

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 194ª CIRCUNSCRIÇÃO - PARNAMIRIM - DP194CIRC
DINTER2/23ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 16E0284000291

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/07/2016 às 10:16

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 14/6/2016 às 13:00

Fato ocorrido no endereço: **BR 316, POVOADO QUIXABA - PARNAMIRIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE PARNAMIRIM, 1 - Bairro: CENTRO - PARNAMIRIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL / BR 316**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR / AGENTE)
JOSENITA NUNES DA SILVA ALENCAR (OUTRO)
JOSÉ MOURATO DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSÉ MOURATO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: AUREA FONSECA DA SILVA Pai: AFONSO MOURATO DA SILVA Data de Nascimento: 15/6/1958 Naturalidade: PARNAMIRIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2543267/SSP/PE (RG), 41867734400 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 87996290843

Residencial: **FAZENDA PINTADO, AREA RURAL, BARRAGEM DO CHAPEU - PARNAMIRIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSENITA NUNES DA SILVA ALENCAR (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA LENITA NUNES DA SILVA Pai: JOSÉ MOURATO DA SILVA Data de Nascimento: 10/5/1981 Naturalidade: SALGUEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 87996595202

Residencial: **RUA DA BANDEIRA, CENTRO, PRAÇA DE EVENTOS - PARNAMIRIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO HOUVE - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -



Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2017

Carta nº: 11770187

A/C: JOSE MOURATO DA SILVA

Sinistro: 3170487217 ASL-0323244/17
Vítima: JOSE MOURATO DA SILVA
Data Acidente: 14/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANA PAULA RAFAEL BENTO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE MOURATO DA SILVA

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 104

Agência: 000000776

Conta: 0000041592-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.012,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a Indenizar: 7,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.012,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01573/01574 - carta_15R



00020787



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA GA.DINO GONCALVES DE LIMA - NUM. - S/N - CE
NTRO.PARNAMIRIM PE 56163-000

DADOS DO CLIENTE
EURIPSON CANDIDO ALENCAR
R DA BANDEIRA, COMPEA 00024 - TERRIO - CENTRO PARNAHIRIN PE 5
6163-000
INSCRIÇÃO: 104.811.0:0.0000.120 GRUPO: 14 DEB. AUTOMATICO. 17507618

MATRÍCULA: 17507613 Jun/2010

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	
LIGADO	FACTIVEL	RESIDENCIAL	COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)
A100062986	09/06/2016	09/07/2016	REAL

AQUA:
LEIT ANT: 1956 CONSUMO: 36
LEIT ATU: 1992
LEIT FAT: 1992

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

	PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT.	ANALISES	ATENDEN
05/2016	35	MS 2.914/11	REALIZ.	A LEGIS
04/2016	35			
03/2016	27	TURBIDEZ	20	19
02/2016	31	COR APARENTE	20	19
01/2016	26	COLOR RESIDUAL	20	20
12/2015	40	COLIF. TOTAIS	20	20
		E. COLI	20	20

MEDIA: 32

Qualidade de Agua: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAO DOS SERVICOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
COMERCIAL 2 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 54,80 POR UNIDADE	20 M3	1096,00
ACIMA DE 10 M3 - R\$ 10,86 POR M3	16 M3	173,76

Multa P/IMPONTUALIDADE 05/2016

5,45

VENCIMENTO: 20/07/2016

TOTAL A PAGAR: 288,81

MENSAGEM:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 011463467073
VIA 1 367443463
COD. RENAVAM 1
R.A.T.R.C. 1
EXERCÍCIO 2014

JOSENTA NUNES DA SILVA ALENCAR

PARNAMIRIM-PE

CPF/CNPJ

036.874.634-86

PLACA ANT./UF

*****/PE

CHASSI

9C2KD050BR046892

PLACA

FFL9170

ESPECIE TIPO

BAB /MOTOCICLETA/

MARCA / MODELO

HONDA/NR150 BROS ES

CATEGORIA

2P/149CL

PARTIC

COPIA ÚNICA

1 P IFVA 2014 QUITADO

V V

FAVIA UNIA

PARCELAMENTO / COTAS

1º VENC. / COTAS

2º *****

3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

LOCAL

DATA

02/07/14

02/07/14

02/07/14

02/07/14

02/07/14

02/07/14

02/07/14

02/07/14

02/07/14

02/07/14

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, DUPLICATA, GARGAL, A PESSOA E TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

PE Nº 011463467073 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSENTA NUNES DA SILVA ALENCAR

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0600 022 1204

PARNAMIRIM-PE

CPF/CNPJ

036.874.634-86

RENAVAM

036.874.634-86

PLACA

FFL9170

MARCA / MODELO

HONDA/NR150 BROS ES

CATEGORIA

2P/149CL

PARTIC

COPIA ÚNICA

1 P IFVA 2014 QUITADO

V V

FAVIA UNIA

PARCELAMENTO / COTAS

1º VENC. / COTAS

2º *****

3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

LOCAL

DATA

02/07/14

02/07/14

02/07/14

02/07/14

02/07/14



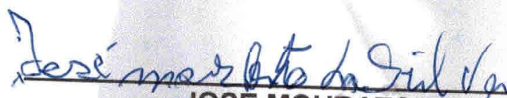
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE MOURATO DA SILVA, brasileiro(a), casado(a), agricultor, portador(a) da Cédula de Identidade nº 2643267 SSP PE, inscrito(a) no CPF sob o nº 418.677.344-00, residente e domiciliado(a) a Fazenda Pintado nº 300, Zona Rural, Parnamirim, Estado do Pernambuco.

OUTORGADOS: ROOSWELT ALCÂNTARA ALENCAR, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 38.746, com escritório profissional na cidade do Crato/CE, na Rua Barbara de Alencar 995 - Sala 102, CEP nº 63100-040, fone: (088) 3523.2059. Tel/Cel: (88) 99660.7952, (88) 99694.1907

PODERES: São conferidos ao Outorgado todos os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, bem como todos os poderes previstos no Código de Processo Civil vigente, para promover ou defender os interesses da Outorgante em qualquer procedimento administrativo ou judicial já existente ou que venha a ser instaurado, seja na Justiça Estadual, Federal ou do Trabalho, podendo, para tanto, atuar em qualquer instância ou tribunal de forma ilimitada, dar e receber quitação, receber valores, requerer e receber alvarás judiciais, assinar recibos, transigir, desistir, substabelecer, com ou sem reservas de poderes, enfim tudo praticar, para o bom e fiel cumprimento do presente mandato.

Crato, 16 de Maio de 2018.



JOSE MOURATO DA SILVA

(Outorgante)

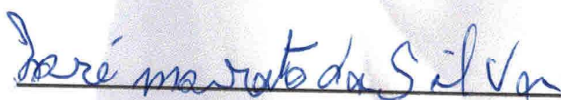
Rua Barbara de Alencar Nº 995 – Sala 102 – Centro – Crato – Ceará
Fone: (088) 3523.2059 – (88) 99660.7952 – (88) 99694.1907



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **JOSE MOURATO DA SILVA**, brasileiro(a), casado(a), agricultor, portador(a) da Cédula de Identidade nº 2643267 SSP PE, inscrito(a) no CPF sob o nº 418.677.344-00, residente e domiciliado(a) a Fazenda Pintado nº 300, Zona Rural, Parnamirim, Estado do Pernambuco, declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Crato, 16 de Maio de 2018.



JOSE MOURATO DA SILVA

Rua Barbara de Alencar Nº 995 – Sala 102 – Centro – Crato – Ceará
Fone: (088) 3523.2059 – (88) 99660.7952 – (88) 99694.1907



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DE
PARNAMIRIM-PE
Trabalhando para todos

Unidade Mista Raimundo de Sá Barreto Cabral
C.N.P.J 11.361.235/0001-25
Rua: Dr. Dirceu Possídio

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

C.R.M

U.F.:

Endereço Completo e Telefone

Cidade

U.F.:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Dr. Carlos Augusto da Silva Filho
Médico
CRM-PE 44876

04/07/16

Paciente: Jose Manoel do Santos

Endereço: _____

Prescrição: 700mg - 2x4p
quebra Olheira. 9/7/2016
por 7 dias

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Nome Org. Emissor:

End.:

Cidade:

U.F.:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. do Farmacêutico

Data: ____/____/____





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 14/06/2016 16:17 N. Tratamento:

Nome: **JOSE MOURATO DA SILVA**

Pront.: **105517**

End.: FAZENDA PINTADO, 1

Bairro: ZONA RURAL Cidade: PARNAMIRIM - PE Telefone: 8796290843

Sexo: Masculino Prof.: Nascimento: 15/06/1958 Idade: 57

Mãe: AUREA FONSECA DA SILVA Responsável:

BOLETIM DE ATENDIMENTO

CR - ORTOPEDISTA - Verde

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

-: QUEIXA

- PACIENTE ENCAMINHADO DE PARNAMIRIM, COM HISTÓRICO DE ACIDENTE DE MOTO(SIC), APRESENTANDO FRATURA EM PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO. SOLICITADO AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA.

ORIGEM

-

TIPO DE CHEGADA

-

OBSERVAÇÕES

-

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor leve recente *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLÍNICAS

- DOR 4

DOR 4

DOR 4

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

-

JUSTIFICATIVA

-

MEDICA:

FRATURA EM PE COM FERIMENTO CONTRALATERA

CDE-SUTUA TALA

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: 0

PA: x mmHg

HGT: mg/dL

DOR E DEFORMIDADE NA MÃO ESQ, APÓS TRAUMA

Paciente chegou: () Andando () De Auto () Ambulância

Ambulância: Saída _____ Chegada _____

() Acidente de Trabalho () Caso Policial

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Dr. WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

CRM: 10355





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 14/06/2016 16:17 N. Tratamento:

Nome: **JOSE MOURATO DA SILVA**

Pront.: **105517**

End.: FAZENDA PINTADO, 1

Bairro: ZONA RURAL Cidade: PARNAMIRIM - PE Telefone: 8796290843

Sexo: Masculino Prof.: Nascimento: 15/06/1958 Idade: 57

Mãe: AUREA FONSECA DA SILVA Responsável:

FRATURA DIAFISÁRIA DO 4TO METACARPO ESQ

SOLICITAÇÕES / RESULTADOS DE EXAMES:

RX

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

ORIENTAÇÃO E TALA LUVA

Óbito às _____ H _____ Min

DESTINO DO PACIENTE

() RESIDÊNCIA () INTERNADO

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

Data: ____/____/____

ASSINATURA - CARIMBO - CRM / CRO

Dr. WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

CRM: 18255

Dr. WAYDSON BASILIO DOS SANTOS





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

DADOS DO PACIENTE

DATA INTERNAÇÃO: 14/06/2016 17:26:2

NOME: JOSE MOURATO DA SILVA
ENDEREÇO: FAZENDA FINTADO
MUNICÍPIO: PARNAMIRIM
NATURALIDADE: PARNAMIRIM
PROFISSÃO:
MÃE: AUREA FONSECA DA SILVA
PAI: AOMSO MOURATO DA SILVA
NOME DO RESPONSÁVEL:
CNS: 898603448503047

DATA NASCIMENTO: 15/06/1958 PRONTUÁRIO: 105517
IDADE: 57 anos(s) 11 mese(s) 5 dia(s)
BAIRRO: ZONA RURAL Nº: 1
SEXO: MASCULINO COR: PARDA
ESTADO CIVIL: CASADO(A)
RG:
ALA: TRAUMATO-ORTOPEDIA CPF:
PARENTESCO: Leito: ENF 6 VIRT 3
ESCLARECER:

OCCORRÊNCIA

LOCAL DO ACIDENTE:

DATA:

HORA:

NATUREZA DO
ACIDENTE

☐ Casual

☐ Acid. Trânsito

☐ Intoxicação

☐ Tent. Suicídio

☐ Queda

☐ Acid. Trabalho

☐ Agressão

☐ Outras Causas

ATENÇÃO MÉDICA

ATENDIMENTO:

☐ Clínico

☒ Cirúrgico

QUEIXA PRINCIPAL:

HD:

EXAME

PRESSÃO ARTERIAL:

PULSO:

TEMPERATURA:

PESO:

ESTADO GERAL:

A.C.V.:

A.R.:

A.D.:

A.G.U.:

PARTICULARIDADE OUTRAS:

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

CONDIÇÃO DE ALTA

☐ Curado

☐ Inalterado

☐ Óbito em

☐ +48 Horas

☐ Melhorado

☐ Piorado

Hora

☐ -48 Horas

TRANSFERIDO PARA:

MOTIVO DE ALTA

☐ Decisão Médica

☐ Indisciplin

☐ Alta Pedida

☐ Evasão

☐ Transferida

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

RECEPCIONISTA

Dr. Waydon Bastos dos Santos
Orç. 148.255
CRÉDITO - CREMEPE-2



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE – IX GERES

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que o(a) **Sr.(a) JOSE MOURATO DA SILVA**,
foi atendido (a) neste serviço no dia 15/06/2016 CID: S62.6.

ESCOLHA UMA DAS SEGUINTE OPÇÕES

- (☒) Necessitado de 90 dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).
- (☐) Estando apto para voltar ao trabalho.
- (☐) Como acompanhante
- (☐) Outros: _____

OURICURI, 15 de Junho de 2016

Alexandre Vieira Alves
Médico
CRM-PE 21.518

Dr. ALEXANDRE VIEIRA ALVES
CRM: 21518



RECEITUÁRIO

NOME DO PACIENTE: JOSE WENSTON DA SILVA

Uta oral

① Ibuprofeno 100mg 01x
(1000000)

Paracetamol 500mg
12/12h (2x200)

② Paracetamol 500mg 01x
Paracetamol 500mg 01x
(3x200)

Data: 04/07/16

CRM 1000000
19670

Assinatura - CRM/CRO

AO VOLTAR TRAGA ESTA RECEITA
Não tome medicamento sem receita médica





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

NOME: JOSE MOURATO DA SILVA
DATA: 15/06/2016

RECEITUÁRIO

CEFADROXIL500M.....01 COMP VO DE 12/12H. 03 CAIXAS.

PROFLAM.....01 COMP VO DE 12/12H.

DEOCIL.....01 COMP SL DE 6/6H.


Dr. ADELMO LAGE TEOT: 6668
CRM: 20469





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

NOME: JOSE MOURATO DA SILVA
DATA: 15/06/2016

RECEITUÁRIO CLINICA ORTOPEDICA

2 - PROFLAM (100MG) ----- 01 CX
TOMAR 01 CÁPSULA DE 12H/12H SE DOR.

Dr. ALEXANDRE VIEIRA ALVES
CRM: 21518

Alexandre Vieira Alves
Médico
CRM-PE 21.518



