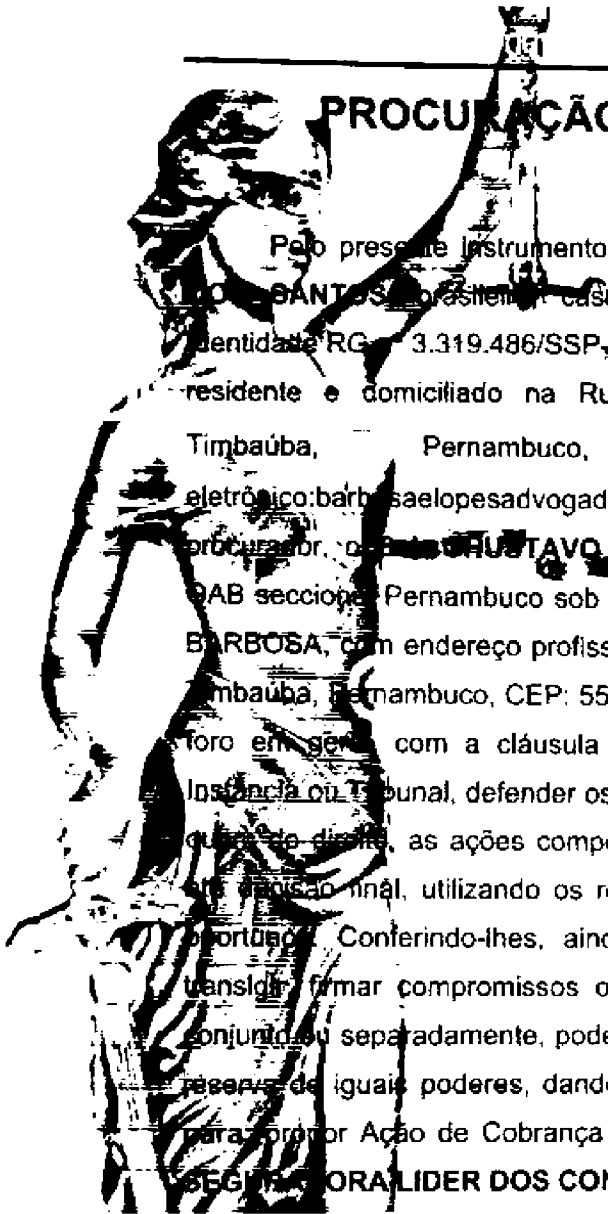




PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Pelo presente instrumento particular de mandato, **JOSENILDO MARINHO** **JOSENILDO MARINHO**, brasileiro casado, desempregado, portador da Carteira de Identidade RG nº 3.319.486/SSP/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 609.177.684-34, residente e domiciliado na Rua Alfredo Cândido, nº 6-A, Timbaubinha, Timbaúba, Pernambuco, CEP: 55.870-000, endereço eletrônico: barbosaaelopesadvogados@gmail.com, nomeia e constitui seu bastante procurador, o Sr. **GHUSTAVO DYEGO JOSÉ FERREIRA LOPES**, inscrito na OAB seccionada Pernambuco sob o nº. 49.358, o Sr. **RENAN MARCOS MARINHO BARBOSA**, com endereço profissional na Rua Rio Bonito, nº 340, Vila Nova Vida, Timbaúba, Pernambuco, CEP: 55.870-000, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, para em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, defender os interesses da outorgante, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-la nas contrárias, seguindo-as em todo o processo, utilizando os recursos legais que se fizerem necessários e ou oportunos. Conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer a presente com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso. **Especialmente** para propor Ação de Cobrança de Indenização Securitária DPVAT, em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

CONTRATO DE HONORÁRIOS

Pelo presente instrumento, lido e acordado por ambas as partes, fica o Outorgante/Contratante obrigado a pagar ao Outorgado/Advogado Contratado, os Honorários Advocatícios pelos serviços prestados, correspondente a R\$ 500,00 (quinhentos reais), mais 30% (trinta por cento) sobre o valor da condenação, independentemente do valor da conciliação que vier a ser efetuada após a prolação da sentença, bem como, independente de eventual condenação em honorários sucumbenciais, bem como despesas e custos complementares, ficando a critério do contratado dispensá-los ou não, de acordo com sua conveniência.

Rua Rio Bonito, nº 340, Centro – Timbaúba/PE

Scanned with CamScanner



solidariamente, respondendo pelos compromissos assumidos, não só as partes, mas também, seus herdeiros, sucessores ou beneficiários a qualquer título, ficando o Juiz da jurisdição competente, autorizado a Reter os honorários nos termos do presente contrato, na hipótese do contratante revogar os poderes outorgados neste instrumento, prolatando, podendo sua retenção ser requerida nos autos para posterior liquidação. Os Contratantes reconhecem o presente contrato como título executivo extrajudicial.

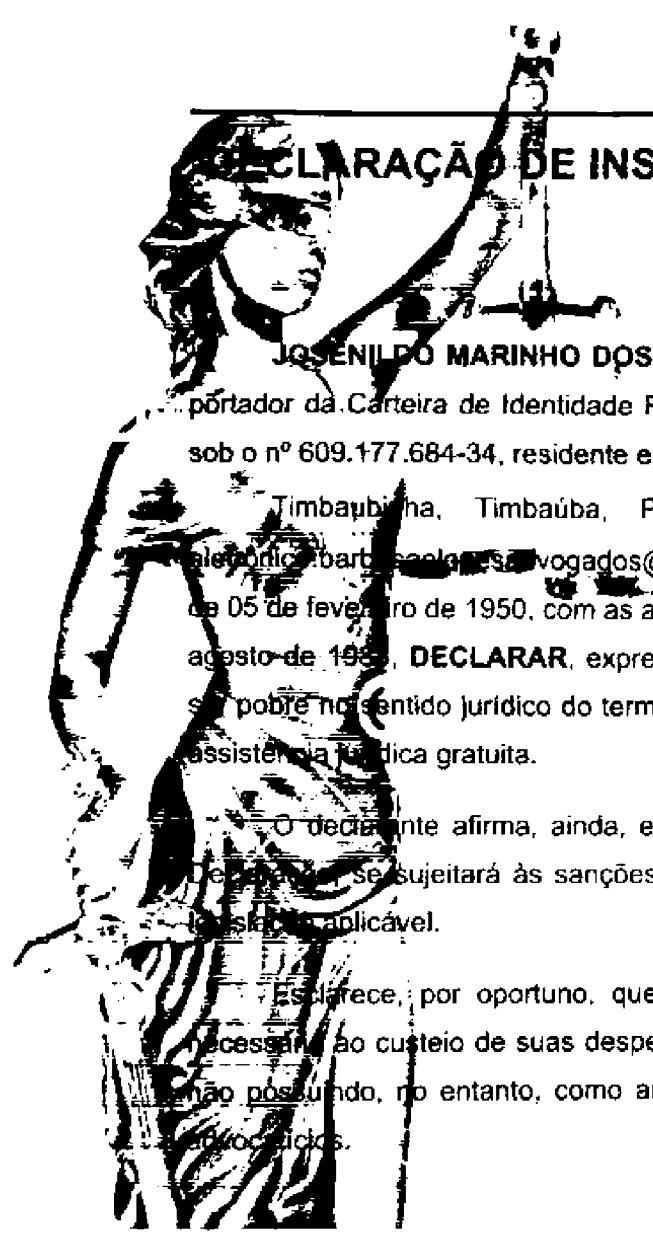
Timbaúba (PE), 7/26/2019.

Josenildo Marinho dos Santos
JOSENILDO MARINHO DOS SANTOS

Rua Rio Bonito, nº 340, Centro – Timbaúba/PE

Scanned with CamScanner





DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

JOSENILDO MARINHO DOS SANTOS, brasileiro, casado, desempregado, portador da Carteira de Identidade RG nº 3.319.486/SSP-PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 609.177.684-34, residente e domiciliado na Rua Alfredo Cândido, nº 6-A, Timbaúba, Timbaúba, Pernambuco, CEP: 55.870-000, endereço eletrônico: barbosaesilvaadvogados@gmail.com, vem com arrimo na Lei nº 1.060, de 05 de fevereiro de 1950, com as alterações constantes na Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1966, **DECLARAR**, expressamente, seu estado de pobreza, afirmando ser pobre no sentido jurídico do termo, para os fins de obtenção dos benefícios da assistência jurídica gratuita.

O declarante afirma, ainda, estar ciente de que, em caso de falsidade da declaração, se sujeitará às sanções civis, administrativas e criminais prevista na legislação aplicável.

Estipula, por oportuno, que sua renda mensal constitui o estritamente necessário ao custeio de suas despesas ordinárias e de seus encargos familiares, não possuindo, no entanto, como arcar com as custas processuais e honorários advocatícios.

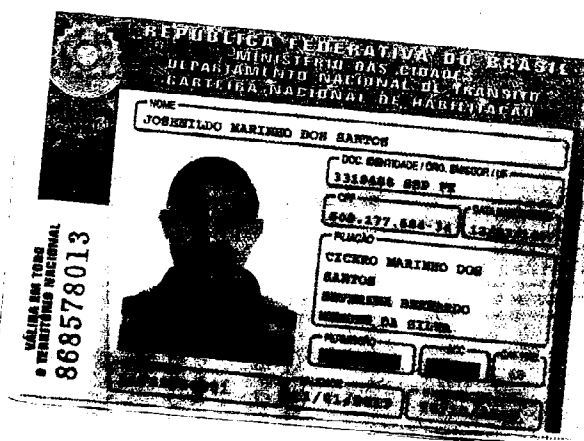
Timbaúba (PE), 7/26/2019.

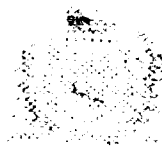

JOSENILDO MARINHO DOS SANTOS

Rua Rio Bonito, nº 340. Centro – Timbaúba/PE

Scanned with CamScanner







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DA 44ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAÚDA - DEPARTAMENTO DE INTERMEDIARIEDADE
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 375013607BARRA

Evento registrado nesta unidade policial no dia 05/04/2017 às 17:10

HEMORRAGIA TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que ocorreu no dia 04/04/2017 no município de Timbaúda

**LOCAL DO FATO: MUNICIPIO DE TIMBAÚDA, 1ª ZONA - CENTRO -
RUA DA PERMANEÇUOCRAZIL - Ponto de encontro, PROXIMO A OSMAN
VIA PUBLICA**

1. Descrição da ocorrência:

Em 04/04/2017, às 17:10, o Sr. Alex Lins Santos Silva, 34 anos, brasileiro, branco, solteiro, residente em Timbaúda, PE, informou que em 04/04/2017, às 17:10, ocorreu uma hemorragia transitória com vítima não fatal, no ponto de encontro, próximo à Osmar, via pública, no município de Timbaúda.

2. Descrição da ocorrência:

Em 04/04/2017, às 17:10, o Sr. Alex Lins Santos Silva, 34 anos, brasileiro, branco, solteiro, residente em Timbaúda, PE, informou que em 04/04/2017, às 17:10, ocorreu uma hemorragia transitória com vítima não fatal, no ponto de encontro, próximo à Osmar, via pública, no município de Timbaúda.

3. Descrição da ocorrência:

Em 04/04/2017, às 17:10, o Sr. Alex Lins Santos Silva, 34 anos, brasileiro, branco, solteiro, residente em Timbaúda, PE, informou que em 04/04/2017, às 17:10, ocorreu uma hemorragia transitória com vítima não fatal, no ponto de encontro, próximo à Osmar, via pública, no município de Timbaúda.

Em 04/04/2017, às 17:10, o Sr. Alex Lins Santos Silva, 34 anos, brasileiro, branco, solteiro, residente em Timbaúda, PE, informou que em 04/04/2017, às 17:10, ocorreu uma hemorragia transitória com vítima não fatal, no ponto de encontro, próximo à Osmar, via pública, no município de Timbaúda.

Em 04/04/2017, às 17:10, o Sr. Alex Lins Santos Silva, 34 anos, brasileiro, branco, solteiro, residente em Timbaúda, PE, informou que em 04/04/2017, às 17:10, ocorreu uma hemorragia transitória com vítima não fatal, no ponto de encontro, próximo à Osmar, via pública, no município de Timbaúda.

Em 04/04/2017, às 17:10, o Sr. Alex Lins Santos Silva, 34 anos, brasileiro, branco, solteiro, residente em Timbaúda, PE, informou que em 04/04/2017, às 17:10, ocorreu uma hemorragia transitória com vítima não fatal, no ponto de encontro, próximo à Osmar, via pública, no município de Timbaúda.

4. Descrição da ocorrência:

Em 04/04/2017, às 17:10, o Sr. Alex Lins Santos Silva, 34 anos, brasileiro, branco, solteiro, residente em Timbaúda, PE, informou que em 04/04/2017, às 17:10, ocorreu uma hemorragia transitória com vítima não fatal, no ponto de encontro, próximo à Osmar, via pública, no município de Timbaúda.

Em 04/04/2017, às 17:10, o Sr. Alex Lins Santos Silva, 34 anos, brasileiro, branco, solteiro, residente em Timbaúda, PE, informou que em 04/04/2017, às 17:10, ocorreu uma hemorragia transitória com vítima não fatal, no ponto de encontro, próximo à Osmar, via pública, no município de Timbaúda.

5. Descrição da ocorrência:

Em 04/04/2017, às 17:10, o Sr. Alex Lins Santos Silva, 34 anos, brasileiro, branco, solteiro, residente em Timbaúda, PE, informou que em 04/04/2017, às 17:10, ocorreu uma hemorragia transitória com vítima não fatal, no ponto de encontro, próximo à Osmar, via pública, no município de Timbaúda.



Assinado eletronicamente por: GHUSTAVO DYEGO JOSE FERREIRA LOPES - 26/07/2019 18:33:54

Assinado eletronicamente por: GHUSTAVO DYEGO JOSE FERREIRA LOPES - 26/07/2019 18:33:54

Assinado eletronicamente por: GHUSTAVO DYEGO JOSE FERREIRA LOPES - 26/07/2019 18:33:54

Assinado eletronicamente por: GHUSTAVO DYEGO JOSE FERREIRA LOPES - 26/07/2019 18:33:54

Assinado eletronicamente por: GHUSTAVO DYEGO JOSE FERREIRA LOPES - 26/07/2019 18:33:54





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2019062578336C

Escritório: TIMBAUBA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

JOSENILDO MARINHO DOS SANTOS

R ALFREDO CANDIDO, N. 00006 - A - TIMBAUBINHA TIMBAUBA PE 55870-000

INSCRIÇÃO: 153.160.505.0192.000

GRUPO: 14

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 02578336.0

02578336.0

06/2019-5

LIGADO	POTENCIAL	1		
A10B317006	08/06/2019	09/07/2019	MEDIA HD /	
ÁGUA		ESGOTO		
LEIT. ANT.: 29	CONSUMO: 5	LEIT. ANT.:	VOLUME: 0	
LEIT. ATUAL: 39	TAXA MINIMA	LEIT. ATUAL:		
LEIT. FAT.: 39	ANORMALIDADE DE LEITURA	LEIT. FAT.:		
HISTÓRICO DE CONSUMO				
REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	NÚMEROS DE AMOSTRAS
05/2019 5/	A E			ANÁLISES REALIZADAS
04/2019 2/	A E	TURBIDEZ	48	47
03/2019 6/	A E	COR APARENTE	48	47
02/2019 6/	A E	COLORO RESIDUAL	48	48
01/2019 6/	A E	COLIFORMES TOTAIS	48	48
12/2018 2/	A E	E.Coli	48	48
MEDIA 4/ 0	A E	OBSERVAÇÕES:		
		(1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.		
		(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO		
		INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.		
		(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO		
		VISUAL DA ÁGUA.		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

MULTA P/IMPONTUALIDADE

JUROS DE MORA

05/2019

03/2019 02/2019

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

5 M3

41,30

0,82

2,04

PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

20/07/2019

44,16

IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 2 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 84.34. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA- TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 26/07/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação e Prestação de Serviços

Reguladora de Serviços Públicos de Pernambuco

02578336.0

06/2019-5

20/07/2019

44,16

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

828000000000-1 44160018153-0 02578336001-6 06201950003-3



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: GHUSTAVO DYEGO JOSE FERREIRA LOPES - 26/07/2019 18:33:54
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072618335416900000047649223
Número do documento: 19072618335416900000047649223

Num. 48391394 - Pág. 1

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GHUSTAVO DYEGO JOSE FERREIRA LOPES,

RG nº 33.111.412, data de expedição / / , Órgão ,

CPF nº 02.119.432-34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro: GHUSTAVO DYEGO JOSE FERREIRA LOPES

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. Brasil, 1.234</u>
Número	<u>567</u>
Apto / Complemento	<u> </u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>51010-000</u>
Telefone de Contato	<u>(71) 3333-4444</u>
E-mail	<u>ghustavo@exemplo.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 26/07/2019

Assinatura do Declarante: _____



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2017

Carta nº: 10866766

A/C: JOSENILDO MARINHO DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170214175 ASL-0147919/17
Vítima: JOSENILDO MARINHO DOS SANTOS
Data Acidente: 29/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RENAN MARCOS MARINHO BARBOSA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01483/01484 - carta_01



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, GHUSTAVO DYEGO JOSE FERREIRA LOPES, portador da carteira de identidade nº 38.310.575-3 e inscrito no CPF/MF sob o nº 030.934.070-00, residente e domiciliado na Rua Manoel de Araújo, nº 100, Jd. Santa Helena, São Paulo/SP, Cidade São Paulo/SP, Estado SP, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

São Paulo, 26 de julho de 2019.

Local e data



DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ENFERMAGEM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOÃO COUTINHO

Nome:	JOSEILDO MARINHO DOS SANTOS	Nº registro:	31459
Sexo:	M	Estado:	Mato Grosso
CPF:	12.082.667-19	Endereço:	Av. 14 de Julho, 204 - JARDIM LUIZ - CUIABÁ - MT - CEP: 13.040-000
Telefone:	65 3641.9111	E-mail:	jozeildo@brasil.com.br
Assinatura:	19/01/2017 - 17:35		

ATTAGNARE / QUINCA PRINCIPAL:[illegible][illegible]

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

Resultados de Exames:

Conduta / Evolução do paciente:

Dr. AMANDA CRUZ DE LOPEZ
CHICAGO, ILL.



DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ENFERMAGEM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOÃO COUTINHO

Nome:	JOSEILDO MARINHO DOS SANTOS	Nº registro:	31459
Sexo:	M	Estado:	Mato Grosso
CPF:	12/03767-1	Endereço:	Av. 14 de Julho, 204 - JARDIM LUIZ - CUIABÁ - MT - CEP: 13010-000
Telefone:	16/33311-1		
E-mail:	jozeildo@terra.com.br		
Assinatura:			

ATTAGNARE / QUINCA PRINCIPAL:[illegible][illegible]

HIPÓTESIS- DIAGNÓSTICA

Resultados de Exames:

Conduta / Evolução do paciente:

Dr. AMANDA CRUZ DE LOPEZ
CHM 499b



HGV - Hospital Getúlio Vargas



041423

Prontuário

Atendimento: 397067

CNS: 704103126147379

Paciente JOSENILDO MARINHO DOS SANTOS

Nascimento: 12/03/1967 Idade: 49 Anos Sexo: MASCULINO

Mãe: SEVERINA BERNARDO MENDES DA SILVA CPF: 9116-7122

End: RUA ALFREDO CANDIDO, Nº 6 - CENTRO

TIMBAUBA - PE - Cep: 55670000

Fone: 612 PLANTONISTA HGV Data: 29/01/2017 Hs: 22:37 Usuário: EDILENEB

NOME DA UNIDADE:

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

CGC Nº:

572.043/0005-51

(03 vias)

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

CARTÃO SUB:

SENHA:

NOME DO PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

Nº DO REGISTRO:

NOME DA MÃE:

ENDEREÇO:

Nº:

BLOCO:

APT:

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

EXAME FÍSICO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

CARACTER DA INTERNAÇÃO

DATA:

DATA:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 03/02/2017 12:21

Atendimento: 239774 Entrada: 31/01/2017 Hora: 14:09
Acomodação: LEITO DIA 14
Plano: SUS - ELETIVOS
Responsável:
Médico: MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO

Enfermaria: LEITO DIA
Permanência: 2 Dia(s) 22 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 704103126147379

Paciente: 71504 JOSENILO MARINHO DOS SANTOS
Nascimento: 12/03/1967 (49 Anos e 10 Meses)
Endereço: RUA ALFREDO CANDIDO
Bairro: TIMBAUBINHÁ C.E.P.: 55870-000
Cidade: 2615300 TIMBAUBA
Pai: CICERO MARINHO DOS SANTOS
Mãe: SEVERINA BERNARDO MENDES DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 60917768434
Identidade: 3319488 - SDS - PE
Telefone: /991167122
G. Instrução:
Ocupação: SAPATEIRO
Naturalidade: TIMBAUBA

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO CRM 17874)

Queixa do paciente:

ENCAMINHADO DO HGV COM DOR + DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO

Exame físico:

RX: FRAT DE RÁDIO DISTAL DIREITO

Hipótese diagnóstica:

FRAT DE RÁDIO DISTAL DIREITO

Prescrição/Conduta:

Horario/Checagem

01 - **INTERNAÇÃO**

02 -

03 -

04 -

Reavaliação:

Hospital Memorial Armindo Moura
Rua 145
Serviço de Arquivo e Estatística
Fone: (81) 3333-1133
Av. Cleto Campelo, 500 - São Paulo-PE





Armindo Moura

Nome: JOSENILDO MARINHO DOS SANTOS (71504)

Nº de Admissão: 241892

Data Nascimento: 12/03/1967

49 Anos e 11 Meses

SEXO: M

PAINEL:

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data da Admissão: 23/02/2017

Serviço: 000 - Pronto Atendimento

Hora da Admissão:

SENHA DE ENCAMINHAMENTO:

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, JOSENILDO MARINHO DOS SANTOS é portador do diagnóstico:
<FRATURA PUNHO DIR>.

CID: <<S62>>

Permaneceu internado do dia 31/01/2017 a 03/02/2017, sendo submetido a tratamento ortopédico em 03/02/2017.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial.

Moreno, 03/02/2017.

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA CREMEPE: 17606

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 23/02/2017 as 08:45

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM: 17606





Armindo Moura

Nome: JOSENILDO MARINHO DOS SANTOS (71504)

Nº de Admissão: 241892

Data Nascimento: 12/03/1967

49 Anos e 11 Meses

SEXO: M

PAINEL:

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data da Admissão: 23/02/2017

Serviço:

000 - Pronto Atendimento

Hora da Admissão:

SENHA DE ENCAMINHAMENTO:

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, JOSENILDO MARINHO DOS SANTOS é portador do diagnóstico:
<FRATURA PUNHO DIR>.

CID: <<S62>>

Permaneceu internado do dia 31/01/2017 a 03/02/2017, sendo submetido a tratamento ortopédico em 03/02/2017.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial.

Moreno, 03/02/2017.

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA CREMEPE: 17606

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 23/02/2017 as 08:45

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM: 17606





Armino Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: J

JOAQUIM DOS SANTOS (71504)

Admissão: 239774

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Farmácia:

Leito: LEITO 01

Unidade:

013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: 860

Cirurgia:

01

Admissão:

sendo submetido a tratamento ortopédico em 02/02/2017.

TPAT:

FRATURA DE FRATURA PUNHO

MÉ:

Dr.:

FERNANDES VIEIRA

OR:

1 -

Dia:

1 - 01 COMPRESSO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7

2 -

2 - 02 COMPRESSO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;

3 -

DIÁRIOS;

4 -

07 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO.

Ref:

Data:

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA
CRM: 17606

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM: 17606





Armino Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: J

JOAQUIM DOS SANTOS (71504)

Admissão: 239774

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Farmácia:

Leito: LEITO 01

Unidade:

013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: 600

URTI

1

Adm.

sendo submetido a tratamento ortopédico em 02/02/2017.

TPAT

DO DE FRATURA PUNHO

MÉ

Dr.

FERNANDES VIEIRA

OR

1 -

Dia

1 - 01 COMPRESSO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7

2 -

2 - 02 COMPRESSO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;

3 -

DIÁRIOS;

4 -

07 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO.

Ref

Data:

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA
CRM: 17606

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM: 17606





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JOSENILDO MARINHO DOS SANTOS (71504)

Admissão: 239774

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RECEITA

USO ORAL

01 - CEFALOXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, DE 6/6h, POR 07 DIAS

02 - MELOXICAM 7,5MG ----- 10 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, DE 12/12h, POR 05 DIAS

02/02/2017

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 02/02/2017 às 13:34

Dr. ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA
CRM: 17606

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM: 17606





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JOSENILDO MARINHO DOS SANTOS (71504)

Admissão: 239774

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RECEITA

USO ORAL

01 - CEFALOXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, DE 6/6h, POR 07 DIAS

02 - MELOXICAM 7,5MG ----- 10 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, DE 12/12h, POR 05 DIAS

02/02/2017

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 02/02/2017 às 13:34

Dr. ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA
CRM: 17606

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM: 17606





Armindo Moura

Nome: JOSENILDO MARINHO DOS SANTOS (71504)

Nº de Admissão: 241892

Data Nascimento: 12/03/1967

49 Anos e 11 Meses

SEXO: M

PAINEL:

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data da Admissão: 23/02/2017

Serviço:

000 - Pronto Atendimento

Hora da Admissão:

SENHA DE ENCAMINHAMENTO:

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, JOSENILDO MARINHO DOS SANTOS é portador do diagnóstico:
<FRATURA PUNHO DIR>.

CID: <<S62>>

Permaneceu internado do dia 31/01/2017 a 03/02/2017, sendo submetido a tratamento ortopédico em 03/02/2017.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial.

Moreno, 03/02/2017.

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA CREMEPE: 17606

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 23/02/2017 as 08:45

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM: 17606





Armindo Moura

Nome: JOSENILDO MARINHO DOS SANTOS (71504)

Nº de Admissão: 241892

Data Nascimento: 12/03/1967

49 Anos e 11 Meses

SEXO: M

PAINEL:

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data da Admissão: 23/02/2017

Serviço:

000 - Pronto Atendimento

Hora da Admissão:

SENHA DE ENCAMINHAMENTO:

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, JOSENILDO MARINHO DOS SANTOS é portador do diagnóstico:
<FRATURA PUNHO DIR>.

CID: <<S62>>

Permaneceu internado do dia 31/01/2017 a 03/02/2017, sendo submetido a tratamento ortopédico em 03/02/2017.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial.

Moreno, 03/02/2017.

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA CREMEPE: 17606

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 23/02/2017 as 08:45

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM: 17606



CONTRAN

DENATRAN

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO DE INTERVENIENTOS DE VEÍCULO

Nº 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

ALICATADO: 013099397546

PLACA: 013099397546

COMUNICADO: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

TRANSPORTADOR: 013099397546

PE Nº 013099397546

BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradaplatider.com.br

SAC DPVAT 0300 022 1204

EXERCÍCIO: 2017

PLACA: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

SEGURO LIDER - DPVAT

GRUPO 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

VEÍCULO: 013099397546

CONTRAN		DENATRAN	
DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO DE INTERVENIÊNCIA DE VEÍCULO Nº 013099397546			
DATA DE EMISSÃO: 26/07/2019 VALOR DO VEÍCULO: R\$ 1.000.000,00 VALOR DO SEGURO: R\$ 1.000.000,00		DATA DE VENCIMENTO: 26/07/2020 VALOR DO SEGURO: R\$ 1.000.000,00 VALOR DO SEGURO: R\$ 1.000.000,00	
MARCA: FORD MODELO: FORD ANO: 2019 COR: VERMELHA PLACA: ABC-123		MARCA: FORD MODELO: FORD ANO: 2019 COR: VERMELHA PLACA: ABC-123	
PREÇO DO SEGURO: R\$ 1.000.000,00 VALOR DO SEGURO: R\$ 1.000.000,00 VALOR DO SEGURO: R\$ 1.000.000,00		PREÇO DO SEGURO: R\$ 1.000.000,00 VALOR DO SEGURO: R\$ 1.000.000,00 VALOR DO SEGURO: R\$ 1.000.000,00	

TRANSPORTADORAS OLIMPIO - SEGURO DPVAT	
PE Nº 013099397546 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradadepvater.com.br SAG DPVAT 6300 022 1204	
DATA DE EMISSÃO: 26/07/2019 VALOR DO SEGURO: R\$ 1.000.000,00 VALOR DO SEGURO: R\$ 1.000.000,00	
MARCA: FORD MODELO: FORD ANO: 2019 COR: VERMELHA PLACA: ABC-123	
PREÇO DO SEGURO: R\$ 1.000.000,00 VALOR DO SEGURO: R\$ 1.000.000,00 VALOR DO SEGURO: R\$ 1.000.000,00	

CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES			
DETTRAN RJ Nº 01265106706 1955430004 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO		1036906706 *****	
JOSEILDO MARCHELO DOS SANTOS RUA ALFREDO CANDIDO TUNES A 06 CASA A BEMERES CINBAUBA-ES 35011-01			
609 177-684-34 RENOVADO			
SEFRAMOTO LTDA			
DE CANAL ***** 502022006R072007		CLASS	
EAS 820000000000		ALC	
RENOVADO 160 DIA 1997		2019	
2016/10/01		RENOVADO 1997	
2016/10/01		RENOVADO 1997	
AL. FIE. ADM. COM. MAC. HONOR. 1997			
PIREAUSA-R			
Charles Roberto Sousa Rios Divisão de Registro de Veículos			

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2017

Carta nº: 11043454

A/C: JOSENILDO MARINHO DOS SANTOS

Sinistro: 3170214175 ASL-0147919/17
Vítima: JOSENILDO MARINHO DOS SANTOS
Data Acidente: 29/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RENAN MARCOS MARINHO BARBOSA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSENILDO MARINHO DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000001877-5

Conta: 000002920224-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01613/01614 - carta_15R



00010807



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2017

Carta nº: 11365390

A/C: JOSENILDO MARINHO DOS SANTOS

Sinistro: 3170214175 ASL-0147919/17
Vítima: JOSENILDO MARINHO DOS SANTOS
Data Acidente: 29/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RENAN MARCOS MARINHO BARBOSA

Ref.: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Prezado(a) Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência do acidente sofrido.

Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00371/00372 - carta_09



00050186

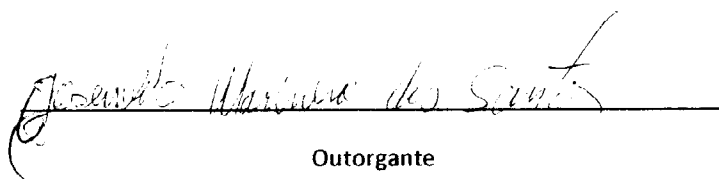


INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: _____
nacionalidade _____ estado civil _____ profissão _____
portador (a) da cédula de identidade RG nº _____
inscrito no CPF sob o nº _____ residente à rua _____
nº _____ bairro _____
cidade _____ estado _____ CEP _____
nomeia e constitui seu procurador o senhor: **RENAN MARCOS MARINHO BARBOSA**, brasileiro, solteiro, Acadêmico em Direito, portador da cédula de identidade RG nº 8.298.537 – SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 089.160.924-50, com endereço profissional à Av. Nilo Peçanha, nº 240-A, centro, CEP 55870-000 - Timbaúba – PE.

PODERES: Específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documento junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal e Estadual, Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Pagamento do Sinistro DPVAT, transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto às seguradoras do Seguro DPVAT, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez Permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares.

Local e data: _____/_____/_____



Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Av. Nilo Peçanha, nº 240 – A, Centro - Timbaúba - CEP 55870-000 – PE.
Fone: (81) 99746-7503/99315-6329 - E-mail: assessoria_mc@hotmail.com
Facebook: [facebook.com/assessoriamc](https://www.facebook.com/assessoriamc)
CNPJ: 23.334.419/0001-85