

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

Outorgante: DJAILSON VIEIRA DE SOUZA, brasileiro, estado civil: casado, agricultor portador (a) do RG de nº 7.693.016 SDS/PE , inscrito (a) nº CPF Nº 070.232.734-41, residente e domiciliado no sítio jardim II , Nº 573 Bairro zona rural SOLIDÃO - PE.

Outorgada: ROSELANE MARIA BARBOSA DA SILVA, OAB/PE 26.467, com endereço profissional à Rua Demócrito de Souza Filho, nº 335, Sala 903, Madalena, Recife – PE, CEP 50610-120.

Poderes: “AD JUDICIA ET EXTRA”, a quem conferem amplos poderes para o foro em geral, para propositura de demandas judiciais e/ou administrativas visando os interesses do(a) outorgante, devendo ainda defendê-las nas contrárias, seguindo umas as outras, e, podendo para tanto, recorrer a qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, agindo em conjunto ou separadamente, podendo assinar, concordar, desistir, discordar, transigir, assinar recibos, dar quitação, receber alvarás, intimações e notificações, efetuar levantamento de depósitos judiciais na justiça competente, substabelecer com ou sem reservas de iguais, levantar valores existentes em contas judiciais, tudo para o fiel cumprimento deste mandato.

SOLIDÃO (PE) 23/12/2019



Outorgante

Rua Demócrito de Souza Filho nº 335, Emp. Green Tower, Sl. 903, Madalena, Recife – PE.
Fones: (81) 98504-4046/ 99789-0245. E-mail: roselane.barbosaadv@hotmail.com



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, **DJAILSON VIEIRA DE SOUZA**, brasileira, estado civil casado, agricultor, portador (a) do RG de nº 7.693.016 SDS/PE, e CPF 058.884.824-71 residente e domiciliado (a) no sítio santo Antônio Nº 524 Bairro: zona rural de SOLIDÃO – PE. Declara que não possui condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio, bem como o de sua família, razão pela qual fazem jus ao benefício da gratuidade da justiça, nos termos do art. 4º da Lei 1.060/50, com redação introduzida pela Lei 7.510/86. Declara, ainda, sob as penas da lei (sanções civis, administrativas e criminais), que não auferir rendimentos anuais que lhe obriguem a declarar renda, nos termos do art. 1º da Lei 7.115/83, **responsabilizando-se pela veracidade de tais declarações.**

SOLIDÃO (PE), 23/12/2019.

Djailson Vieira de Souza

Declarante





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 175ª CIRCUNSCRIÇÃO - SOLIDÃO - DP175ªCIRC
DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0265000093**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/07/2019** às **10:59**

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **1/7/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SOLIDÃO, 1, SÍTIO JARDIM DE SOLIDÃO-ZONA RURAL DE SOLIDÃO-PE** - Bairro: **CENTRO - SOLIDÃO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSE VIEIRA DE SOUSA (NOTICIANTE)
DJAILSON VIEIRA DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DJAILSON VIEIRA DE SOUZA

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

DJAILSON VIEIRA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GENOVEVA MARIA DE SOUZA** Pai: **JOSE VIEIRA DE SOUZA** Data de Nascimento: **10/6/1988** Naturalidade: **SOLIDÃO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8693016/SDS/PE (RG), 07023273441 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SOLIDÃO, 1, SÍTIO JARDIM DE SOLIDÃO-ZONA RURAL DE SOLIDÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SOLIDÃO/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE VIEIRA DE SOUSA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **QUTERIA JUSTINO DE SOUZA** Pai: **ANTONIO VIEIRA DE SOUZA** Data de Nascimento: **5/3/1947** Naturalidade: **SOLIDÃO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **51357070420 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SOLIDÃO, 1, SÍTIO JARDIM DE SOLIDÃO-ZONA RURAL DE SOLIDÃO-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SOLIDÃO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTO HONDA/CG 125 FAN KS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DJAILSON VIEIRA DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DJAILSON VIEIRA DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFJ1606** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **331021765** Chassi: **9C2JC4110BR722490**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

30/07/2019 11



COMPARECEU NESTA DELEGACIA O SENHOR JOSE VIEIRA DE SOUSA NOTICIANDO QUE NO DIA 01/07/2019 SEU FILHO TEVE UM ACIDENTE DE MOTO, QUE NÃO COLIDIU COM NENHUMA OUTRA PESSOAS MAS QUE DEVIDO A QUEDA O SEU FILHO VEIO A TER UMA FRATURA NO FÊMUR. PRIMEIRAMENTE FOI SOCORRIDO PRA O HOSPITAL DE AFOGADOS DA INGAZEIRA E EM SEGUIDA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL SÃO VICENTE EM SERRA TALHADA-PE. DJAILSON PASSOU POR UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO CONFORME O LAUDO DO HOSPITAL APRESENTADO . QUE ATÉ A PRESENTE DATA ENCONTRA-SE IMPOSSIBILITADO DE ANDAR. QUE A MOTO NÃO SOFREU GRANDES AVARIAS. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO

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

**JOSE VIEIRA DE SOUSA
(NOTICIANTE)**

B.O. registrado por: **José Higor Santos Firmino** - Matrícula: **3876284**



19/12/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

SINISTRO 3190658526 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DJAILSON VIEIRA DE SOUZA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA

EXCELSIOR DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO DJAILSON VIEIRA DE SOUZA

CPF/CNPJ: 07023273441

Posição em 19-12-2019 09:08:20

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/12/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo>

1/1



Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 30/01/2020 14:48:13

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013014481294500000056244461>

Número do documento: 20013014481294500000056244461

Num. 57180869 - Pág. 3

Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 30/01/2020 14:48:13

Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 30/01/2020 14:48:13

Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 30/01/2020 14:48:13





GOVERNO DO ESTADO
Pernambuco
JUNTOS, FAZEMOS MAIS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLIDÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA MARIA JESUINO DA SILVA
Encaminhamento Para Especialista



Unidade de Origem: UHEMS
Paciente: Dyailson Viana de Souza
Registro: 704.7087 6481 2937
Dados Clínicos: Paciente sofreu uma queda de muito pm
mobilidade na perna esquerda + calça.

Exames Complementares / Resultados:

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Adotada:

Justificativa do Encaminhamento: Não tem médico no plantão

Encaminhamento Para: HREGG

Data

Nome

CRM

Unidade de Especialista:

Exames Clínicos:

Exames Complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

Local: Na Unidade de Origem ☐
Na Unidade de Referência ☐
Outro Serviço ☐





Pernambuco



Registro: 15991 Nome: DJAILSON VIEIRA DE SOUZA Data de nasc.: 10/06/88
Médico solíc.: A HREC CRM: 2012

Data do atend.: 01/07/2019 Hora: 23:12

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

TRAUMA EM APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ . SEM OUTRAS QUEIXAS.
REFERE USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA OU VOMITOS

Exame Físico:

Resultados de Exames:

Conduta:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Óbito: Não

Dr. Leonardo A. Lins
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 23458

Dr. LEONARDO ARAUJO LINS
CRM: 23458



Encaminhamento Para Especialista

Unidade de Origem:

Paciente:

Registro:

Dados Clínicos:

Exames Complementares / Resultados:

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Adotada:

Justificativa do Encaminhamento:

Encaminhamento Para:

Data

Unidade de Especialista:

Exames Clínicos:

Exames Complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

Local: Na Unidade de Origem
Na Unidade de Referência
Outro Serviço

☐
☐
☐

Nome CRM

Data

Legrifica (87) 3917.1262



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

DJAILSON VIEIRA DE SOUZA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

00139416

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 4 7 0 8 7 6 4 8 1 2 9 3 7

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 / 06 / 1988

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

PARDO

11 - NOME DA MÃE

GENOVEVA MARIA DE SOUZA

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

8 7 8 8 6 1 2 9 1

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SÍTIO CALDERAO GRANDE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SOLIDAO

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2614402

18 - UF

PE

19 - CEP

5 6 7 9 5 0 0 0

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Posição autística, doid, de personalidade
desintegrada, com crises de birra, com
alta motricidade, hiperatividade, alar e
supressão de necessidades fisiológicas

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento psicológico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Alta Coeficiente de Inteligência

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Transtorno de personalidade

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CATÁLOGO AFILIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento psicológico

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050624

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Ivo Pereira de Andrada Melo

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03.07.19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Ivo Pereira de Andrada Melo
CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603

02

02

03.07.19 09.07.19

Medicina da Família e Comunidade

XI GÊNERO



Hospital São Vicente


Hospital São Vicente

Data Atend: 03/07/2019		Atendimento: 0018455		Quarto/leito: 202 / 3	
Paciente: 00139416 - DJAILSON VIEIRA DE SOUZA					
Data Nasc: 10/06/1988		Idade: 31 Anos		Sexo: Masculino	
Profissão: AGRICULTOR		Naturalidade: SOLIDAO		Estado Civil: Casado	
Nome Pai: JOSE VIEIRA DE SOUZA		Nome Mãe: GENOVEVA MARIA DE SOUZA			
Endereço: SÍTIO CALDERAO GRANDE, 0 CASA - ZONA RURAL - SOLIDAO - SP					
Telefones: () / () / (87) 8861.2918					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Transito () Acidente de Trabalho () Outros Acidentes ()					
Suicídio () Casual () Outros ()					
Nome Acompanhante:				Telefone de Contato: ()	
Endereço Acompanhante:					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FISICO: <i>Doença crônica H/D de deficiência renal crônica com S. de supotensão funcional cel M/D</i>					
Diagnostico Inicial: <i>Fret. Torax (D)</i>					
SADT:					
Diagnostico Final: <i>Fret. Torax (D)</i>					
Condição de Alta		Motivo de Alta			
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>		Descição Médica <input checked="" type="checkbox"/>			
Inalterado ()		Alta a Pedido ()			
Piorando ()		Transferencia ()			
Obito + 48h ()		Evasão ()			
Obito - 48h ()		Indisciplina ()			
Obito em ____/____/____		Data do Internamento: <i>3, 7, 19</i>			
Hora: _____		Data da Alta: <i>9, 7, 19</i>			
		Local: _____			
		<i>[Assinatura]</i>			
		Medico Responsavel			



 **DJAILSON VIEIRA DE SOUZA - M - 1988.06.10**

 **CR -**
2019.07.01 (-)

 **Serie 01 :**

DJAILSON VIEIRA DE SOUZA

2019.07.01

study

Serie 01

Image 0001

L=471


W=845

Z=1



 **DJAILSON VIEIRA DE SOUZA - M - 1988.06.10**

 **CR -**
2019.07.01 (-)

 **Serie 01 :**



 **DJAILSON VIEIRA DE SOUZA - M - 1988.06.10**

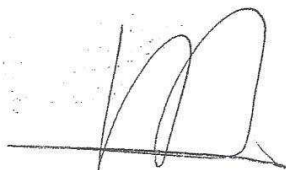
 **CR -**
2019.07.01 (-)

 **Serie 01 :**





Hospital São Vicente

Data Atend: 03/07/2019	Atendimento: 0018455	Quarto/leito: 202 / 3
Paciente: 00139416 - DJAILSON VIEIRA DE SOUZA		
Cirurgia Realizado: OSTEOSTOMIA FEMUR D		N. do Procedimento: 0408050 624
Data: 03/07/19	Início:	Término
Cirurgião: TEPPO A.		
1º Auxiliar: ANDRÉ B.		
2º Auxiliar:		
Anestesista: C/OLIS		
DESCRIÇÃO CIRURGICA:		
<ul style="list-style-type: none">① POSIÇÃO EM DDH② ASSERVA (ANTERIOR)③ POSIÇÃO EM VÍDEO ESTERIL④ INCISÃO LATERAL COXA⑤ ABERTURA POR PLANO⑥ REDUÇÃO FRATURA⑦ FIXAÇÃO C/ PLACA DC⑧ LAVO C/ SFO, 3x⑨ SUTURA + CURATIVO		
		 Assinatura do Cirurgião



você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.
Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se mete a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predis põem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangus compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 20672 Série 00059-PE



D Jailson Vieira de Souza

ASSINATURA DO PORTADOR



ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.

Maria Selenie Barros Oliveira Santos

Assinatura do Funcionário

Obs.:
 Data Emissão: 28/09/04
 DRT P M de Souza PE

Chegada ao Brasil em / /
 Exp. em / /
 Estado
 Doc. Ident. Nº
 ES I R A M T C E L I R U S

Doc. Nº
 Filiação
 Loc. Nasc.
 Data Est.
 Nome
 QUALIFICAÇÃO CIVIL



DEPENDENTES

[illegible][illegible]

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

.....CBO n°

Data admissão de de

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1^o 2^o

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Com. Dispensa CD N°

