

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: André Luiz da Silva
brasileiro, Solteiro, Vigilante, e-mail _____, portador(a) da Cédula de Identidade sob o nº. 4.011.657, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 948.435.384-34, residente e domiciliado(a) na Rua Umbuzeiro, nº 56, bairro no Olinda - PE - CEP 53.320-200.

OUTORGADO: RODRIGO ALVES DIAS, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 23.351, JAIME MARÇAL DANTAS FILHO, brasileiro, casado, Advogado, devidamente inscrito na OAB-PE sob o nº. 33.947, FLÁVIA ROBERTA DA SILVA PEREIRA, brasileira, casada, Advogada, devidamente inscrito na OAB-PE sob o nº. 41.105 todos com endereço.

PODERES: Pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber intimação, notificação, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, como também realizar levantamento de alvará judicial de pagamento em seu nome, cheques administrativos e realizar acompanhamento também na esfera administrativa, podendo agir em Juízo ou fora dele, perante todos entes públicos Municipais, Estaduais e/ou Federais, e ainda perante quaisquer Instituições financeiras, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, em fim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste Mandado.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos os contratantes, fica convenicionado que o Outorgante, ora contratante, pagará ao Advogado ora contratado honorários advocatícios **no percentual de 30% (trinta) por cento**, sobre quaisquer valores percebidos pelo contratante, seja em complemento positivo, RPV e/ou Precatório, ou Alvará. Ficando o MM. Juiz autorizado a reter os honorários advocatícios na condenação nos termos estipulados neste contrato.

Recife, _____ de _____ de 201_____.

André Luiz da Silva
AUTOR(A)



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Andre Luiz da Silva,
brasileiro (a), solteiro(a), inscrito (a) no CPF/MF nº 948.435.384-34,
résidente e domiciliado (a) à Endereço com CEP; declaro sob as penas
da lei que não tenho condições de arcar com custas processuais, bem
como quaisquer custos adicionais sem prejuízo do meu sustento e de
minha família, para tanto requeiro os benefícios da assistência judiciária
Gratuita nos termos da lei 1060/50.

_____, ____ de _____ de _____.

Andre Luiz da Silva

_____, - RG _____



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Andre Luiz da Silva
CPF/MF 948.435-384-34 RG 4.011.657
Residente na Cidade de Olinda, Estado Pernambuco.

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização ou sua complementação que entendo ter direito.

Outrossim, declaro pelo presente termo que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas e dos documentos entregues, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Cidade: _____, UF: _____.

_____ de _____, 2018.

Andre Luiz da Silva

Assinatura do Declarante





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
948.435.384-34
Nome
ANDRE LUIZ DA SILVA
Nascimento
04/03/1976

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
B97F.B6A1.B222.B0C3

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:10:46 do dia 08/02/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



2 de 2

17/04/2017 17:50



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO -
DP24ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0114003262**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/04/2017 às
18:00

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 11/1/2017 às 15:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 1. AVENIDA PRINCIPAL
DE PONTA DE PEDRAS, PROXIMO A PIZZARIA DE PONTA DE PEDRAS -**
Bairro: **CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA (AUTOR \ AGENTE)
JOANATHAN DINIZ RODRIGUES DA SILVA (OUTRO)
ANDRE LUIZ DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
ANDRE LUIZ DA SILVA

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

**ANDRE LUIZ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ENEDINA
MARIA DA SILVA Pai: JOSE HELENO DA SILVA Data de Nascimento: 4/3/1976 Naturalidade:
OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4011667/SDS/PE (RG), 94843838434 (CPF)
Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS Telefones Celulares:
- 987757814**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE JATOBÁ (BAIRRO), 66, RUA UMBUZEIRO - CEP:
55000-000 - Bairro: JATOBÁ - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOANATHAN DINIZ RODRIGUES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOANATHAN DINIZ RODRIGUES DA
LVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ANDRE LUIZ DA SILVA
Ibegrão/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO**



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infopol/xml/BOEPreview.html

apreendido: **Não**Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **KJN8388** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2JC41209R079950**

Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADOS ESTAVA PILOTANDO A MOTO DE PROPRIEDADE ACIMA CITADOS, QUANDO O MESMO PERDEU O CONTROLE DA MOTO DERRAPANDO E CAINDO FORTEMENTE AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO AO POSTO DE SAUDE DE GOIANA COM ATENDIMENTO MEDICO N° 41 E DEPOIS SENDO REMOVIDO PELO SAMU COM ATENDIMENTO 5276256 PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES COM PRONTUARIO DE NUMERO 98858 ONDE PASSOU POR CIRURGIA. CASO AFETO A DELEGACIA DE GOIANA.

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

ANDRE LUIZ DA SILVA
(VITIMA)*Andre Luiz da Silva*B.O. registrado por: **RAPHAEL BORGES A. DE ANDRADE - Mat. 221725-2**
Matrícula: **221725-2**



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 359342

Data e Hora: 01/01/2017 18:15

Senha da Classificação:

0040

Paciente: 98055 ANDRE LUIZ DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 04/03/1976 Idade: 40 anos

Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ENEDINA MARIA DA SILVA

Nome do Pai: JOSE HELENO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA BARREIRO FUNDO

-- CASA

35

Bairro: SETOR CENTRAL

Cidade/UF: GOIANIA

GO

Usuário Atendimento: LUISKNS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: 18:01

Queixa Principal

Lesão na região de calcâneo próximo ao tarso no M.D.
Dor na região de calcâneo.

Exame Físico

ECG, Rx, TC, RM, USG.
Exame físico: sem sinais de infecção, edema.
M.D. insensibilizado.

Hipótese Diagnóstica

Fratura de M.D. - FRACTURA

Prescrição Médica

- S.O.S. R.O. de nível / fratura / dor.
- Analgésico de O.A. pedi.

Dr. Danilo Vasconcelos
Cirurgião Vascular & Endovascular
CRM-PE 18.126

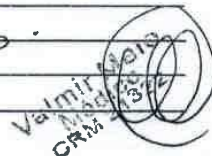
ORTOPEDIA #
M.D. - Exame físico em pé (D)

CD: Ao bloco.

18:45 h em fratura

Assinatura e Carimbo/Médico

Plt de P.E.



Destino: () Encaminhado ao Ambulatório

() Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Ampliação e/ou ortopedia

Senha:



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 01/01/2017 18:11



Nome Paciente: ANDRE LUIZ DA SILVA
Cód. Paciente: 98055
Data de Nascimento: 04/03/1976
Sexo: Masculino
Idade: 40
Senha: 0040
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 359342
SAME: 87487



Período: 01/01/2017 18:21 - 01/01/2017 18:21

CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

URGÊNCIA AMARELO

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE CHEGA NO SERVIÇO TRAZIDO PELO SAMU VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA. APRESENTA LESÃO EM MID, REFRE TER APRESENTANDO PERDA DE CONSCIENCIA, MAS NEGA VÔMITOS. ESTAVEL NO MOMENTO

Exatidão sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO DEFORMIDADE

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

REVISÃO
NEPI - HMA

Acolhido(a) por: CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 01/01/2017 18:21

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Laudo para solicitação de autorização de internação

| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO | | | |
|----------------------------------|--|----------|--|
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | | 2 - CNES | |
| HOSPITAL MIGUEL ARRAES | | 6431569 | |
| 3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | | 4 - CNES | |
| HOSPITAL MIGUEL ARRAES | | 6431569 | |

| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | | |
|--|------------------------|---|---------------|
| 5 - Nome do Paciente | | 6 - Nº Prontuário | |
| ANDRE LUIZ DA SILVA | | 98055 | |
| 7 - Cartão Nacional do SUS | 8 - Data de Nascimento | 9 - Sexo | 10 - Raça/Cor |
| 898003733072717 | 04/03/1976 | Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> | 03 - Parda |
| 11 - Nome da Mãe | | 10.1 - Etnia | |
| ENEDINA MARIA DA SILVA | | 0000 - Não Se Aplica | |
| 13 - Nome Responsável | | 12 - Telefone de Contato | |
| JACIARA | | 8199351247 | |
| 15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) | | 14 - Telefone de Contato | |
| RUA BARREIRO FÚNDO, 35 - SETOR CENTRAL | | | |
| 16 - Município | 17 - IBGE | 18 - UF | 19 - CEP |
| GOIANIA | 520870 | GO | 74063870 |

| LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | |
|--|---|
| Principais Sinais e Sintomas Clínicos | |
| PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA DUAS HORAS RELATA DOR EM JOELHO DIREITO. AO EXAME, EXTENSO FERIMENTO EM JOELHO DIREITO. NEUROVASCULAR PRESERVADO. NÃO HÁ EVIDENCIA DE FRATURA. | |
| 21 - Condições que justificam a internação | |
| CIRÚRGICO | |
| 22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas | |
| RX EXAME FÍSICO | |
| 23 - Diagnóstico Inicial / Código | |
| FERIMENTO DO JOELHO | |
| 24 - CID 10 Principal | 25 - CID 10 Secundário |
| S810 | V210.1 |
| 27 - Descrição do Procedimento Solicitado | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | |
| DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA | |
| 28 - Código do Procedimento | 30 - Caracter de Atendimento |
| 0301060070 | 2 |
| 31 - Documento | 32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente |
| (X) CNS () CPF | 980016278437533 |
| 33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente | 34 - Data da Solicitação |
| SORMANE DE CARVALHO BRITTO | 01/01/2017 |
| 35 - Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente | |
| Dr. Igor Dantas Ortopedia - Traumatologia CRM-PE 22.842 | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) | |
| 36 - () Acidente de Trânsito | 39 - CNPJ Seguradora |
| 37 - () Acid. Trabalho Típico | 40 - Nº Bilhete |
| 38 - () Acid. Trabalho Trajeto | 41 - Série |
| 42 - CNPJ Empresa | 43 - CNAE / Empresa |
| 44 - CBOR | |
| 45 - Vínculo com a Previdência | |
| () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado | |

| AUTORIZAÇÃO | | |
|---------------------------------------|---|---|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador | 47 - Cód. Órgão Emissor | 52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH) |
| | E260000001 | |
| 48 - Documento | 49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador | |
| () CNS () CPF | | |
| 50 - Data da Autorização | 51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho de Classe) | |
| | Dr. Igor Dantas CRM-PE 22.842 | |

AIH
261710084005-7

Código do Laudo: 359342



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 359346

Usuário: JULIANAPP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: ANDRE LUIZ DA SILVA
Idade: 40a 9m 29d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Prontoário: 98055
Profissão: Escolaridade: Data de Nascimento: 4/3/1976
R.G.: 4011657 C.P.F.: 94843538434 Telefone: CEP 74063970
Endereço: RUA BARREIRO FUNDO, 35 - SETOR CENTRAL - GOIANIA - GO
Origem: INTERNACAO
Convênio: SUS - INTERNACAO
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-04
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

N.:
Endereço: R.G.: C.P.F.:
Telefone: Cidade: Numero: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 02/01/17 Hora da Alta: 12:00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: Melhorado
Diagnóstico Principal.....: fratura em fechada D
Diagnóstico Secundário01.: REVISADO
Diagnóstico Secundário02.: CCIH - HM
Procedimento.....: Limpeza Cirurgica + Sutura + Pm
Francisco João Rossi
Médico
CRM PE 23306
Médico e CRM:
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 01 de 01 de 17

X Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ANDRE LUIZ DA SILVA REG: 98055

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

| DATA/HORA | |
|-----------------|---|
| 1/1/2017 | # SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |
| | # ADMISSÃO |
| 18H | |
| | PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ DUAS HORAS. |
| | RELATA DOR EM JOELHO DIREITO. AO EXAME, EXTENSO |
| | FERIMENTO EM JOELHO DIREITO. NEUROVASCULAR |
| | PRESERVADO. RX SEM EVIDENCIA DE FRATURA. |
| | CD: AO BLOCO |
| | Dr. Igor Dantas Ortopedia - Traumatologia CRM-PE 22.842 |
| 02/01/17 | # Ortopedia |
| 7:50 | # FO de ferimento extenso em joelho |
| | Excluído sem novas queixas |
| | GF: FO bom aspecto |
| | Mac. extensor íntegro |
| | Neurovasculares preservados |
| | CD: Alta Hospitalar |
| | Francisco João Rossi Médico CRM-PE 29368 |



HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 01/01/2017

Hora.....: 23:16

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 40388

Paciente : 98055

Convênio Atend. : 1

Leito : 557

Dt. Início : 01/01/2017 22:34

Cid Pré-Operatório : S810

Cid Pós-Operatório : S810

Sala : 0001

SALA 01

ANDRE LUIZ DA SILVA

SUS - INTERNACAO

VERD2-04

Dt. Fim : 01/01/2017 23:30

FERIMENTO DO JOELHO

FERIMENTO DO JOELHO

Atendimento : 359346

Carteira :

Idade : 40 Anos 28 Dias 23 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0401010058

Convênio: 001

Anestesia: 05

EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (PRINCIPA
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA**Equipe Médica**

CIRURGIAO

18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR

Descrição**Descrição Cirúrgica :**DIAGNÓSTICO: FERIMENTO EXTENSO EM COXA DIREITA
CONDUTA: LC + DC + SUTURA
CIRURGIÃO: DR JEFFERSON CALUME
AUXILIAR: DR IGOR DANTAS
ANESTESIA: RAQUI/DRA CONCEIÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSE DE MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. DESBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO EM FERIMENTO DA FACE ANTERIOR DA COXA DIREITA
5. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
6. SUTURA COM FIO NYLON 2-0
7. CURATIVO
8. BOA PERFUSÃO DISTAL
- SR

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar****Dr. Igor Dantas**
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 22.842DR(A) : JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM : 18757

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 16/05/2019 16:40:32

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051616403193400000044547854>

Número do documento: 19051616403193400000044547854

Atendimento: 359346

Dt Atendimento: 01/01/2017 - 19:13

Dt Alta: 02/01/2017 - 14:20

Paciente: 98055 ANDRE LUIZ DA SILVA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 557 VERD2-04

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: JOSAFAXA

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

JOSAFAXA XAVIER ARAUJO

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEICULO

Eu, Joannathan Diniz Rodrigues da Silva, portador do RG N°: 6.125.017 SDS-PE, Data de Expedição: 10/11/2010, portador do CPF N°: 058.601.894.86, com domicilio na cidade de Caruaru, no estado de Pernambuco, onde resido na Rua Aprigio Maciel N°: 06, Bairro do Salgado, Caruaru-PE – CEP: 55.018.300. Declaro sobre as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado era de minha responsabilidade na data do acidente ocorrido com a vítima: **André Luiz da Silva**, cujo o condutor era o mesmo.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda/CG 125 FAN ES

Ano: 2009

Placa: KJN 8385

CHASSI: 9C2JC41209R079959

Data do acidente: 01/01/2017

Local, data: Caruaru, 07/03/2017.



Joannathan Diniz Rodrigues da Silva

Assinatura do declarante por Autenticidade

SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARUARU - PE
RUA LACADÃO PORTO 45 - CENTRO - CEP 55020-400 - TEL: (81) 3121-4855 / 3121-3888 - E-MAIL: cartorio_2oficiocaruara_roamary@outlook.com.br

RECONHECO, por autenticidade a(s) firma(s) de JOANNATHAN DINIZ RODRIGUES DA SILVA, pelo nº 0077073.FL002201703.02248
do fe. CARUARU, 07/03/2017 10:58:22

Em testemunho da verdade *Elizania de Azevedo Silva*
Elizania de Azevedo Silva

Emolumentos R\$3,88 TSNR R\$0,78 Total a Pagar R\$4,66 Oper. CAMILLA H

63 Consulte autenticidade em: www.tpe.jus.br/sptodigital





SECRETARIA DE SAÚDE DE GOIANA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SAMU 192 – GOIANA

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Atendendo _____ ao _____ requerimento _____ do _____ Sr. _____, (a):

RG: 4.011.657.959/PE CPF: 948.435.384-34 constam em nossos arquivos a ocorrência de nº 5276256 do dia 01 de Janeiro de 2017, onde o mesmo foi atendido pelo nosso Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/GOIANA por volta das 16 horas e 25 minutos, vítima de Reinocação. A Ocorrência aconteceu no (a) Unidade Mista de Pontas de Pedras, onde após os cuidados, a vítima foi removida para

Hospital Miguel Arraes.


Fábio Machado de Oliveira
Enfermeiro
Coren-PE 293765

Coordenação de Enfermagem

Goiana, 06 de Abril de 2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIANA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Seu: 5 276256 - 5044325

CNES 2434059

FRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

REGISTRO: 41 Data 01, 01, 17 HORA: 15 43h

Nome: André Luiz da Silva

Sexo: [] MASculino [] FEMiNino IDADE: 40 anos

Endereço: Casa 100m

FILIAÇÃO:

E. Estelina Maria da Silva

OCCORRÊNCIA: AGRESSÃO () AGENTE TRANSPORTE () OUTROS ()

QUEIXA PRINCIPAL: Ferimento no peito

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PESO: KG TEMPERATURA: °C P.A. 100 x 60

EXAME FÍSICO: sem NFD. 14/10/70

DIAGNÓSTICO: Ferimento no peito e no braço

TRATAMENTO INICIAL:

EVOLUÇÃO:





PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA
Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social

Posto Médico de:

P. Pedro

Mat:

Pront:

Paciente:

Severino 5044325

Residência:

R. Nogueira Lima

Alameda

R. Orlado

Exercido o direito
de voto em 2016
e 2020
de acordo com o
processo eleitoral
Nº 1.000.000.000

Grato
S. Orlado
19/09/2020

Nome do Médico CRM

