



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE DANIEL DA SILVA

RG nr 5.365.929 data de expedição 23/05/12, Órgão SDS/PE

CPF nr 030.512.734-90, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de IRICAI D.

Logradouro	rua/Avenida/rua
	TV 4 CEMITERIO NOVO
Número	N. 6
Apto / Complemento	CASA
Bairro	PONTE DOS CARVALHOS
Cidade	CABO DE SANTO AGOSTINHO
Estado	PERNAMBUCO
CEP	545000-000
Telefone de Contato	98754-0961 / 99758-5004
Email	ELCOWENCI-23@GMAIL.COM

Por ser verdade, firmo-me.

Lugar e Data: CABO DE AGOSTINHO-PE, 10 de JUNHO 2017

Assinatura do Declarante: Yuri Daniel da Silva



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Daniel da Silva, brasileiro, solteiro, autônomo, RG: 5.365.929 SBS/PE e CPF: 030.512.734-90, residente na 4^a TV Benedito Nogueira, 6, Ponto dos Canhais, Cabo de Santo Agostinho/PE.

OUTORGADO: PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista, CEP 50070-075, Recife/PE.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 15.04.19

José Daniel da Silva
Outorgante



DECLARAÇÃO

D E C L A R O, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuizos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 18 de Abril de 2019.
Paulo Antônio Coelho Castor





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 041^a CIRCUNSCRIÇÃO - PONTE DOS CARVALHOS -
DP41^aCIRC DIM/10^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N^o. 17E0131000870

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/06/2017** às **08:32**

Complementado pelo BO Número: **17E0131001328**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **21/5/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SUAPE, 1, FAZENDA ESMERALDA - BR 101 - Bairro, SUAPE - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE DANIEL DA SILVA (VITIMA)
MARIA BETANIA DE OLIVEIRA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE DANIEL DA SILVA**

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

JOSE DANIEL DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 22/8/1977 Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **BAIRRO DE PONTE DOS CARVALHOS (BAIRRO), 06, RUA 26 LOT ILHA N°06 - ALTO DO CEMITERIO NOVO - CEP: 55000-000 - Bairro: PONTE DOS CARVALHOS - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MARIA BETANIA DE OLIVEIRA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Data de Nascimento: 4/12/1976 Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **BAIRRO DE PONTE DOS CARVALHOS (BAIRRO), 06, RUA 26 LOT ILHA N°06 - CEP: 55000-000 - Bairro: PONTE DOS CARVALHOS - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA PCLS859 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE DANIEL DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE DANIEL DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: Não



COR: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

SEGUNDO RELATO DAS VÍTIMAS, AS MESMAS DESLOCAVAM-SE NA MOTOCICLETA HONDA POP 100, PLACA PCLS869 DE PROPRIEDADE DO SR. JOSE DANIEL DA SILVA, NO SENTIDO ESCADA/PONTE DOS CARVALHOS QUANDO NAS IMEDIACOES DA FAZENDA ESMERALDA NA BR 101, UM CONDUTOR DE VEICULO DESENCONHECIDO AO FAZER UMA ULTRAPASSAGEM EM UMA CARRETA ATINGIU OSQUEIXOSOS. FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU CONFORME DECLARAÇOES ASSINADAS PELO SAMU DE PRIMAVERA DRA. PRISELLA ARRUDA COREN 166762 E DECLARAÇÃO DO SAMU DE IPOJUCA, ASSINADA PELA DRA. MARINA HIRSCHL CRM 1679, MAT. 55862, TENDO AMBOS SIDO CONDUZIDOS PARA O HOSPITAL D. HELDER CONFORME ATENDIMENTOS 374677, ASSINADO PELO DR. WAGNER FERNANDES NUNES CRM 22147 E E ATENDIMENTO 374678, ASSINADO PELO MESMO MÉDICO. DIANTE DOS FATOS REGISTRAM PARA PROVIDÊNCIAS DE ORDEM LEGAL.

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

Jose Daniel da Silva
JOSE DANIEL DA SILVA

(VITIMA)

MARIA BETANIA DE OLIVEIRA SILVA
(VITIMA)

Maria Betania de Oliveira Silva

B.O. registrado por: **REGINALDO JOSE DE OLIVEIRA** - Matrícula: 220810-5





PREFEITURA DE
PRIMAVERA
POR UMA CIDADE MAIS FELIZ



192

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU

PRIMAVERA, 06 DE JUNHO DE 2017

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE o Sr. JOSÉ DANIEL DA SILVA PORTADOR DO RG:5365929 SDS/PE E CPF:030512734-90, FOI ATENDIDO PELO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA- SAMU CIDADE DE PRIMAVERA NO DIA 21 DE MAIO 2017, VÍTIMA DE COLISÃO AUTOMOBILÍSTICA.

SEM MAIS PARA O MOMENTO, RENOVAMOS VOTOS DE ESTIMA E ELEVADA CONSIDERAÇÃO.

ATENCIOSAMENTE,

Dra. Priscila Arruda
Coordenadora SAMU
CREFM - 166762

PRISCILA J. ARRUDA MARTINS PEREIRA
COORD.SAMU PRIMAVERA

Rua Coronel Brás Cavalcante, 42 - Centro, Primavera - PE, 55510-000.
CNPJ: 11.294.378/0001-61
Fone: (81) 3996-1176



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 30/04/2019 15:34:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19043015340191800000043816986>
Número do documento: 19043015340191800000043816986

Num. 44483973 - Pág. 8

LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 05/07/17

Nº FRONTUÁRIO: 07240

NOME DO PACIENTE: José da Costa

S. da Costa

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Infarto agudo de
miocárdio com
estabilidade hemodinâmica.

CID:

552.0

paciente em acidente

de baixo risco.

AFASTAMENTO DO TRABALHO

Dr. Mário Góes

Assinatura do médico

Carimbo

Nº DAS: 60 (Seus)





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

Atendimento: 374678

Senha da Classificação:

0028

Paciente: 94240 JOSE DANIEL DA SILVA Sexo: MASCULINO
 Data do Nascimento: 22/08/1977 Idade: 39 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/IR
 Nome da Mãe: NUCILA BENTA DA CONCECAO Nome do Pai:
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CA
 Endereço: RUA TRINTA E UM - BAIRRO PONTE DI 128 Bairro: CENTRO
 Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE Usuário Atendimento: EDICLEIAJS
 RG (Identidade): 5388929 SSP/PE Data de Emissão: 28/03/1995
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone:
 Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

13 MAY 1987

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura _____ Temperatura _____

100

Quinta Principal
Vila de Quicó de Vito, zona leste de São Paulo, Térrea
1950-1960 com cerca de 1000 metros de frontaria em
terras exuberantes. Faz parte da estrada real que liga São Paulo
à zona Oeste da capital paulista.

www.Einig.com

General: Some do as expected
Some do not
Not: Some do as expected
But: Some do not
Thus: Yet another warning
not to expect

Minutiae Diagnostico

e Diagnóstico
Níveis Mínimos e máximos

Producta Therapeutic

Conduta Terapêutica
Re Agravio + M. b. Seguro (3) Objetivo
3 de longa duração

Prática Médica

Prescrição Médica
B. Propr. (mg 10) Rec (6)
B. Cloridr 100mg - comp. 5091.00006 (6)

Dr. Fernando B. Ribeiro
CHUVA/SE/Geta
01/04/1987 22:14
Cirurgião/Médico

EM CASO DE INTERNACAO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: LETO DO PACIENTE



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 21/05/2017 17:27

Nome Paciente:	JOSE DANIEL DA SILVA
Cod. Paciente:	94240
Data de Nascimento:	22/08/1977
Sexo:	Masculino
Idade:	38
Senha:	0026
Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento:	374678
SAME:	94240

Periodo: 21/05/2017 17:36 - 21/05/2017 17:36
TACIANA MARIA FERREIRA - COREN: 011710 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Quaisix Principal: PCTE DEU ENTRADA NA VERMELHA VITIMA DE ACIDENTE

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

- PALIDEZ CUTÂNEA, SUDORESE, PELE FRIA

- RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: TACIANA MARIA FERREIRA - COREN: 011710 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/06/2017 10:47

Página 1

Protocolo de Atendimento com Classificação de Risco



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 30/04/2019 15:34:01

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19043015340191800000043816986>

Número do documento: 19043015340191800000043816986

Num. 44483973 - Pág. 11

INISTRO 3170539333 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA: JOSE DANIEL DA SILVA
COBERTURA: Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO
CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME
BENEFICIÁRIO: JOSE DANIEL DA SILVA
CPF/CNPJ: 03051273490

Posição em 05-04-2019 16:03:03

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/12/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

