

-

QUESITOS

-

1. O(a) periciando(a) foi devidamente identificado(a) mediante documento oficial com foto(RG,CPF, passaporte, etc) e submetido a exame clínico completo?
2. O periciando é portador de doença ou sequela causada por acidente automobilístico? Quais?
3. Pela sequela tem como aferir a data aproximada da lesão?
4. A sequela causou deformidade, debilidade ou incapacidade para o periciando?
5. A patologia o impede para o exercício de sua atividade laborativa habitual, ou apresenta sequelas que dificulte o desempenho de suas atividades laborais? Como?
6. A patologia ou sequelas apresentadas pelo periciando o incapacita para outras atividades laborativas diferentes da sua habitual?
7. Em caso da verificação de incapacidade apenas durante a ocorrência de crises dolorosas, é possível estipular o prazo de duração das referidas crises?
8. A incapacidade é total ou parcial?
9. A incapacidade é temporária ou permanente?
10. Qual o grau de incapacidade, debilidade ou deformidade que acomete o autor?
11. Os males alegados na inicial têm origem acidentária, em decorrência do acidente automobilístico sofrido? Explicar.
12. Qual(s) o(s) exame(s) realizado(s) para se chegar a conclusão acima?
13. Preste o Sr. Perito outras informações que considerar úteis ao esclarecimento da demanda, bem como aponte todas as sequelas decorrentes do acidente automobilístico sofrido.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: JOSE DA SILVA VILAS NOVA FILHO

Prontuário: 289168

Data: 18/12/16

Hora: 18:37

DIAGNÓSTICO:

FRACTURA DA CERVICA C5/C6

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

- Monitorar sinais vitais conforme DRE

- Realizar fisioterapia com gelo e pomada 3 vezes ao dia

TRATAMENTO REALIZADO:

Orientações

Atenção de enfermagem

Analgesia

Monitorar sinais vitais e bem-estar

Alta Hospitalar: Data: 18/12/16

Hora: 18:37

130214

7/1

Assinado eletronicamente

Ass. do Médico e CRM
Carimbo





DR. ALEXANDRE REGO
ORTOPEDIA
CIRURGIA DO JOELHO

ATESTADO MÉDICO

ATESTO para os devidos fins que o Sr. (a)

João da Silva

para

necessita de

15 dias de

dias de licença, por

motivo de doença a partir de

12/01/2017

Caruaru 15 de Jan de 2017

Dr. Alexandre Rego
Ortopedista
CREMEPE 6308
TEOT 5888

RUA IBICUI, 15 - MAURÍCIO DE NASSAU - CEP: 55.014-110 - CARUARU - PE - FONE: (81) 3721-7307
(AO LADO DA CASA DE SAÚDE SANTA EFIGÊNIA)





ATESTADO MÉDICO

ATESTO para os devidos fins que o Sr. (a) João Marcos
de Almeida
necessita de 15 dias dias de licença, por
motivo de doença a partir de 02/04/2017 GRN-5424

Caruaru 02 de maio 2017

Dr. Alexandre Rego
Ortopedista
CRM/PE-6360
TEO 7.588

RUA IBICUI, 15 - MAURÍCIO DE NASSAU - CEP: 55.014-110 - CARUARU - PE - FONE: (81) 3721-7307
(AO LADO DA CASA DE SAÚDE SANTA EPIFÂNIA)



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

- ATESTADO MÉDICO -

ATESTO que o Segurado JOSE DA SILVA VIEIRA NEVES
FILHO portador da Carteira Profissional nº _____
_____, série _____, necessita de 15 (QUINZE)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de
doença. CID-10: S42.1

HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO 21/2/16
Hospital ou Ambulatório Localidade e Data



ASS. do Médico - CRM Nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas
no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de
14.03.67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de
afastamento do trabalho.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Clínica:

Registro Nº:

Enfermaria:

trans 100g
dayle

Data

18.12.16

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Eielda Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
CNPJ Nº 10.572.048/0014-42
BR. 232, Km 130 - Indianópolis - Caruaru - PE - CEP 55.000-000
Fone: (81) 3701-1506 (ambulatório) ou (81) 3719-9400

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: _____
CRM Nº _____ UF: _____
Endereço Completo: _____
Telefone: _____ Cidade: _____ UF: _____

Paciente: JOSE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Endereço: _____

Prescrição: TV USO ON-14

Clonidina 10 mg/ml 02xs
foram o comprimido
6 Hrs em caso de dor

Data: 18/12/16

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo _____
Ident: _____ Org. Emissor _____
End. Completo _____
Telefone _____
Cidade _____ UF _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: ____/____/____



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome: Elida Monteiro de Souza
Filho

Registro Nº: 283168

Clínica:

Enfermaria:

Dr. Elida Monteiro de Souza
18/12/16
1º Lugar
2º Concurso 89

Data

18/12/16

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89





CNPJ: 01.860.281/0001-15
IE: 0339556-11
19/12/2016 11:14:37 CCF 273256 CDD: 339045

COPOM FISCAL			
ITEM	CODIGO DESCRICAO QTD UN V	UNIT(R\$)	ST VL ITEM(R\$)
001	07898837025102 HUSAN	CAF 10+60MG CX	15,00
desconto		-2,47	23,38
002	07896112121145 CLORIDATO DE TRAMADOL	50MG C	20,90
desconto		-1,38	11,52
003	07896112121145 CLORIDATO DE TRAMADOL	50MG C	12,90
desconto		-1,38	11,52
004	07898075315357 ANTISSEPITICO ONE FARMA	SOL TO	7,90
desconto		-0,85	7,05
TOTAL R\$			51,00
DINHEIRO			51,00

MD5: 1B65A85CF8E0A566F31D12504DEAC412 51,00
PV00000385473
Trib aprox R\$6,86 Fed e 0,00 Est e 0,00 Mun Font
e: IBPT 9013aC
VOCE ECONOMIZOU.....: R\$ 6,08
Balc: 16 N. Controle: 1069: 79
AGRADECEMOS A PREFERENCIA
FARMACIA MAIS SAUDE - 81.7441873
ABRENSIL R\$ML659X DALZDVB 7318JOLE DAEF184019KX
BERMATECH MP-4000 TH FIC I-IF
VERSAO:01.00.02 ECF:002 L:0001
00000000001RU00E/ 19/12/ 016 11:14:44
FAB:BF091310100011277486

張





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 095ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTINHO - DP95ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0185000625

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/12/2016 às 15:46

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 18/12/2016 às 14:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE ALTINHO, 1, RODOVIA PE-145 - Bairro: ZONA RURAL -
ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HÁ (AUTOR) AGENTE)
GIVALDO JOAQUIM DA SILVA (TESTEMUNHA)
VALDERIO VIEIRA DE LIMA (TESTEMUNHA)
JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSUE DA SILVA
VILA NOVA FILHO

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

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Pai:
JOSUE DA SILVA VILA NOVA Data de Nascimento: 5/5/1981 Naturalidade: JOAQUIM GOMES / ALAGOAS / BRASIL Documentos:
6192757/SSP/PE (RG), 966862720 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: MOTORISTA
Telefones Celulares:
- 995357648

Residencial: RUA CASSIMIRO FRANCISCO DOS SANTOS Nº16, CENTRO, AGRESTINA-P - AGRESTINA/PERNAMBUCO
/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE AGRESTINA, 16 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

GIVALDO JOAQUIM DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA JOAO GUILHERME (PREFEITURA), 420 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO
/BRASIL

VALDERIO VIEIRA DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA JOAO DE DEUS (TERMINAL RODOVIARIO), 420 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO -
AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL

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



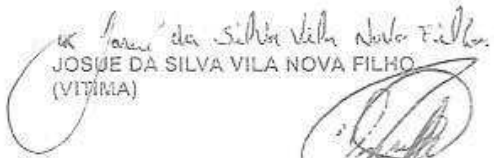
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CBX250 TWISTER Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: KIY9200 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 791084620 Chassi: 9C24WC35000268
Ano Fabricação/Modelo: 2002/2003 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA QUE NA DATA ACIMA CITADA ESTAVA GUIANDO SUA MOTOCICLETA E AO CHEGAR NO ENDEREÇO MENCIONADO PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR AO SOLO TENDO FERIMENTOS COMO ESCORIAÇÕES PELO CORPO, E UMA FRATURA NA ESCAPULA ESQUERDA, O MESMO FOI SOCORRIDO POR UM POPULAR CONHECIDO POR DANIEL QUE ALI PASSAVA ATÉ O HOSPITAL NA CIDADE DE AGRESTINA-PE E DE LÁ O MESMO FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL DA UPA NA CIDADE DE CARUARU-PE E DE LÁ FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE TAMBÉM NA CIDADE DE CARUARU-PE, E DE LÁ FOI ATÉ O HOSPITAL DA SANTA EFIGENIA FAZER UMA TOMOGRAFIA E DE LÁ RETORNOU AO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, ONDE FOI EFETUADO O RESTANTE DO ATENDIMENTO MEDICO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENCERRO O PRESENTE B.O.E.

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


JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO
(VITIMA)

B.O. registrado por: OSVALDO MARTINS DE BARROS - Matrícula: 134871-0



26/12/20



MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETANH - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013226329706

1 991004620 2017

JOSE DA SILVA ALBA NOVA FILHO

CARUARU-PE

021.511.424-39

KL19200

PLACA/MT/UF

9C2HC36002R000268

VAB /MOTOCICLETA

GABOLINA

HONDA/CBX 250 TWISTER

2002 2003

2B/249CL

CATEGORIA

CON PRECATORIO

1 IRVA 2017 QUITADO

1º VENCIMENTO

2º VENCIMENTO

2º VENCIMENTO

3º VENCIMENTO

3º VENCIMENTO

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

16/06/17

16/06/17

ATIVIDADES DE VEICULOS - DO PONTA DA CARUA - A

PE Nº 013226329706 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE DA SILVA ALBA NOVA FILHO

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CARUARU-PE

021.511.424-39

KL19200

PLACA/MT/UF

9C2HC36002R000268

VAB /MOTOCICLETA

GABOLINA

HONDA/CBX 250 TWISTER

2002 2003

2B/249CL

CATEGORIA

CON PRECATORIO

1 IRVA 2017 QUITADO

1º VENCIMENTO

2º VENCIMENTO

2º VENCIMENTO

3º VENCIMENTO

3º VENCIMENTO

SEM RESERVA

SEM RESERVA

16/06/17

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**VALORES PARA TROCA
 O TÍTULO NACIONAL
 966862720**

**PRÓXIMO PLASTIFICAR
 966862720**

NOME
 JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 6192757 SSP PE

CPF
 037.571.424-38

DATA NASCIMENTO
 05/05/1981

FILIAÇÃO
 JOSUE DA SILVA VILA NOVA
 JOSEFA MARIA DA SILVA

PERMISSÃO
 ACC - CAT. HAB. 20

Nº REGISTRO
 03439062494

VALIDADE
 03/10/2015

HABILITAÇÃO
 29/11/2004

OBSERVAÇÕES
 sem observações

Josue da Silva Vila Nova Filho
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 CARUARU - PE

DATA EMISSÃO
 06/10/2014

Luiz Humberto
 ASSINATURA DO EMISSOR

42910588775
PE062176784

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José da Silva Vila Nova Filho, brasileiro,
solteiro, residente na 69-267 SSP/PE, CPF nº
077.531.821-25, domiciliado na Rua Cassutano
Ferreira dos Santos, nº 16, Centro, Aguarua - PE.

OUTORGADO: Kelly Jullianny Santos Ferreira, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE 30.588 e CPF nº 064.722.034-23, com escritório à Rua Marquês de Tamandaré, nº 123 - A, Centro, Caruaru/PE.

PODERES: Os das cláusulas "AD JUDICIA E EXTRA", podendo propor ações em favor do outorgante, acordar, discordar, transigir, e poderes especiais, para desistir, firmar compromisso, arrolar testemunhas, renunciar aos créditos que excederem ao teto permitido, levantar e receber alvarás em secretaria, bem como utilizar todos os meios legais para o cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecerem com ou sem reservas de poderes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Declaro, para fins de prova perante este juízo, que sou pobre e não tenho condições financeiras para arcar com despesas processuais, declaração esta que faço sob as penas da lei e sob minha responsabilidade, necessitando pois, do amparo da Justiça gratuita de conformidade com a Lei de nº 1.060 de 05 de abril de 1950.

RETENÇÃO DE HONORÁRIOS

Autorizo reter em nome da advogada, Kelly Jullianny Santos Ferreira, OAB/PE 30.588, o equivalente a 30% (trinta por cento) sobre quaisquer vantagens financeiras advindas com a presente demanda, seja através de acordo ou pagamento mediante execução; seja o pagamento por depósito judicial, em conta pessoal ou por cheque.

Caruaru, 15 de julho de 2016.
2019

X José da Silva Vila Nova

