

MANOELA TRIGREIRO- ADVOGADA.

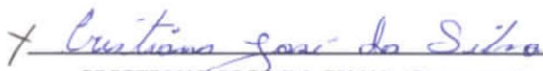
OUTORGANTE: CRISTIANO JOSE DA SILVA, autônomo, portador do RG Nº **7.508.510 SDS-PE**, e inscrita no CPF Nº **098.690.444-92**, residente e domiciliado na **RUA MANOEL FLORO DA COSTA,163 , STO AGOSTINHO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE- PE.**

OUTORGADA, BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE pelo nº 22.090, MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE pelo nº 25.324 e VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE nº 18.789 todos com endereço profissional situado na Rua capitão José da Luz, nº 137, Sala 502. Ed. Condomínio Cervantes Ilha do Leite, Recife - PE.

PODERES: Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarmar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Eu, **CRISTIANO JOSE DA SILVA**, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE, 27 de NOVEMBRO de 2018.



CRISTIANO JOSÉ DA SILVA -Outorgante / declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
DIRETORIA NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
CRISTIANO JOSE DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR / UF
7508510 RDS PE

CPF 056.690.444-92 **DATA NASCIMENTO** 21/09/1986

FILIAÇÃO
JOSE SEVERINO DA SILVA
MARIA DO SOCORRO DA
CONCEIÇÃO

PROFISSÃO **ACC** **OUT. HAB.**

Nº PRESETO 06206425536 **VALIDADE** 22/12/2016 **VALIDAÇÃO** 16/10/2014

OBSERVAÇÕES
sem observações

Antônio José da Silva
SECRETÁRIO DE HABITAÇÃO

LOCAL SANTA CRUZ DO CAPITANINHO - PE **DATA EMISSÃO** 11/11/2015

[Assinatura]
SECRETÁRIO DE HABITAÇÃO

01340686890
75069422559

BETHAN - PE/PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1107911815

PRESETO PLASTIFICAR
1107911815



SINISTRO 3180326865 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CRISTIANO JOSE DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO CRISTIANO JOSE DA SILVA

CPF/CNPJ: 09869044492

Posição em 03-08-2018 09:15:25

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/08/2018	R\$ 135,00	R\$ 0,00	R\$ 135,00



Bandeira do
Estado457813
0259290/1

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0218002515**

17 JUL 2018

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/05/2018** às **16:25**Complementa o BO Número: **18E0218002510****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **16/5/2018** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, AVENIDA PRINCIPAL DO BAIRRO ACAUÁ, - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA HORLANIA DA SILVA (OUTRO)
CRISTIANO JOSÉ DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **CRISTIANO JOSÉ DA SILVA**



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

CRISTIANO JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOSE SEVERINO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/9/1986** Naturalidade: **PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 989337202**

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA MANOEL FLORO DA COSTA, 163, JAÇANA, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PUBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA HORLANIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Data de Nascimento: **30/9/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA MANOEL FLORO DE SOUZA, 163, JAÇANA, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PUBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **DESCONHECIDO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 -**

29/05/2018.



Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 -**
Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA HORLANIA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CRISTIANO JOSÉ DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGU8400** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **567198960** Chassi: **9C2HB0210DR020032**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA AFIRMA QUE NO DIA 16 DE MAIO DE 2018, POR VOLTA DAS 16:00 HORAS, PILOTAVA A MOTOCICLETA DA SUA COMPANHEIRA COM DESTINO DE APANHAR A SUA FILHA NA ESCOLA, SENDO QUE ANTES DE CHEGAR NA ESCOLA DA SUA FILHA, UMA MOTOCICLETA DE COR PRETA ENTROU NA SUA FRENTE E ELE PRA LIVRAR DA COLISÃO, DESVIU E CAIU DA MOTOCICLETA, LHE CAUSANDO FERIMENTO GRAVE NO SEU PÉ DIREITO, SENDO SOCORRIDO PARA A UPA DESTA CIDADE. DIANTE DO FATO EXPOSTO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

CRISTIANO JOSÉ DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALMIR PEREIRA BARBOSA** - Matrícula: **3848779**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CONTRAN

DETRAN - PE Nº 013935445724
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 QOD. RENAVAM 567198960 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
MARIA BORTANIA DA SILVA

BREJO DA MADRE DE DEUS-PE

CPF / CNPJ
093.107.504-13

PLACA
FGU8400

PLACA ANT. / UF
***** / PE

CHASSI
9C2RB0210DR020032

ESPECIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/POP100

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP. / POT. / CIL.
2P/97CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA
IPVA 2018 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

FAIXA I.P.V.A.
1

PARCELAMENTO / COTAS

1ª *****
2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS HAC HONDA LTDA

LOCAL
BREJO DA MADRE DE DEUS
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DATA
03/03/18





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **CRISTIANO JOSE DA SILVA** nascido em 21/09/1986 esteve nesta unidade hospitalar no dia 16/05/2018 por volta das **17h10min.** Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 25 de MAIO de 2018.

ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81)99982-5994 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Numero do Atendimento: 0099017 16/05/2018 17:10:51

Paciente: CRISTIANO JOSE DA SILVA

Sexo: M

D. Nasc.: 21/09/1986

RG:

Profissão: OUTROS

Filiação: Mãe: MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO

Pai: JOSE SEVERINO DA SILVA

Endereço: MANOEL FLORO DA COSTA, 163

Bairro: JACANA

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Código: 0036591

SUS: 708401743169465

Idade: 32 ANOS

CPF:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone: 81-89337202

Pressão Arterial: 136 x 80

Pulso: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Conduta:

Liberação do Paciente: Data: 1/1

Hora: _____

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

Angela Menaonha L. Chagas
CRM-PE 11387

Ento pedre



FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 18:00

Doenças preexistentes: Não

Alergias: Não

Uso de medicações: Não

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia (); Cianose (); Estridor (); PE <50 ou >140 (); FR >32vpm (); Extremidades frias (); Pulso Fraco (); Pulso Ausente (); Sudorese (); PAS <80mmhg (); PAD >130mmhg (); Letargia (); Convulsionando (); Irresponsivo ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intestinal (); Lesão grave (); Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16 (); FC <50 ou >140 (); PAS <90 ou >190mmhg (); PAD >130 (); Febre >39°C (); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24 horas (); Mucosas ressecadas (); Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas (); Abuso Sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa (); história até 72h de: Hematêmese (); Enterorragia (); Epistaxe (); Acidente perfuro/cortante c/material biológico ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE

idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa (); Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, quações (); Dor abdominal sem alterações de SSW (); PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ();

OBS: Dor de garganta com placas sem toxemia

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou retirada de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ();

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA () AMARELA () VERDE (X) AZUL ()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO (X)

Wanderson Silva
Enfermeiro
Corr-PE 301.796

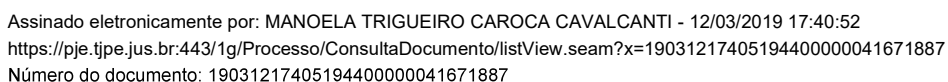
ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO



49

2. Se durante o período de 15 dias a partir
do parto, que ocorrerá pouco tempo depois
da saída do placenta, não estiver ocorrendo
a saída normal da placenta, para não
complicar, deve-se fazer a cesariana.

COPIA AUTORIZADA



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo Obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Gustavo José de Silva

NUMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PROPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

16.05.18

DATA DO INICIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Maurício Cabral de Silva / 23.403

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura de braço e pelange proximal de T: pediculado D

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):

Fisioterapia (compressa)
Antibiótico

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER:

Artrite e poliomielite do acromioclavicular

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE :

- ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido).

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Dificuldade no equilíbrio e
2º dificuldade no deslocamento
3º
4º
5º

AFIRMO QUE ASSISTI E / OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE maio A outubro
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Dr. C. de Carvalho

LOCAL

04/19/18

DATA

Dr. Maurício Cabral
MÉDICO
CRM-MG 6.622 / 3.403

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA

