





## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO, brasileiro, solteiro, autônomo, RG: 974.879 SDS/PE e CPF: 172.114.334-34, residente na Rua Carolina, N° 50, Aguas Compridas, Olinda / PE.

**OUTORGADO:** PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o n° 20.832 e portador do CPF sob o n° 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, n° 44, sala 42, Boa Vista, CEP 50070-075, Recife/PE.

**PODERES:** Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP e revigorado pela Lei n° 8.441/92.

Recife, 08.06.19

JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO  
Outorgante



### DECLARAÇÃO

D E C L A R O, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuízos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 08 de junho de 2019.

JOSE TÁMARES MATEL MONTEIRO.







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E2141000918

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/03/2018 às 14:37

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 16/1/2018 às 08:10

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA LEOPOLDINO CANUTO DE MELO, 01, PRÓXIMO AO MERCADINHO CAIXA D'ÁGUA - Bairro: CAIXA D'ÁGUA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
MARIA ANGELA TAVARES MACIEL (NOTICIANTE)  
JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

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

**MARIA ANGELA TAVARES MACIEL (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: HISELINA TAVARES MACIEL Pai: ANTONIO MACIEL MONTEIRO Data de Nascimento: 26/10/1960 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA TENENTE PADILHA, 81, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: CAIXA D'ÁGUA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: HISELINA TAVARES MACIEL Pai: ANTONIO MACIEL MONTEIRO Data de Nascimento: 2/2/1950 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 974678/SDS/PE (RG), 17211433434 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Profissão: APOSENTADO Telefones Celulares: 988113480**

Endereço Residencial: **RUA CAROLINA, 50, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



## Complemento / Observação

A NOTICIANTE INFORMA QUE NO DIA 16/01/2018, POR VOLTA DA 08H.10MIN., A VÍTIMA, SEU IRMÃO, JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO, FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA, NA ESTRADA DE CAIXA D'ÁGUA, EM OLINDA, QUANDO TENTAVA ATRAVESSAR A VIA. ELA RELATA QUE, EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE, A VÍTIMA SOFREU VÁRIAS LESÕES, INCLUSIVE FRATURAS EXPOSTAS NA PERNA. INFORMA, AINDA, QUE, TANTO O CONDUTOR DA MOTOCICLETA QUANTO A PASSAGEIRA QUE ESTAVA DE CARONA, TAMBÉM SOFRERAM LESÕES E FORAM SOCORRIDOS POR VIATURAS DO SAMU QUE LEVOU O CONDUTOR PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, E A PASSAGEIRA PARA UPA-CIDADE TABAJARA. JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR (PROTOCOLO DE ATENDIMENTO N° 2018APH000275) QUE O LEVOU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO, FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E RECEBEU ALTA MÉDICA NO DIA 05/02/2018. A NOTICIANTE RELATA QUE OS OS DADOS DA MOTOCICLETA, SEM COMO DO CONDUTOR, NÃO FORAM ANOTADOS.

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

*Maria Angela Tavares Maciel*  
MARIA ANGELA TAVARES MACIEL  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: OZINALDO SEVERINO DA SILVA - Matrícula: 209234-4





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2018APH000275 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). MARIA ANGELA TAVARES MACIEL, 57 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 1997018 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 448.813.634-68, residente à RUA TEN PADILHA, nº 81, , CAIXA D'ÁGUA, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 16/01/2018, por volta das 07:33 hs, no endereço: AV. LEOPOLDINO CANUTO DE MELO, 1339, CAIXA D' ÁGUA OLINDA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO, inscrito sob o CPF nº 172.114.334-34 e Registro Geral nº 974679, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710249-6 ERASMO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº 920761. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 15/03/2018

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2018APH000275*

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





609-1



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



## FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO	PRONTUÁRIO: SR1232	ATENDIMENTO: 90920935
DATA DE NASCIMENTO: 02/02/1950	FOI ATENDIDO EM: 16/01/2018 ÀS 08:43	
	DATA DA ALTA: 05/02/2018 ÀS 16:39	

## Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, RESULTANDO EM FRATURA/LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO, CID10:S.82

## Tratamento Realizado:

REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO + FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO TUDO A TUBO EM 25/01/18

## Observação:

ATE + ANALGESIA PARA CASA  
AFASTAMENTO DE ATIVIDADES LABORAIS POR 60 (SESENTA) DIAS

## Encaminhado para:

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR. WELLINGTON BRAUN

Dr. José Dias O. Neto  
Médico  
CRM-PE 14.876

JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO - CRM: 10210576

Recife, 05, FEVEREIRO, 2018

## 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.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### Receituário Controle Especial

Identificação do emissor				
NOME COMPLETO: PLETO: JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO			CRM: 10676	
UF PE	NÚMERO: S/N	Endereço: AV. AGAMENON MAGALHÃES		
BAIRRO: DERBY	FONE: 3181-5400	CIDADE: RECIFE	UF: PE	

Paciente:

JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

Endereço paciente:

RUA DA CAROLINA

Prescrição:

USO ORAL

1- CEFALOXINA 500MG

40CP

TOMAR 61CP, 6/6H, POR 10 DIAS

Data: 05/02/2018

Dr. José Dias de Neto  
Médico  
CRM-PE 10.676

Assinatura do médico/carimbo

Identificação do Comprador	
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do Farmacêutico	
Data:	

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### Recetário Controle Especial

Identificação do emitente					
NOME COMPLETO: PLETO: JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO			CRM: 10075		
UF: PE	NÚMERO: S/N	Endereço: AV. AGAMENON MAGALHÃES			
BAIRRO: DERBY	FONE: 3181-5400	CIDADE: RECIFE	UF: PE		

Paciente:  
JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

Endereço paciente:  
RUA DA CAROLINA

Prescrição:  
USO ORAL

1- CEFALOXINA 500MG ..... 40CP  
TOMAR 01CP, 6/6H, POR 10 DIAS

Data: 05/02/2018

Dr. José Dias de Monte  
Médico  
CRM-PE 10.075

Assinatura do médico/carimbo

Identificação do Comprador	
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor
Assinatura do Farmacêutico
Data:

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### Receituário Controle Especial

Identificação do emitente			
NOME COMPLETO:		CRM:	
FLETO: JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO		10576	
UF:	NÚMERO:	Endereço:	
PE	S/N	AV. AGAMENON MAGALHÃES	
BAIRRO:	FONE:	CIDADE:	UF:
DERBY	3181-5400	RECIFE	PE

Paciente:

JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

Endereço paciente:

RUA DA CAROLINA

Prescrição:

USO ORAL

1- DIFIRONA 1G \_\_\_\_\_ 01CX  
TOMAR 01CP, 6/6H, SE DOR

2- PACO 30MG \_\_\_\_\_ 01CX  
TOMAR 01CP, 8/8H, SE DOR INTENSA

Data: 05/02/2018

Dr. José Dias (L. Neto)  
Médico  
CRM-PE 10.076

Assinatura do médico/carimbo

Identificação do Comprador	
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor
Assinatura do Farmacêutico:
Data:

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400



**SINISTRO 3180584060 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

**BENEFICIÁRIO** JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

**CPF/CNPJ:** 17211433434

**Posição em 05-06-2019 16:51:23**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenização</b>	<b>Juros e Correção</b>	<b>Valor Total</b>
26/04/2019	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

