

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: LEONALDO CAETANO DOS SANTOS, brasileiro, casado, trabalhador rural, RG nº 4.785.244, expedido SSP/PE, CPF:817.311.084-00, residente e domiciliado no Sítio Engenho Cueiras, S/N, Zona Rural, na Cidade de Aliança-PE, CEP 55890-000.

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 09 e 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE.

PODERES: Para representá-lo em juízo, conforme cláusula “ad judícia” prevista no Art. 38 do Código de Processo Civil, 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, desistir, recorrer, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, agravar de instrumento e de petição, argüir exceção, formular recursos extraordinários e inominados, acompanhar andamento de processo, apresentar contra-razões, levantar, requerer ou receber Alvará Judicial, para dar quitação e transigir, 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.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Olinda, 10 de junho de 2019.

Leonardo Caetano dos Santos
Outorgante



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU Leonardo Caetano dos Santos,
RG 4.785.244 CPF 817.311.084-00,
Residente na rua Engenho Cueiras, 12 Bairro Zona Rural
Cidade Alcaniz Estado de PE,

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 a que tenho direito.

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

Timbaúba, 20 de Março de 2019

Leonardo Caetano dos Santos

Assinatura do declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO TAVARES BURIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL REGISTRO GERAL 4785244 DATA DE EXPEDIÇÃO 28.05.1992	
		NOME LEONALDO GAETANO DOS SANTOS	
		FILIAÇÃO João Gaetano dos Santos e Josefa Maria dos Santos	
57		NATURALIDADE Aliança - PE DATA DE NASCIMENTO 17.10.1971	
ASSINATURA DO TITULAR <i>Leonardo Gaetano dos Santos</i>		DOC. ORIGEM C.N. nº 28.420, L-34, F-288, exp/ p/Cart. 1ª Dist. Com. de Aliança-PE. ASSINATURA DO DIRETOR LEINº 7.116 DE 25/08/83	
CARTEIRA DE IDENTIDADE			



10/06/2019



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **817.311.084-00**

Nome: **LEONALDO CAETANO DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **17/10/1971**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/07/2006**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:09:18** do dia **10/06/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **B999.DCA6.DC69.9CD5**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





PREFEITURA DA
ALIANÇA
A GRANDE OBRA E CUIDAR DAS PESSOAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA MUNICIPAL DA ALIANÇA

Rua Marechal Deodoro, 50 - Aliança - PE - CEP 55.890-000
Fone: (33) 3371-3307 / 3307-1488 - E-mail: unidade.mista@pm.alianca.pe.gov.br

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Registro Nº 340495 Hora: 12:40 Recepcionista: _____

UNIDADE DE SAÚDE: _____ DISTRITO SANITÁRIO: _____ DATA: 04/12/17

INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO PACIENTE OU ACOMPANHANTE

NOME: LEONALDO CAETANO DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO: 14/10/71 SEXO: ☒ M ☐ F ☐ IGNORADO

ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDADE: _____ PROFISSÃO: _____ RAÇA/COR:
☐ 1 - BRANCA
☐ 2 - AMARELA
☐ 3 - PRETA
☐ 4 - INDÍGENA
☐ 5 - PARDAS

NOME DA MÃE: JOSEFA MARIA DOS SANTOS

ENDEREÇO: RUA CUEIMS Nº: _____ COMPLETO: _____ CEP: 55.890.000

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: ALIANÇA - PE

ACOMPANHANTE: MARIA AURORA DE OLIVEIRA DA SILVA

PRECEDÊNCIA: 4º ANO MEIO DE TRANSPORTE: _____

HDA: Vítima de atropelamento por carro há 30 minutos. Refere dor em M2 de m. bíceps quando respira

VACINAS ATUALIZADAS: ☐ SIM ☐ NÃO

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTES OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO AUTOMÓVEL ☐ ÔNIBUS ☐ MOTO ☐ OUTRO ☐ QUAL? _____ ☐ IGNORADO

FATOR DE PROTEÇÃO CINTO/CAPACETE: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ IGNORADO

MODO DE ATROPELAMENTO: COLISÃO ☐ CAPOTAGEM ☐ OUTRO ☐ QUAL? _____ ☐ IGNORADO

INDO/VOLTANDO DO TRABALHO: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ IGNORADO

ACIDENTE DO TRABALHO

ORIGEM CONSTRUÇÃO CIVIL ☐ INDÚSTRIA ☐ AGRICULTURA ☐ COMÉRCIO ☐ QUAL? _____ ☐ IGNORADO

LOCAL DE TRABALHO: ORGÃO: _____ ENDEREÇO: _____ ☐ IGNORADO

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

INTOXICAÇÃO ACIDENTAL ☐ QUEDA ACIDENTAL ☐ AFOGAMENTO ☐ QUEIMADURA ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ OUTRO ☐ QUAL? _____

AGRESSÃO

POR ARMA DE FOGO ☐ ARMA BRANCA ☐ ESPANCAMENTO ☐ OUTROS ☐ QUAL? _____ ☐ IGNORADO

POR ASSALTO ☐ BRIGA ☐ AÇÃO POLICIAL ☐ AGRESSÃO SEXUAL ☐ OUTROS ☐ QUAL? _____ ☐ IGNORADO

AUTO AGRESSÃO ☐ SUICÍDIO ☐

POR ARMA DE FOGO ☐ ENFORCAMENTO ☐ DROGAS ☐ CUIDADO CIVIL ☐ QUAL? _____ ☐ IGNORADO

LOCAL DA OCORRÊNCIA

VIA PÚBLICA ☐ DOMICÍLIO ☐ AMBIENTE DE TRABALHO ☐ ESCOLA ☐ OUTROS ☐ QUAL? _____

OBSERVAÇÕES:

MENTE
DEBILITADA

26 MA

e Segura
M. Barbosa

EXAME FÍSICO:

A) GERAL PESO:

ESTATURA

TEMP

P



C: CARDIOVASCULAR:	PULSO:	TEMP	PA:	X	MMHG
ECG 2T, BNF, vs.					
D: EXAME NEUROLÓGICO: ECG-15					
E: ABDÔMEN: Abat					
MID: Fratura fechada.					
DIAGNÓSTICO INICIAL:					
EXAMES SOLICITADOS:					
Unifilar PA.					
TRATAMENTO / PROCEDIMENTOS:					
1) Celeprofeno - 1FA + AD, EV. 2) Espirena - 1amp + AD, EV. 3) Solicitar senha Ortopedia. HGV-400340 (sentra manual). 4) Necadron 2mg/ml - 1amp + AD, EV.					
DATA: 04/12/18		 ASSINATURA CONSELHO N°			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:					
ALTA MELHORADO ☐ INTERNADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ ÓBITO ☐					
TRANSFERIDO PARA:					
MÉDICO		CRM	DATA	HORA	
Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões sem exames complementares e transporte se forem necessários.					

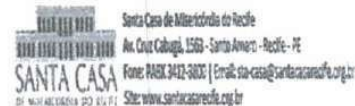


Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: LEONALDO CAETANO DOS SANTOS
Reg.: 616211 Pront.: 1154918
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 17/10/1971
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 47
Admissão: 05/12/2018 16:17 Alta: 08/12/2018 12:33



Admissão:

FRATURA EM OSSOS DA PERNA ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S82.2 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	05/12/2018 16:17	08/12/2018 12:33	3 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº HENRIQUE para 21 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;
- 5) Não pisar até 2º ordem;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10531



Santa Casa de Recife

Solicitação de Exames

Paciente: LEONALDO CAETANO DOS SANTOS

Reg.: 616211

Pront.: 1154918

Telefone: 81997770114

Dt. Nasc.: 17/10/1971

RG: 4785244

Titular: LEONALDO CAETANO DOS SANTOS

Matric:

Unidade: ENFERMARIA SÃO LUIZ

Leitos: LEITO A1

IH No.: 1 Admissão: 05/12/2018 16:17

Convênio: RETAGUARDA GETULIO

CID: S822

OS:

Data/Hora: 07/12/2018 11:33

Exames Solicitados:

- 1) RX PERNA ESQUERDA

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10531



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente:

Mr
21/03/19

Marcos Gonçalves
CRM 10871
Otorrinolaringologista

Cód.:1226



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife

HOSPITAL SANTO AMARO

Convênio SUS



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente:

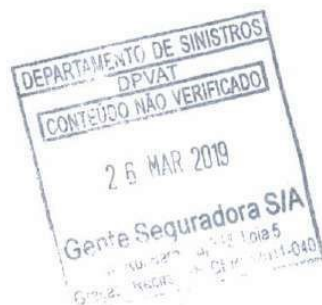
Germano Costa S/A

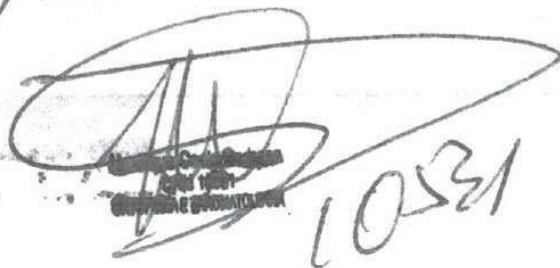
CID - S82.34
S82.6 q. 82
PVS OP 2 mmus
nova arya
com 2 muletes

04/12/19

 ME

Assinatura do Médico
Cód. 1226



CID= 5822+
5826 9
ANETA
Tempo PLATA
GONNORVET 9 MS
 10531





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 048ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALIANÇA - DP48ªCIRC
DINTER/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0138000159**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/02/2019** às **10:19**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **4/12/2018** às **12:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ALIANÇA, 01, ESTRADA QUE DA ACESSO AO DISTRITO DE CAUEIRAS** - Bairro: **CENTRO - ALIANÇA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A EMPRESA DE AZOKA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LEONALDO CAETANO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **LEONALDO CAETANO DOS SANTOS**

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

LEONALDO CAETANO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MARIA DOS SANTOS Pai: **JOÃO CAETANO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **17/10/1984** Naturalidade: **ALIANÇA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4785244/SSP/PE (RG), 81731108400 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **TRABALHADOR RURAL** Telefones Celulares: **- 81997770114**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ALIANÇA, , ENGENHO CUIERAS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ALIANÇA/PERNAMBUCO/BRASIL, EM FRENTE AO ABRIGO DE ÔNIBUS - BR 408**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LEONALDO CAETANO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEONALDO CAETANO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KMB3332 (PERNAMBUCO/ALIANÇA)** Renavam: **825768292** Chassi: **9C2JC30104R105057**
Ano Fabricação/Modelo: **2004/NÃO INFORMADO** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

23/04/2019 14:0



ESTEVE HOJE NESTA DEPOL A VÍTIMA PARA RELATAR QUE NA DATA CITADA ESTAVA TRANSITANDO COM SUA MOTOCICLETA SENTIDO CAUEIRAS/CENTRO DE ALIANÇA, QUANDO UM VEÍCULO EM SENTIDO CONTRÁRIO E DESGOVERNADO BATEU NELE O ATROPELANDO CAUSANDO-LHE LESÕES DE FRATURA EXPOSTA EM SUA PERNA DIREITA; E EVADINDO-SE DO LOCAL SEM PRESTAR QUALQUER SOCORRO. DISSE AINDA QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO ATÉ A UNIDADE MISTA DE ALIANÇA ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE ONDE FICOU INTERNADO POR QUATRO DIAS. PARA ESSE REGISTRO NOS FOI APRESENTADA UMA FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA DA UNIDADE MISTA MUNICIPAL DA ALIANÇA SOB O REGISTRO N°340195. ASSINADO PELA DRA. THAIS GONÇALVES CRM-PE25816. E DUAS PRESCRIÇÕES MÉDICAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA ASSINADAS PELO DR. HENRIQUE COSTA BARBOSA. DIANTE DOS FATOS REGISTRO A OCORRÊNCIA. SEM MAIS, ENCERRO O PRESENTE.

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

LEONALDO CAETANO DOS SANTOS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **ANDRE JOSE TRAJANO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **272745-5**

23/04/2019 14:02



SINISTRO 3190230689 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** LEONALDO CAETANO DOS SANTOS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO LEONALDO CAETANO DOS SANTOS**CPF/CNPJ:** 81731108400**Posição em 10-06-2019 11:13:30**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/05/2019	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

