

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: SILVIO VITURINO DA SILVA, brasileiro, casado, eletricitista, portador da Cédula de Identidade sob o RG nº 5.263.389, expedida pela SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 034.106.104-21, residente e domiciliado na 4 ATV Jaime Vicente Pereira Filho, n.º 81, Bairro Novo, Carpina/PE, CEP 55.819-444.

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Salas 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com

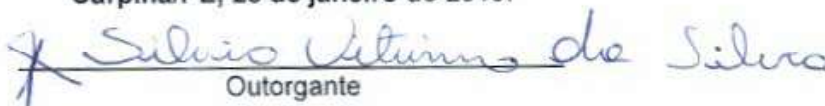
PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicia", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

TERMO DE CARÊNCIA

DECLARO, nos termos da Lei nº. 7.115, de 29 de agosto de 1983 e seguintes, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do meu sustento e de minha família. Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Carpina/PE, 28 de janeiro de 2019.


Outorgante

Av. Fagundes Varela, 988, Sl. 10, Jardim Atlântico, Olinda, PE (81) 32032699/9.98989933
jm_adv08@hotmail.com



TERMO DE RESPONSABILIDADE

SILVIO VITURINO DA SILVA, brasileiro, casado, eletricista, portador da Cédula de Identidade sob o RG nº 5.263.389, expedida pela SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 034.106.104-21, residente e domiciliado na 4 ATV Jaime Vicente Pereira Filho, n.º 81, Bairro Novo, Carpina/PE, CEP 55.819-444.

Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

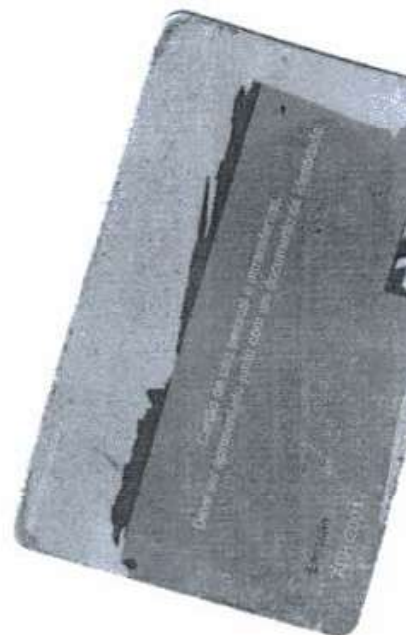
Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

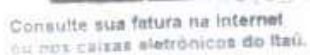
E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

Carpina/PE, 28 de janeiro de 2019.







[illegible]

SILVO VITURINO DA SILVA
44TV JAIME VICENTE PEREIRA RUA 81
CASA - BAIRRO NOVO
55819-144 CARPINA - PE

[illegible][illegible][illegible]

1	Atividade	
2	Objetivos	
3	Conteúdo	
4	Desenvolvimento	
5	Avaliação	
6	Recursos	
7	Atividade	



Mude para a **Fatura Digital.**
Mais rapidez e facilidade para você.





SAMU
192



PREFEITURA DE
PASSIRA
VIVENDO UM NOVO TEMPO

Hora do chamado: 19 57 H
Chegada ao Local: 20 05 H
Saída do Local: 20 20 H
Chegada ao Hospital: 20 30 H
Saída do Hospital: _____ H
Hora da Conclusão: 20 50 H

FICHA DE ATENDIMENTO

Data da Solicitação: 08/06/18 Distrito: _____ Nº da Ocorrência: 4875
Motivo da Solicitação: Acidente de moto ☐ UTI ☒ Básica

☒ Via Pública	☐ Domicílio	☐ Eventos	☐ Obstétrico
☐ Clínico	☐ Clínico	☐ Hangar	☐ Psiquiátrico
☐ Causas Externas	☐ Causas Externas	☐ Metropolitano	☐ Trote/Cancelado
		☐ Óbito	☐ Remoção Senha: _____

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: Silvio Vitorino da Silva Idade: 41 anos
Sexo: ☒ Mas. ☐ Fem. Profissão: _____ Fone: _____
End: _____ Bairro: _____ Fone: _____
Solicitante: Rafael
End/Ocorrência: Rua May da Silva
Referência: _____

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acid. Automotivo ☐ Motorista ☐ Passageiro/Frente ☐ Passageiro/Atraz ☐ Uso do Cinto ☐ Sim ☐ Não	Acid. Motocicleta ☒ Motociclista ☐ Passageiro Uso do Capacete ☐ Sim ☐ Não	Atropelamento ☐ Via Pública ☐ Calçada ☐ Outros	Mecan. Do Trauma ☐ Capotamento ☐ Ejeção ☐ Impacto Frontal ☐ Impacto Lateral ☐ Impacto Trazeiro
Acid. De Trânsito ☐ Carro ou Moto ☐ Ônibus ☐ Caminhão Placa: _____	Acid. Ciclista ☐ Colisão ☐ Queda ☐ Outros	Intoxicação ☐ Animal Peçonhento ☐ Exógena ☐ Outros Agente Causador: _____	Exposições ☐ Choque Elétrico ☐ Fogo ☐ 11º / 12º / 13º ☐ Fumaça ☐ Subst. Química
Asfixia ☐ Semi-Afogamento ☐ Soterramento ☐ Engasgo ☐ Outros	Queda ☐ Própria Altura ☐ Outra Altura Aproximadamente: _____ Metros	Agressões ☐ Arma de Fogo Tipo: _____ ☐ Arma Branca Tipo: _____	☐ Agressão Física ☐ Maus Tratos ☐ Abuso Sexual

CAUSAS CLÍNICAS

Histórico Clínico Atual: ICE

Hipótese Diagnóstica Conhecida: ICE

AValiação CLÍNICA

Temp: _____	HGT: _____	☐ Agitação Psicomotora	☐ Sudorese	☐ Gemido/Est
		☐ Desidratado	☐ Batimento Asa Nariz	☐ Obst. Des V
		☐ Lesões de Faca	☐ Cianose	☐ Retração Xi
		☐ Ictérico	☐ Deformidade Tórax	☐ Sibilos Expi
F.R: _____	Pulso: _____	☐ Palidez	☐ Dispneia	☐ Tiragem In
		☐ Cor da Pele Anormal	Perfusão periférica:	
			____ Boa ____ Ruim	

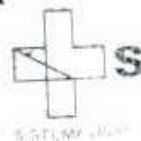




PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSIRA

Secretaria de Saúde

UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO



GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Unidade de Saúde	Município
U.M.N.S.C	Passira
Nome do Paciente	Senha
JOÃO ALBERTO DE SILVA	43773
Endereço do Paciente	Destino
Passira - PE	MR - Treviso
Hipótese Diagnóstica	
paciente com dor	
Conduta	
SPC 200 ml EV Dor - clonaz	
Observação	
Paciente, homem, 45 anos, de cor branca, residente em Passira, PE, SPHU, com dor de cabeça, de início súbito, de caráter explosivo, com irradiação para a nuca, com intensidade de 10/10, com duração de 15 min, com relato de episódios anteriores de dor de cabeça, com intensidade de 8/10, com duração de 10 min, com relato de episódios anteriores de dor de cabeça, com intensidade de 8/10, com duração de 10 min.	
Assinatura Médica	Assinatura Enfermeira
Confirma Transferência	

Ass. Carimbo Médico

Ass. / Carimbo Enf. Che



UN

SA SENHORA DA CONCEIÇÃO

RE 5443923
to amon

BOL

EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 00434

Prontuário: 00019524-3

Idade: 41 ANOS E 9 DIAS

Nome: SILVIO VITORINO DA SILVA

Dt. Nasc.: 30/05/1977 Sexo: M Est. Civil:

Endereço: RUA CARPINA

CEP:

Cidade: CARPINA/PE

Bairro:

Nac: BRASIL

Documento:

CNS:

Sisprenatal

Tel:

Mãe: MARIA JOSE DE MELO DA SILVA

Pai: SEVERINO VITORINO DA SILVA

Profissão:

Responsável:

Últimas Ocorrências

Secretaria de Saúde de Passira
Vigilância Epidemiológica
Adriana Oliveira

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
08/06/2018 20:42	0043463	ACIDENTE DE MOTO

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

Que / Diagnóstico

Tratamento

Paciente batido de
quedas de moto
+ 1 hora
trazido pelo SPMU. a vítima,
ECG 15, ECG 22, causante de
do, nomeado, empneio
PCR 27 ENE SIS
MVA em PMA SIRA

SF 01/200 ml EV
Dipnóico along + PMA

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Pneumotórax

Motivo da saída

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado

Removido:

Óbito

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:

Hora saída:

☐ CURATIVO☐ NEBULIZAÇÃO

ADM MEDICAMENTO:

☐ BÁSICO ☐ ESP☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

Consultas / Atendimento Médico

☐ urgência básica☐ urgência especializada☐ observação básica☐ observação especializada

MÉDICO / CRM
Dra. Mariana
CRM-PE 2145
HONÓRARIO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

Data da impressão: Sexta-feira, 08 de Junho de 2018 às 20:42

Recepcionista: CASSIA NASCIMENTO





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: SILVIO VITORINO DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1636296	ATENDIMENTO: 00983570
DATA DE NASCIMENTO: 30/05/1977	FOI ATENDIDO EM: 08/06/2018 Às	
	DATA DA ALTA: 06/08/2018 ÀS 11:56	

Diagnóstico Provável:

TRM TORACICO / CONTUSÃO MEDULAR.
CID 10 S24.

Tratamento Realizado:

- CONSERVADOR
- ANALGESIA.

Observação:

- PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTO MOTOCICLISTICO DIA 08/06 SENDO ENCAMINHADO AO HR APRESENTANDO DEFICIT MOTOR EM MMII (FORÇA GRAU II SIC); FEZ CT DE COLUNA TORACICA QUE EVIDENCIOU FRATURA LINEAR DE T6-T7, COM CONTUSÃO MEDULAR NO MESMO NIVEL. PACIENTE EVOLUINDO COM MELHORA DO DEFICIT MOTOR. NO MOMENTO SEGUE ESTAVEL, ALERTA, ACORDADO, SEM DEFICITS MOTORES.
- DISCUTIDO COM EQUIPE ORIENTADO CONDUTA CONSERVADOR (SEM SINAIS DE INSTABILIDADE) PACIENTE COM MELHORA DO DEFICIT MOTOR E DO QUADRO ALGICO., ALTA COM COLETE E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL
- ORIENTO AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 90 DIAS. MANTER COLETE POR DOIS MESES.

Encaminhado para:

- AGENDAR RETORNO AO AMBLATORIO DE COLUNA COM DR DEOCLIDES, COM 15 DIA DA ALTA.


DELSON CULEMBE BAPTISTA ANDRE - CRM: Nº.2552031

Recife, 06, AGOSTO ,2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)011 - 3191.1111





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - DP4ª CIRCUNSCRIÇÃO
D1M/2ª DESEC



NUMERUM DE OCORRENCIA Nº **18E0334001308**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/10/2018** às **10:23**

Protocolo de Ocorrência Nº **18E0334000719**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
Protocolo de Ocorrência Nº **076/2018** às **21:00**

Local: **BRASÃO DE ARMAS - MUNICÍPIO DE PASSIRA, 1, NO SÍTIO
TANQUE ZONA RURAL Bairro CENTRO PASSIRA/PERNAMBUCO
BRASIL**
Tipo de Ocorrência: **VIA PÚBLICA**

Partes envolvidas(s) na ocorrência:

Agente Policial: **SILVIO VITORINO DA SILVA (AGENTE)**
Motociclista: **ARMANDO GALDINO DE LIMA (CONDUTOR)**
Vítima: **MARIA ANUNCIADA PINHEIRO DIAS (VITIMA)**

Partes envolvidas(s) na ocorrência:

Agente Policial: **SILVIO VITORINO DA SILVA (AGENTE)**, que estava em posse do(a)
veículo: **MOTOCICLETA** (veículo)

Quem chamou a polícia: **Indivíduo(s)**

**SILVIO VITORINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo Masculino Mãe MARIA
JOSE DE MELO FILHO - CEVERINO VITORINO DA SILVA Data de Nascimento: 30/3/1977
CPF: 03419610421 (CPF).
03419610421 (CPF) - CASADO(A) Profissão: ELETRICISTA
RUA MARIA ANUNCIADA PINHEIRO DIAS, 243 - CEP: 9 - Bairro:
CARPINÁ - PERNAMBUCO - BRASIL**

**ARMANDO GALDINO DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo
Masculino Mãe: NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL**

**JOSERA MENDES DE LIMA SILVA (presente ao plantão) - Sexo
Feminino Mãe: JOSERA MENDES DA SILVA Pai: ARMANDO GALDINO DE LIMA Data de
Nascimento: 11/03/1997 Profissão: CARPINÁ - PERNAMBUCO - BRASIL Documentos:
CPF: 03419610421 (CPF) - CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO
Endereço: RUA LAR Telefones Celulares:
31894873496**

08/10/2018 16:48



RUA MARIA ANUNCIADA PINHEIRO DIAS, 243 - CEP: 0 - Bairro: BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL

Quantidade: 01/01/2018 11:00:00

Nome do Policial: SÍLVIO VITURINO DA SILVA, que

Nome do Policial: SÍLVIO VITURINO DA SILVA

Modelo: MOTOCICLETA HONDA CG 150 Objeto apreendido: Não

Prisão: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: 330731556 (Passi)

Valor: 2004 NÃO INFORMADO

Combustível: GASOLINA

Titular: 27

VITIMA LEVADA A ESTA UNIDADE HOSPITALAR COM HISTÓRICO DE QUEDA DA MENCIONADA MOTO, QUE ERA PILOTADA PELA VITIMA, CONDUZIDA PELA TEC. DE ENFERMAGEM LUIZA DO SAMU - PASSIRA (BÁSICA ÚNICA), DANDO ENTRADA NESTE HOSPIÇÓRIO, ÀS 23H13 DESTE DIA, E RECEBEU O SEGUINTE REGISTRO NÚMERO: 1004286, QUE NESTE DIA, COMPARECEU NESTE POSTO POLICIAL A INTERANTE, ESPOSA DA VITIMA, RETIFICANDO O REFERIDO B.O.E. (BOLETIM DE Ocorrência ELETRÔNICO), ACRESCENTANDO QUE A VITIMA CONDUZIA A MENCIONADA MOTO, QUANDO SEGUIA PARA SUA CASA, ORIUNDO DE CARUARU, E EM QUALQUER ACIMA DOEROU NUMA CURVA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, E LEVADO PARA O HOSPITAL DE PASSIRA, DEPOIS TRANSFERIDO A ESTA UNIDADE DE SAÚDE, QUE A DATA DO FATO E PRIMEIRO REGISTRO SÃO AS QUE CONSTAM ACIMA, DE 06/06/2018, TUDO CONFORME GUIA DO SAMU E CERTIDÃO DE CASAMENTO NÚMERO: 1004286.

Nome do Policial: SÍLVIO VITURINO DA SILVA, presente nesta Unidade policial

x *Silvio Viturino da Silva*

Nome do Policial: SÍLVIO VITURINO DA SILVA

Nome do Policial: SÍLVIO VITURINO DA SILVA

Nome do Policial: SÍLVIO VITURINO DA SILVA

Nome do Policial: SÍLVIO VITURINO DA SILVA

Matrícula: 3848248

45ª Circunscrição

Carpina

08/10/2018 16:48





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180511531

Vítima: SILVIO VITURINO DA SILVA

Data do Acidente: 08/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SILVIO VITURINO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

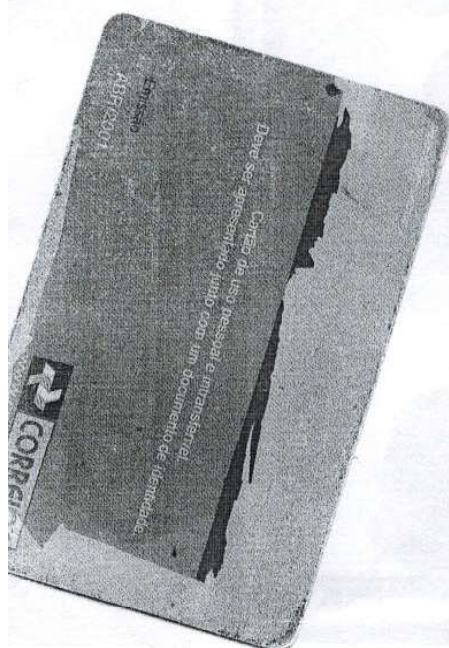
Estamos aqui para Você

Pag. 0071500716 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 1369385





Mude para a

Fatura Digital.

Mais rapidez e facilidade para você.

CRD 10222-8 Jan/2014



Para uso dos Correios

- ☐ 1. Mudou-se
- ☐ 2. Endereço Insuficiente
- ☐ 3. Não existe o nº indicado
- ☐ 4. Desconhecido
- ☐ 5. Recusado
- ☐ 6. Não procurado

- ☐ 7. Ausente
- ☐ 8. Falecido
- ☐ 9. CEP
- ☐ Informação escrita por porteiro ou zelador

Reintegrado ao serviço postal em:

Assinatura e nº do entregador.

EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELEGRAFOS - ECT
DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO
CAIXA POSTAL 851
01031-970 SÃO PAULO SP

Data prevista de fechamento da próxima fatura: 05/02/2019
Data de vencimento (emissão): 24/12/2018
Data de Vencimento: 10/01/2019
Data de Postagem: 26/12/2018
7711094320296-900000001314530 261218



CTC ECTRE PE PL5
SILVIO VITURINO DA SILVA
44TV JAIME VICENTE PEREIRA FILHO 81
CASA - BAIRRO NOVO
55819-444 CARPINA - PE



Consulte sua fatura na internet ou nos caixas eletrônicos do Itaú.

