

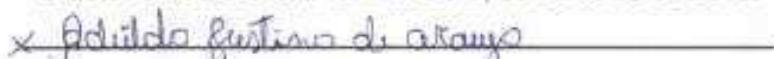
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO , brasileiro, solteiro, alfabetizado, portador do RG nº N° 9.819.972 SDS-PE e CPF nº 127.862.594-10, residente RUA MARCENA – 121 – BELA VISTA – SANTA CRUZ DO CABIBARIBE– 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 estabelecer 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: ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO, 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 CABIBARIBE-PE, 30 de MAIO de 2019.



ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO - Outorgante / declarante





SINISTRO 3190249216 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO
COBERTURA invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO
CPF/CNPJ: 12786259410

Posição em 24-05-2019 11:15:39

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
27/05/2019	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

24/05/2019 11:15



Assinado eletronicamente por: MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI - 06/08/2019 09:26:30
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080609263035700000048061320>
Número do documento: 19080609263035700000048061320

Num. 48812439 - Pág. 4



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0218004181

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/09/2018 às 15:38**

Complementa o BO Número: **18E0218001913**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **3/12/2016 às 04:50**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAIBARIBE, 1, RUA MARIA LIRA, NOVA SANTA CRUZ**, - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoal(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
IVO JUVINIANO ALVES (OUTRO)
ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO**

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

ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **JOELMA JUSTINO DE ARAUJO** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **31/7/1999** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9819972/SDS/PE (RG) 12786259410 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 993804732**

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAIBARIBE, 1, RUA NASCENA, 121, MALHADA DO MEIO, - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

IVO JUVINIANO ALVES (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** -
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): **IVO JUVINIANO ALVES**, que estava em posse do(a)
Sr(a): **ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KHS3859** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KD03107R009502**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA AFIRMA QUE NO DIA 03 DE DEZEMBRO DE 2016, POR VOLTA DAS 04:50 HORAS, SE DIRIGIA PARA A SUA RESIDENCIA, PILOTANDO A MOTOCICLETA NXR150 BROS, DE COR PRETA, A QUAL TINHA COMPRADO HÁ POUcos DIAS E AINDA ESTAVA RESOLVENDO A DOCUMENTAÇÃO DA MESMA, MOMENTO EM QUE NO ENDEREÇO CITADO, SE LIVROU DE UMA OUTRA MOTOCICLETA E COLIDIU COM UMA PAREDE DE UM MURO, CHEGANDO A DESMAIAR, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UPA DESTA CIDADE, SENDO QUE APÓS OS PRIMEIROS SOCORROS E FICAR EM TRATAMENTO POR DOIS DIAS, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. DIANTE DO FATO EXPOSTO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.,

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

ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO
(VITIMA)

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

[Imprimir](#)





440241

0156596/18

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0218001913

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/04/2018 às 15:25**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **3/12/2016 às 04:50**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA MARIA LIRA, NOVA SANTA CRUZ, - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ JUVINIANO ALVES (OUTRO)
ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) **Sr(a)-ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO**

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

ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mae: **JOELMA JUSTINO DE ARAUJO** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **31/7/1999** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9818972/SDS/PE (RG), 12786259410 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 993804732**

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA NASCENA, 121, MALHADA DO MEIO, - 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 - 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**

JOSÉ JUVINIANO ALVES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Motivo da Viagem:



DESCONHECIDO

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - 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)

Ivo

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ JUVINIANO ALVES**, que estava em posse do(a)
 Sr(a): **ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **Preta** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KHS3859** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KD03107R009502**
 Ano Fabricação/Modelo: **2008/2007** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA AFIRMA QUE NO DIA 03 DE DEZEMBRO DE 2016, POR VOLTA DAS 04:50 HORAS, SE DIRIGIA PARA A SUA RESIDENCIA, PILOTANDO A MOTOCICLETA NXR150 BROS, DE COR PRETA, A QUAL TINHA COMPRADO HÁ POCOS DIAS E AINDA ESTAVA RESOLVENDO A DOCUMENTAÇÃO DA MESMA, MOMENTO EM QUE NO ENDEREÇO CITADO, SE LIVROU DE UMA OUTRA MOTOCICLETA E COLIDIU COM UMA PAREDE DE UM MURO, CHEGANDO A DESMAIAR, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UPA DESTA CIDADE, SENDO QUE APÓS OS PRIMEIROS SOCORROS E FICAR EM TRATAMENTO POR DOIS DIAS, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. DIANTE DO FATO EXPOSTO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.,

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(na) neste unidade policial:

Adeildo Justino de Araujo

ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO
 (VITIMA)

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



Assinado eletronicamente por: MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI - 06/08/2019 09:26:30
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908060926303570000048061320>
Número do documento: 1908060926303570000048061320

Num. 48812439 - Pág. 9



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

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que consta nos registros de ocorrências do SAMU REGIONAL AGreste -BASE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, atendimento realizado ao Senhor ADEILDO JUSTINO DE ARAÚJO, no dia 03 de dezembro de 2016, pela UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, com número de ocorrência 19889, ID 0031, para atender a uma queda de moto na rua Maria Lira –Nova Santa Cruz, por volta das 05:h22m, que prestou atendimento à vítima, transportando-a em seguida para UPA 24H em Santa Cruz do Capibaribe

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 17 DE JANEIRO DE 2017.

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA

Coordenadora

Recebi esta declaração do SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

EM ____ / ____ / ____.



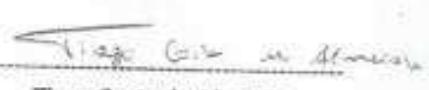


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr ADEILDO JUSTINO DE ARAUJO nascido em 31/07/1999 esteve nesta unidade hospitalar no dia 03/12/2016 por volta das 05h52min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 18 de Janeiro de 2017.

ATENCIOSAMENTE


Tiago Costa de Almeida
Diretor Clínico
Matrícula 069121

Rodovia PE 160, 5N – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hscc@gmail.com





FICHA DE ATENDIMENTO

RECEPCIONISTA: Jucimara Data: 03/12/16 Hora: 05:52 min
Nome: Juliana Justino de Souza Nº do Prontuário: 25949
RG: _____ Idade: _____ Nascimento: 31/07/99 Nº SUS: _____
Estado Civil: _____ Profissão: outros Fone: () _____
Endereço: Pratidão Nº: SW Bairro: _____
Cidade: ACC Acompanhante: () Sim Não () Nome: _____
Pai: _____
Mãe: Juliana Justino de Souza

Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____ : _____ min

PA: 160 T: _____ HGT: _____ FC: 84 FR: 17 SaO2%: 99

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: _____ : _____ min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO:

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

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

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 24h(); mucosas ressecadas()
Queimaduras de 1º e 3º graus em áreas não críticas(); Abuso sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa()
Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa(); história até 72h de:
Melena(); Hematêmese(); enterorragia(); epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/ mat 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, luxações(); Dor abdominal sem alterações de SSVV(); PAS entre 160 a 190mmhg sem sintomas(); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas(); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia().

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AZUL:

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

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

ENCAMINHADO: _____

ASS. E CARIMBO: _____

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL: Ad. 22.40 : os ① SF 0,7% 200ml ②

③ Dipiridam 0,375mg

④ Decadron 10mg c/amp

Nove 8 mg 3
200ml

MÉDICO:

Histórico do paciente: PACIENTE TRAZIDO PELA FMVN VITIMA DE TOXICOS DE MODO COM POCER. PACIENTE ALCOHOLIZADO, HÓLITO ESTÍLITO. VÔMITO SEM SELETAÇÃO FENOTIPO.

Exame Físico: LEIAO TORTO-TONNA F SEDATIVA EM REGIÃO OCCIPITAL.

Hipótese diagnóstica _____

Conduta: _____

Anágua
06:09

① SG 5°G 100ml, SR + 1AMP Plaxil

② RX PC CERVICAL

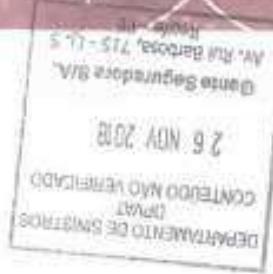
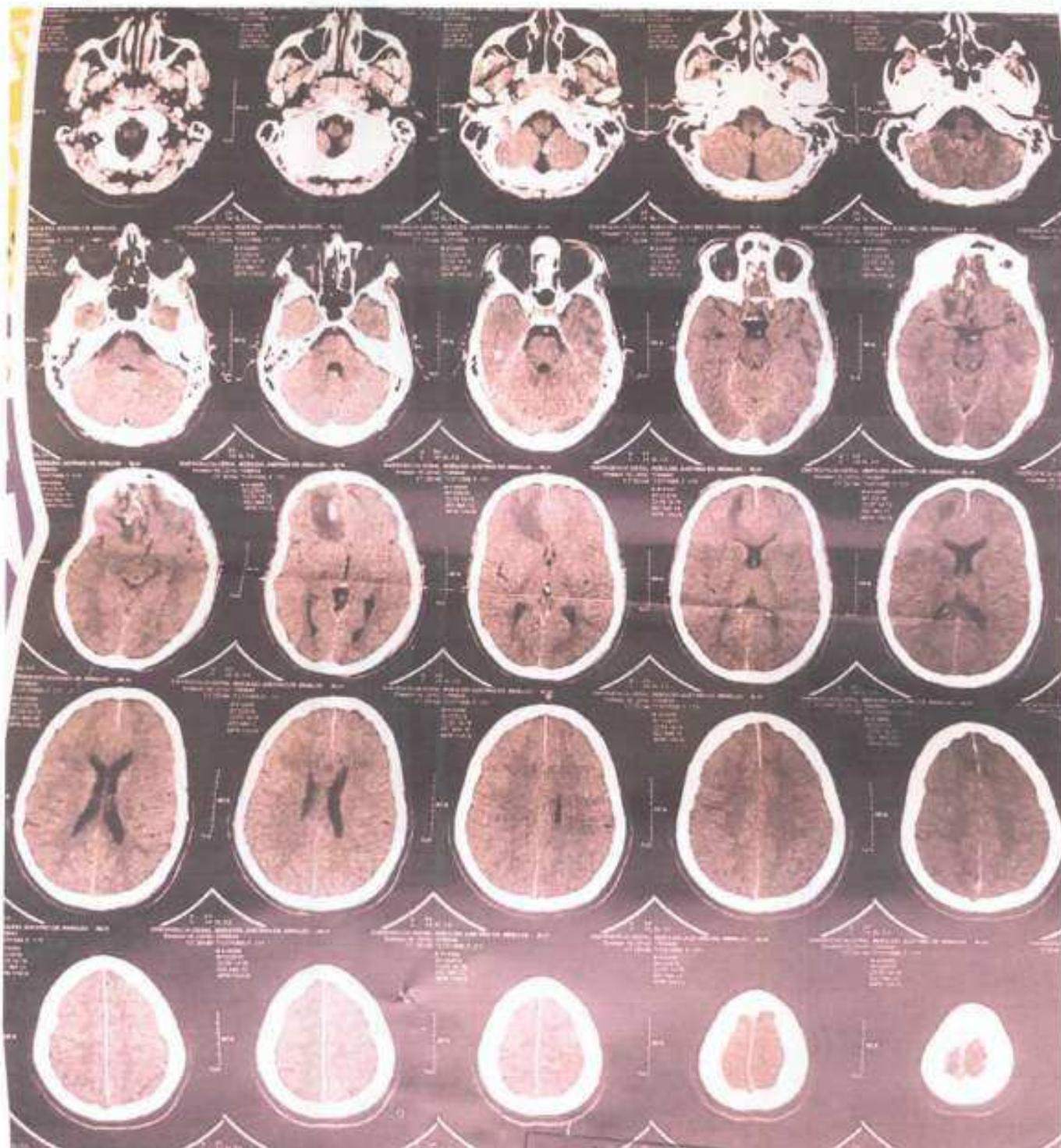
③ FM CORT 50mg, 1AMP, ④

⑤ Tiamox 0,1FA + DLU, AD qd 08/08h 1:6 008

⑥ Recalagem - OIFA, FM 1000ml 4-7-2040 (250ml) ⑦



488238
0427006/18



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVICO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº 739104

Nome: Astulene Justino de Souza

Foi atendido às 20:05 h do dia 06/12/16

Diagnóstico Provável TLF Cervicoratalgia
data da alta 10/12/16

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:
CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)

VÓMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja
Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL).

Volta ao ambulatório de NEUROCIRURGIA (7 dias)

Observação Continuo com meu en
me desço

ATENÇÃO: Este documento destina-se à 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.

Cod. 0092

