

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 Demócrato 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

Djailson Vieira de Souza

Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, **DJAILESON VIEIRA DE SOUZA**, brasileira, estada 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 N° 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 aufera 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.

Djalison 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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **1/7/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SOLIDAO, 1, SÍTIO JARDIM E SOLIDÃO-ZONA RURAL DE SOLIDÃO-PE** - Bairro: **CENTRO - SOLIDAO/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: **SOLIDAO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8693016/SDS/PE (RG), 07023273441 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SOLIDAO, 1, SÍTIO JARDIM DE SOLIDÃO-ZONA RURAL DE SOLIDÃO - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - SOLIDAO/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: **SOLIDAO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **51357070420 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SOLIDAO, 1, SÍTIO JARDIM DE SOLIDÃO-ZONA RURAL DE SOLIDÃO-PE - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - SOLIDAO/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 10



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 PESSOA MAS QUE DEVIDO A QUEDA O SEU FILHO VEIO A TER UMA FRATURA NO FÉMUR. PRIMEIRAMENTE FOI SOCORRIDO PRA O HOSPITAL DE AFOGADOS DA INGAZEIRA E EM SEGUITA 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(n) 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

Digitado por: Roselane Maria Barbosa da Silva - Processo: 03729



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. 4



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



Unidade de Origem: UMM=JS

Paciente: Djalison Vieira de Souza

Registro: 7047087 6481 2937

Dados Clínicos: Paciente sofreu um queda de metade, amotilante na perna esquerda + edema.

Exames Complementares / Resultados:

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Adotada:

Justificativa do Encaminhamento: Não temos médico no plantão

Encaminhamento Para:

01/07/19 CRM SP

Data CRM SP

CRM SP

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





governo do estado
Pernambuco



Registro: 15991 Nome: DJAILSON VIEIRA DE SOUZA Data de nasc.: 10/06/88
Médico solic.: 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
Ortopedista Traumatologista
CRM-PE 23458

Dr. LEONARDO ARAUJO LINS
CRM: 23458





Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 03/07/2019	Atendimeto: 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	Nacionalidade: BRASILEIRO
Endereço: SITIO CALDERAO GRANDE, 0 CASA		- ZONA RURAL - SOLIDAO - PI
Telefones: () . / () . / (87) 8861.2918		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Transito ()	Acidente de Trabalho ()	Outros Acidentes ()
Suicidio ()	Casual ()	Outros ()
Nome Acompanhanete:		Telefone de Contato: ()
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrencia:		
ANAMNESE E EXAME FISICO: Boas Sintomas M/D de febre e calore sanguíneo coxas d. dor e hipotensão frequencia cardíaca M/D		
Diagnóstico Inicial: <u>FEST. Fomur ①</u>		
SADT:		
Diagnóstico Final: <u>FEST. Fomur ①</u>		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorado <input checked="" type="checkbox"/>	Descrição Médica <input checked="" type="checkbox"/>	
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Data do Internamento: <u>3/7/19</u>
Piorando ()	Transferência ()	
Obito + 48h ()	Evasão ()	Data da Alta: <u>9/7/19</u>
Obito - 48h ()	Indisciplina ()	Local: _____
Obito em _____ / _____ / _____		
Hora : _____		
		Medico Responsável



 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 (-)

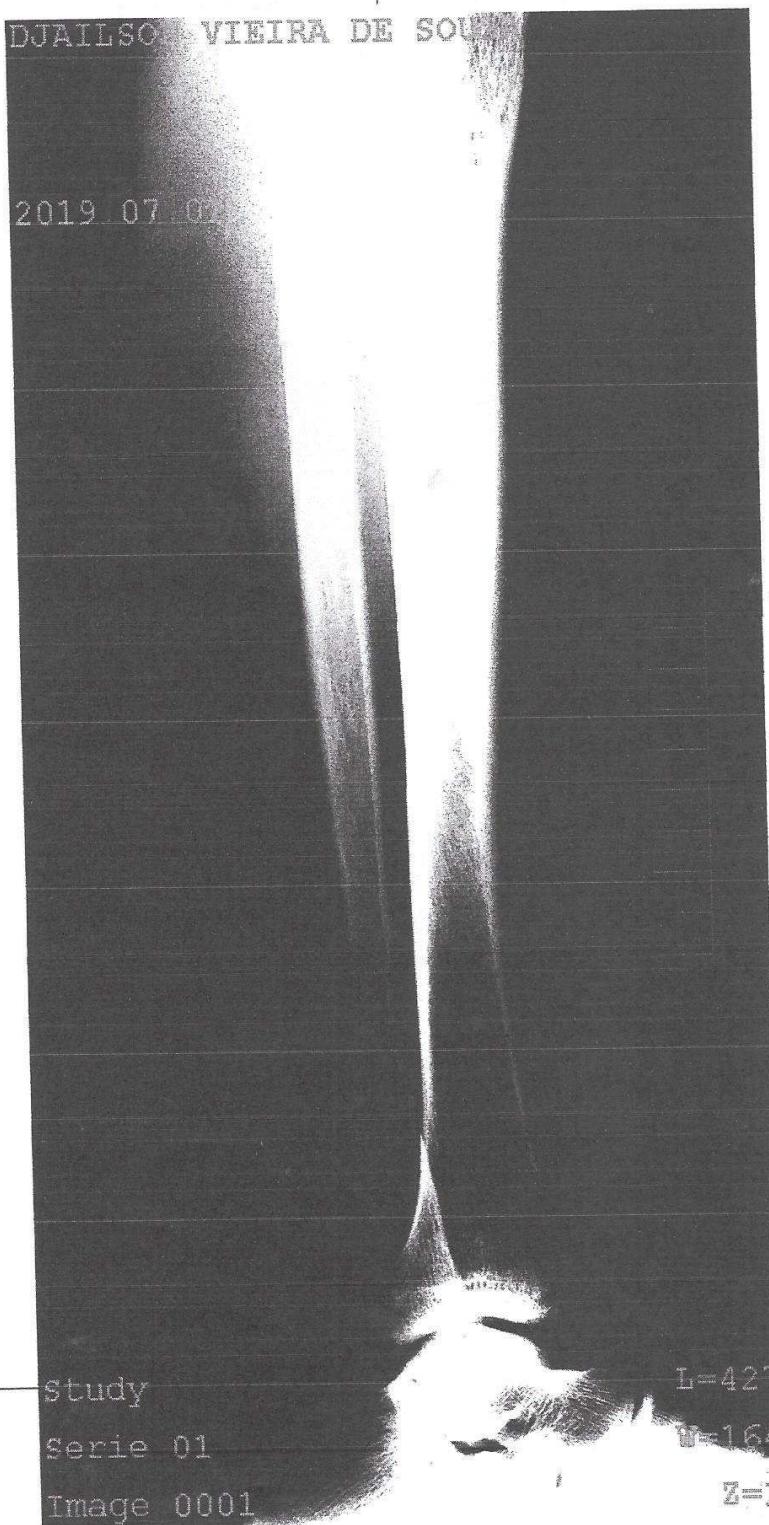
 Serie 01 :



 DJAILSON VIEIRA DE SOUZA - M - 1988.06.10

 CR -
2019.07.01 (-)

 Serie 01:





Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 03/07/2019	Atendimeto: 0018455	Quarto/leito: 202 / 3
Paciente: 00139416 - DJAILSON VIEIRA DE SOUZA		
Cirugia Realizado:	N. do Procedimento:	
<i>Osteosíntese Femur ></i>	<i>0408050 624</i>	
Data: 08/07/19	Inicio:	Término
Cirurgião: <i>TOPRO A.</i>		
1º Auxiliar: <i>ANDRÉS B.</i>		
2º Auxiliar: <i>/</i>		
Anestesista: <i>C/ONIS</i>		
DESCRÍÇÃO CIRURGICA:		
<i>① PCTO EM DDA ② ASSERIA (ANDESSESSIA ③ AVISAGEM ENVOI ESTERILIZ ④ INCISÃO LATOVENTRAL COXA ⑤ ABERTURA POR PLANOS ⑥ REDUÇÃO E CONSERTA ⑦ FIXAÇÃO CL PLACA DCR. ⑧ LAVO CL SFO, G. ⑨ FURAS + CORTADO.</i>		
 Assinatura do Cirurgião		



"Você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as dívidas 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 eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediatamente, 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.

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

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

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

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

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

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

Habite-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 00050-PE



+Djalson Vieira de Souza
ASSINATURA DO PORTADOR



ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

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

DATA DE NACER

Maria Selene Barriga Oliveira Santos

Nome	Djalilim Uwra de Souza	
I.D.C. Nasc.	26/06/88	Est. 06/06/88
I.D.C. Morte	26/06/99	
I.D.C. N.º	609 11 422 139 966	
ESTADUAIS		
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL		
Cidade ao Brasil em / / / / Doc. Ident. Nº		
Bxpl. em / / / / Estado		
Obs.: DR. P. M. A. GOLDAE DE		
Data Emissão 08/09/06		



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador	
CNPJ/MF	
Rua	Nº	
Município	Est.	
Esp. do estabelecimento	
Cargo	CBO nº	
Data admissão	de	de
Registro nº	Fls./Ficha	
Remuneração especificada	
.....	
.....	
.....	
.....	
Ass. do empregador ou a rogo c/test.	
1º	2º	
Data saída	de	de
.....	
.....	
.....	
Ass. do empregador ou a rogo c/test.	
1º	2º	
Com. Dispensa CD Nº	

DEPENDENTES

CARTEIRAS ANTERIORES

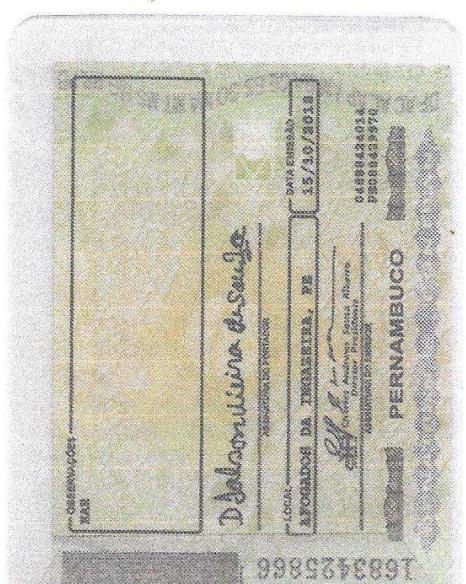
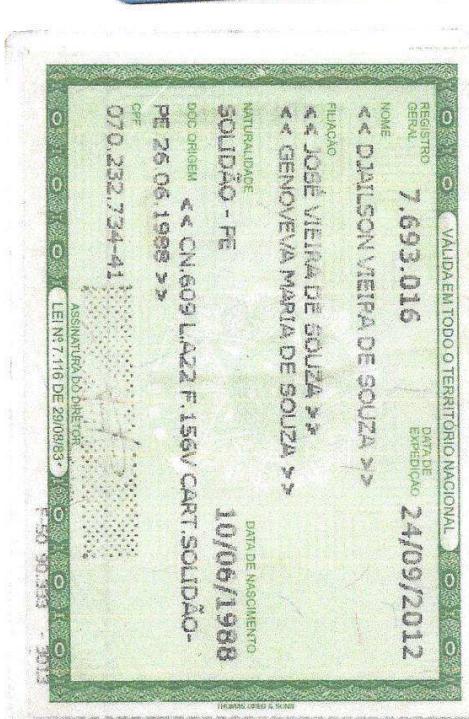
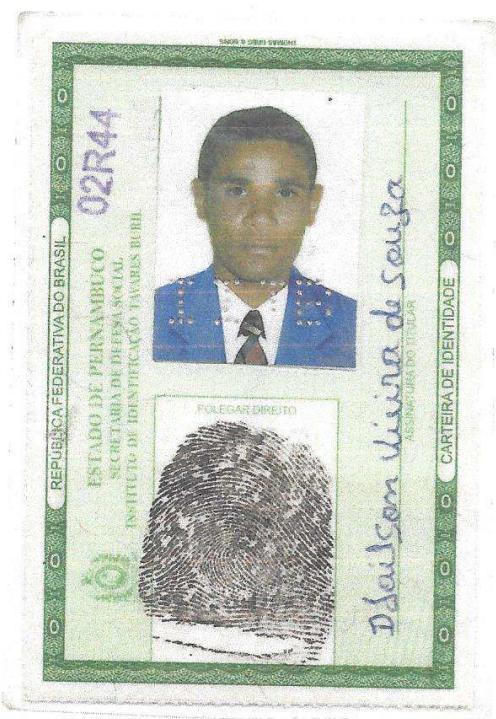
Número	Série	Data da Entrega
.....
.....
.....





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=20013014481342800000056244465>
Número do documento: 20013014481342800000056244465

Num. 57180874 - Pág. 4



Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 30/01/2020 14:48:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013014481355500000056244466>
 Número do documento: 20013014481355500000056244466

Num. 57180875 - Pág. 1