

MANOELA TRIGREIRO- ADVOGADA.

OUTORGANTE: DENIS JOSE DA SILVA , autônomo, portador do RG Nº 9.605.482 SDS-PE, e inscrita no CPF Nº 120.101.834-01, residente e domiciliado na RUA ERASMO TUTU,150 , OSCARZÃO - 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.

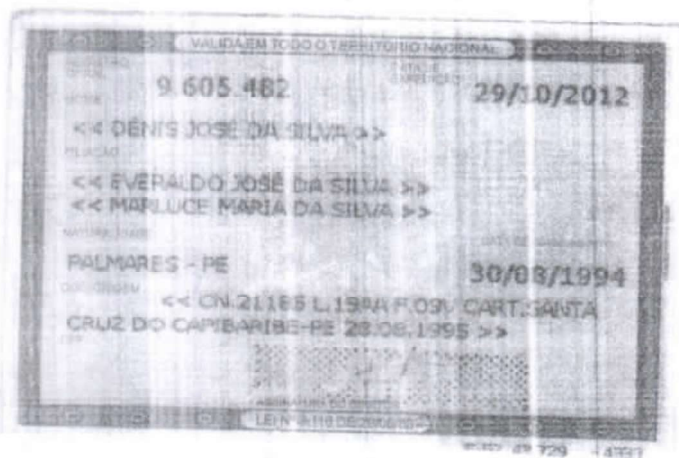
PODERES: Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar 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, DENIS 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.

X 
DENIS JOSE DA SILVA -Outorgante / declarante





SINISTRO 3180508417 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DENIS JOSE DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA
SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO DENIS JOSE DA SILVA
CPF/CNPJ: 12010183401

Posição em 23-11-2018 10:14:33

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui (<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes.aspx>) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/11/2018	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 126ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE - DP126CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0218002396**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/05/2018 às
15:50

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 15/4/2018 no período da Noite**

Local onde ocorreu o fato: MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1,
PR168 - PALESTINA - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR VAGANTE)
TOMAS FRANCA DA SILVA (OUTRO)
DÊNIS JOSÉ DA SILVA (VÍTIMA)

ARUANA SEGUROS

19 JUN 2018

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na ocorrência da ocorrência) - que estava em posse do(s) Sr(s).
DÊNIS JOSÉ DA SILVA

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

DÊNIS JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARLUCE
MARIA DA SILVA Pai: EVERALDO JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 20/8/1984
Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 9695482/SDS/PE
(RG) 12610123-401 (CPF) 047616101 SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
Situação: AUTÔNOMO(A) Tipo de Trabalho: Desempregado
0728793122

Endereço Residência: MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 159, RUA
PROJETADA - ORCARZÃO - CEP: 55908-908 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

TOMAS FRANCA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL



1. Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s):

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade de: Sr. TOMÁS FRANCA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a) DENIS JOSÉ DA SILVA.
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Opcionar/Cor: PRETA
Cores: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: PEW1121 (PERNAMBUCO) BARRA DE GUANABARA - RECIFE - 221250503 CRESSI
902K01270BR334377
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2011
Opcionar: CG 150 FAN ESI.

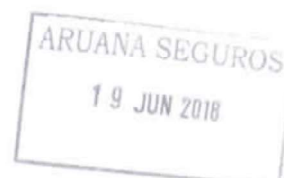
Complemento / Observação

O SR. DENIS RELATA QUE ESTAVA PILOTANDO O VEÍCULO QUANDO HOVEU UMA COLISÃO COM OUTRA MOTOCICLETA. O MESMO AFIRMA QUE HAVIA FEITO INGESTÃO DE BEBIDA ALCOOLICA E NÃO LEMBRA DO FATO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA A URA DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE. O MESMO RELATA QUE FOI MANDADO PARA CASA E RETORNOU A UNIDADE NO DIA 18/04/2018 E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE. DIANTE DO OCORRIDO, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA REGISTRAR A OCORRENCIA.

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

x *Denis José da Silva*
DENIS JOSÉ DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrada por: JESSICA CIVIL DE PERNAMBUCO
2272878



Assinado eletronicamente por: MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI - 12/03/2019 17:50:50
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19031217504993400000041672628>
 Número do documento: 19031217504993400000041672628



192

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. DENIS JOSÉ DA SILVA, CPF-120.101.834.-01 RG-9605482 SDS/PE que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE, BASE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID 0568 RIEG - 21.766, no dia 15 de abril 2018, às 20h40m, com queixa de queda moto, na PE 160 - Palestina, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO (USA)**, que prestou atendimento a vítima no local, e o mesmo foi removido para UPA 24h

De acordo com o registro de informação do **SAMU**, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista de acordo com o protocolo, imobilização, verificação de sinais e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 17 DE MAIO DE 2018

Maria Lenice C. da Silva
Coordenadora SAMU
MMA-004029

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
Coordenadora

Recebi esta declaração do SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

EM 22/05/2018

Denise José da Silva



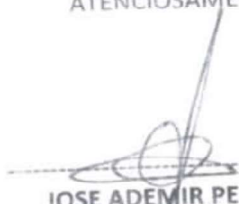


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **DENIS JOSÉ DA SILVA** nascido em 30/08/1994 esteve nesta unidade hospitalar no dia **18/04/2018** por volta das **08h29min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 14 de MAIO de 2018.

ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Jose Ademir Pereira
Diretor
Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h
MAT.514591

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hsc@gmail.com



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

JOSÉ VIEIRA FILHO

AVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CEP: 55150-000 FONE: (81) 99982-5994 CEP: 55190-000

Atendimento - Entrada do Paciente

Atendimento: 0087054 18/04/2018 08:29:26
Paciente: DENIS JOSE DA SILVA
D. Nasc.: 30/08/1994

Código: 0088438
SUS: 898004160972758
Idade: 24 ANOS
CPF: _____

Outros

Mãe: MARLUCE MARIA DA SILVA
Pai: _____

Projetada

Oscarção

do PERNAMBUCO

CEP: 55190.000

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Fone: _____

Pressão Arterial: 120 x 70

Pulso: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Doença atual:

Fisico:

Provisório:

Outros:

Atendimento do Paciente: Data: ____/____/____ **Hora:** ____:____:____

Assinatura do Médico:

Leonardo Trujano Ferreira
MÉDICO

CRM 6371 - CREAPE 1919

Carimbo e Assinatura do Atendente:

PA = 120 x 80 mm

HGT = 1,68 m

Temp = 37,5 °C

FC = 68 bpm

PR = 84 mmHg

CÓPIA AUTORIZADA



de Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 08:42

As prescrições:

As

As medicações:

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

☐ Cianose (); Estridor (); PC <50 >140 (); FR >32vpm (); Extremidades frias (); Pulso Fraco (); Ausculta (); Sudorese (); PAS <80mmhg (); PAD >130mmhg (); Letargia (); Convulsões (); Inconsciente ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intestinal (); Lesão grave (); Saturação >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ();

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Atualizado com Glasgow entre 13 e 16 (); FC <50 ou >140 (); PAS <90 ou >190mmhg (); TCE >150 (); Febre >39°C (); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24 horas (); Mucosas ressecadas (); Saturação entre 1º e 30 graus em áreas não críticas (); Abuso Sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa (); Lesão até 72h de Hematêmese (); Enterorragia (); Epistaxe (); Acidente perfuro/cortante c/ material biológico ();

CLASSIFICAR COMO VERDE

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

CLASSIFICAR COMO AZUL

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

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

ASSINADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO ()

ASSINADO DO ENFERMEIRO



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 968409

Nome: Denis José de Lencastre

Foi atendido às _____ hs. do dia 26, 04, 18

Diagnóstico Provável:

(1) Do de dengue de
Hematuria urinária-renal
em 18/04/2018 1 TEG

Tratamento Realizado: em: 506
Realizado mais alt em
nos procedimentos clínicos
e exames laboratoriais.

Observação: (1) Retorno ambulatorial
em 30 dias para controle
do tratamento dos sintomas

Cópia de: (1) Retorno ambulatorial
características para os sintomas e exames
realizados para dia 02/05/18

Médico - CRM Nº

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 Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Dr. Auricelio Batista.
Neurocirurgião
CRM: 21267

Cód. 0157

ARUANA SEGUROS

19 JUN 2018



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:

JENIS JOSE DA SILVA

NUMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PROPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

16/04/2018

DATA DO INICIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

16/04/18

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

CARLOS EDUARDO MOREIRA LIMA

LESOES RESULTANTES DO ACIDENTE:

TCE e hematoma extra-dural

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):

Drenagem de hematoma extra-dural em
18/04/2018
eio-506

EXISTE ALGUM DEFEITO FISICO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE?

[] SIM

[X] NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER:

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 Crânio

2º

3º

4º

5º

AFIRMO QUE ASSISTI E / OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 08/10/2018 A 08/10/2018 E

QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Santa Cruz do Capibaribe - PE

LOCAL

08 / 10 / 2018

DATA

Dr. Carlos E. M. Lima
CRM - PE: 22540

08 OUT. 2018

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA

