06 de JUNHO de 2019.

Jose Ailton da Silva

JOSE AILTON DA SILVA - Outorgante / declarante





SINISTRO 3190310684 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE AILTON DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JOSE AILTON DA SILVA

CPF/CNPJ: 02400459479

Posição em 05-06-2019 14:04:23

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
06/06/2019	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

05/06/2019 14:04





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: **17E0218000096**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/01/2017** às **15:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **4/12/2016** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, BREJINHO** - Bairro: **ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
THIAGO DA SILVA (OUTRO)
ERONILDA COELHO PORCIANO (TESTEMUNHA)
JOSE AILTON DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de (a) **JOSE AILTON DA SILVA**



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

JOSE AILTON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA ANUNCIADA DA CONCEIÇÃO** Pai: **ANTONIO JOAQUIM DA SILVA** Data de Nascimento: **18/5/1974** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **RUA JOSE PEREIRA DE SANTANA - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 60 - CEP: 0 - Bairro: SAO DOMINGOS - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

ERONILDA COELHO PORCIANO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **RUA JOSE PEREIRA DE SANTANA - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 60 - CEP: 0 - Bairro: SAO DOMINGOS - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

THIAGO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **THIAGO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE AILTON DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEG0029** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **346656303** Chassi: **9C2JC4110BR75842**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE AO CONDUZIR A MOTOCICLETA DE PLACA: PEG0029, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA ONDE VEIO A CAIR E SOFRE VARIAS LESOES PELO CORPO, EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA (UPA), DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nes:a unidade policial

Jose Ailton da Silva

JOSE AILTON DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MOACIR FERNANDO DE ARRUDA COSTA** - Matrícula: **145-0**



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DEMATRAN

DEMATRAN - PE
DEPARTAMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº **012382792266**

1 946556202 ***** 2015

PHIAGO DA SILVA

BRUNO DA MÃE DE DEU

122.985.504-12 9E60029

PARMOCICLISTA 902001000-22942

PAS MOTOCICLISTA **GASOLINA**

HONDA/CG 125 PAR P2 **2011 2011**

29/12/2011 **PARMOC** **VERMELHA**

TEVA 2016 QUITADO

SEM RESERVA

SECURCO PAGO **RO DE RESCUMTO**

SEM RESERVA

BRUNO DA MÃE DE DEU **21/06/14**

Charles Andreus Souza Rabelato

21/06/14

PC Nº 012382792266 **BILHETE DE SECURCO DE VAI**

PHIAGO DA SILVA

BRUNO DA MÃE DE DEU **21/06/14**

122.985.504-12 9E60029

HONDA/CG 125 PAR P2

2011 09 **902001000-22942**

SECURCO PAGO **DE VAI**

OUT-2015





FICHA DE ATENDIMENTO

RECEPCIONISTA: J. Lima Data: 04/12/16 Hora: 18:20 min
Nome: JOSE ALYON DA SILVA Nº do Prontuário: 26298
RG: _____ Idade: _____ Nascimento: 19/05/1944 Nº SUS: _____
Estado Civil: S Profissão: PROFESSOR Fone: 9.89.994166
Endereço: R. RAIMUNDA SAUBINO Nº 136 Bairro: RIO UELDI
Cidade: S. C. PÉ Acompanhante: () Sim Não () Nome: _____
Pai: _____
Mãe: _____

Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____ : _____ min
PA: _____ T: _____ HGT: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2% _____

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: _____ : _____ min
Doenças preexistentes: _____
Alergias: _____
Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO:

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

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

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 ultimas 24h (); mucosas ressecadas ()
Queimaduras de 1° e 3° graus em áreas não críticas (); Abuso sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa ()
Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa (); história até 72h de:
Melena (); Hematêmese (); enterorragia (); epistaxe (); Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico ()

CÓPIA AUTORIZADA



CLASSIFICAR COMO VERDE:

5055730

Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa
Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, luxações (); Dor abdominal sem alterações de SSVV ();
PAS entre 160 a 190mmhg 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
recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou ret. de pontos (); Vômito;
diarréia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos
Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ().

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

ENCAMINHADO: _____ ASS. E CARIMBO: _____

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL: _____

*paciente vítima de queda de um toco
queixa-se de dor na perna D.*

MÉDICO: _____

Histórico do paciente: _____

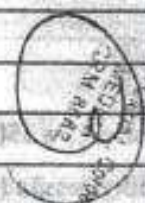
*1. Oclama 01FD IM 1/19.17
2. EX*

*Filandro Silvestre
CRM 207.931
04/01/2016*

Exame Físico: _____

Hipótese diagnóstica: _____

Conduta: _____





HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

LAUSO MEDICO

O paciente foi admitido da
filos encontra-se separado de
profundamente do corpo de Jesus
e devendo afastar-se do local
durante o período de seis meses.

Bezerros
29/12/16

Dr. Roberto Cavalcanti
Cavalcanti

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099



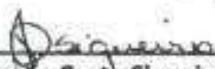
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **JOSÉ AILTON DA SILVA** nascido em 18/05/1974 esteve nesta unidade hospitalar no dia **04/12/2016** por volta das **18h20min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 05 de Janeiro de 2017.

Atenciosamente,

Pollyane Costa Siqueira
Diretora Geral
H.M.R.F.A.
Mat.: 057094


Pollyane Costa Siqueira
Diretora Administrativa





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: H.R.A 5055930

Encontro a paciente Sra. A. H. M. de
42 anos, vítima de
queda de um objeto apresentando
fratura de tíbia e fíbula na
avulsa.

Solicito medicação a seguir.

Dra. Ana Helena L. Cordeiro
MÉDICA
CRM 8562

Data: 04/17/16

MÉDICO

Nome: _____ Rg.: _____
Medicamentos: _____

Data: 1/1 _____
MÉDICO

2015

CÓPIA AUTORIZADA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GRESTE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr(a) **José Ailton da Silva**, esteve
Interno nesta unidade hospitalar no período do Dia 04/12/2016 a 09/12/2016 com Registro
Hospitalar 288261 OBS: **Vitima de Acidente de Trânsito.**
Desde já nos colocamos a disposição para maiores esclarecimentos.

Caruaru, 9 de Dezembro de 2016



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

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

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: JOSE AILTON DA SILVA NUMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PROPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 04/12/2016 DATA DO INICIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 04/12/2016

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: Roberto Da Neta Chalino CRM 3662

LESOES RESULTANTES DO ACIDENTE:
Fratura de Metacarpo 5º pé direito (R)

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):
Foi realizado o tratamento fisioterápico na clínica de Botelhos, 11x em 12 dias (fratura no momento aconteceu e eu não usava)

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? SIM NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:
 A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
 A 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
1º
2º
3º
4º
5º

AFIRMO QUE ASSISTI E / OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 12/04/2018 / 12/04/2018
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.
Santa Cruz Capibaribe 12,04,2018 Dr. Roberto Chalino CRM 3662
LOCAL DATA ASSINATURA E CARIMBO

João (Caro) Capibaribe 12,04,2018 Jose Ailton da Silva
LOCAL DATA ASSINATURA DA VÍTIMA

