



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA -
DP45ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0135002126

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/06/2016** às
18:14

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **10/11/2013** às **22:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CAMARAGIBE, 1, ESTRADA BOLA
NA REDE, PAULISTA PE. - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO
/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ADRIANO BATISTA RIBEIRO (AUTOR \ AGENTE)
ANDERSON CLEYDITON DA SILVA DIAS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
ADRIANO BATISTA RIBEIRO

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

ANDERSON CLEYDITON DA SILVA DIAS (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: JOSEANE MEIRELES DA SILVA Pai: ANTONIO JERONIMO DIAS Data de
Nascimento: 7/3/1987 Naturalidade: CAMARAGIBE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE PAUDALHO, 2, RUA MARIO MELO Nº2, CHÃ DE CRUZ
PAUDALHO, PE. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL

ADRIANO BATISTA RIBEIRO (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ADRIANO BATISTA RIBEIRO, que
estava em posse do(a) Sr(a): ADRIANO BATISTA RIBEIRO
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVELVW/CROSS FOX Objeto apreendido: NÃO
Cor: PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Anderson e da S. Dias



Placa: **KJS8194** (PERHAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9BWKB05Z264209578**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2006** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

RELATA A QUE ESTAVA COMO PASSAGEIRO NO VEÍCULO ACIMA CITADO PELA ESTRADA DESOLA NA REDE NO MUNICÍPIO DE PAULISTA, PE EM UMA CURVA O CONDUZTOR DO REFERIDO VEÍCULO PERDEU O CONTROLE DA VOLANTE VINDO A CAPOTAR EM UMA RIMBANCEIRA CAUSANDO FRATURA NO ANT BRAÇO DIREITO SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NA AV. CAXANGA RECIFE PE. APÓS RECEBER OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS ONDE FOI SUB MENTIDO A CIRURGIA, PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS CABIVEIS, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENGERRO O PRENTE B.O.E.

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

Anderson C da S. Dias

ANDERSON CLEYDITON DA SILVA DIAS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MILTON NEVES DE LIMA** - Matrícula: **142161-1**

[Assinatura]



DECLARAÇÃO

Declaro, com fulcro na Lei Federal nº 7.115, de 29 de agosto de 1983, para todos os fins de direito, e para fins de prova junto ao Poder Judiciário do Estado, bem como para ser beneficiado pela assistência gratuita, que no momento não disponho de recursos financeiros para pagar custas processuais, bem como honorários advocatícios, porque se assim fizer irá interferir na pouca renda que percebo para minha manutenção juntamente com minha família, razão pela qual faço a presente declaração e assino sob as penas da lei, sabendo que em caso de falsidade, irei responder pelas sanções cabíveis para o caso.

De logo, requer que o advogado ora subscritor da exordial, por ser pessoa de minha inteira confiança, seja nomeado meu defensor.

Carpina- Pe, 04 de Agosto de 20 17.

Anderson e. da S. Sio



GOVERNO DE Pernambuco
UPA 24h
UPA 24h
Claydson Santos
Arquivista - Mat. 1964
CAXANGÁ
MARC
Mário Lucinda
Médico
Mestre em Medicina

Data do Atendimento: 11/11/2013 Hora: 00:40:43
No. Atendimento: 503799 CLINICA GERAL
Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO PRONTUÁRIO: 247067 Colaborador: CLEMILDACS

Nome: ANDERSON CLEYDITON DA SILVA DIAS

Data de Nascimento: 7/3/1988

Idade: 28 Anos, 8 Meses e 74 Dias

Pais ou responsáveis: JOSEANE MEIRELES DA SILVA

Endereço: MARIO MELO, 2 - CENTRO/ - 55825000

Cidade: PAUDALHO

Tel.: 81 93398089

Hora do Atendimento: 00:40 Hs

Peso: Kg

Temperatura: °

QPD / HDA: Paciente trazido por Bombeiros, após SAMU com episódios de acidez e náuseas, com queda em banheiros, estava no banheiro de trás sem sinal de segurança.

EXAME FÍSICO: Muito pouco de consciência em contexto

DIAGNÓSTICO: A - Muito dolorido, porém, com coloração normal
B - FC = 100 bpm
C - FC = 84 bpm PA = 120 x 70
D - 60 x 15

E - Presença de deformidade em

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO: Uso de gesso em punho, (B) + edema e escoriações em tornozelo (D).

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: (B), Politrax.

1) Fratura fechada - de punho (B)
2) Entorse de tornozelo (D)?
3) Imobilização

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Internamento

() Transferência para outra Unidade () Obito () Outro:

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

2) fratura fechada - de punho (B)
3) (B) NA ORTOPEDIA.
4) Alta de casa com uso de

Médico - Carimbo e Assinatura



12/11/12 ortopedia

Paciente vítima de acidente automobilístico
com fratura de punho.

Tentado transferência sendo informado que
não havia serviço para enviar a paciente

cd: oriento sobre posternomemb
tala axilopalmar

02h - 1º curativo

Dr. Jacques F. Cantarelli
Traumatologia / Ortopedia
CRM/PE 19492

Dr. F. Cantarelli
CRM/PE 21.375

11/11/13 ⇒ Paciente Quixadá - SE DE DOL C Pnco D.

04:00

CD: Tramadol 100mg oral + 100mg
SAL 500ml em lento.

Pedro F. E. Cantarelli
Médico
CRM/PE: 21.375

11/11/13 Traumatologia
05h30m

Paciente evolui com dor em punho dor-
tificado transference novamente punho o
central a qual informou que o serviço permitiu
receber lotados, orientando novo contato no
próximo plantão

Dr. Jacques F. Cantarelli
Traumatologia / Ortopedia
CRM/PE 19492



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

11/11/2013 00:37



Nome Paciente: ANDERSON CLEIDTON DA SILVA DIAS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: S0007
Convênio:
Atendimento:

11/11/2013 00:37 - ADRIANA DE SENA SALES DE MELO - COREN: 176855 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

URGENCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: VITIMA DE COLISAO CARRO COM MOTO ONDE REFERE DOR EM TORAX +
IMOBILIZAÇÃO EMMSD (REALIZADO PELOS BOMBEIROS)
NEGA DESMAIO E EMESSE

Observação: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA
TRAZIDO PELO SAMU DIRETO DA SALA AMARELA

Fluxograma sintoma: DOR TORÁCICA

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: CLINICA GERAL

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: -

Recursos Utilizados: -

Intervenções Salva
Vida: -

Situações de Alto
Risco: -

Acolhido(a) por: ADRIANA DE SENA SALES DE MELO
Data: 11/11/2013 00:37



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Uso outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Loló () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Fratura rádio direito 1/3 inferior

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____ Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Assinatura 11/11/13
Local e data

Assinatura
Médico Assistente



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: _____

Nome: Anderson Cleodirton de Silva

Foi atendido às _____ hs do dia 11 / 11 / 17

Diagnóstico Provável:

Vitruvo q. da de resto da t. de
com dermatoes.
ECG: AS, sup. la. ico. foto.
q. poeira

Tratamento Realizado:

Terminou q. de lesões na pele
Razo X anal. q. fotos em tempo
em Alta do NUR

Observação:

Retorno p. unidade de
urgência

Cópia de:

[Assinatura] 11/11/17
Médico - CRM nº _____

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.





SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA

BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: ANDERSON CLEYDITON DA SILVA DIAS

Ocorrência da Emergência:

- 1.1 Atendimento em:
- 1.2 ÀS horas e minutos
- 1.3 Internado:
- 1.4 Retirou-se às hs e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 934585

- 2.1 – Internado em: 10/12/2013
- 2.2- Alta em: 10/12/2013

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO.

4. Tratamento: RETIRADA DE FIOS DO KIRSCHNER.

5. Observação: 5.1AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA INTEGRA DA FICHA E/OU DO PRONTUARIO DO PACIENTE.

DATA: 03.6.2014
PASTA: 02.01.2014
TB
FK

Dr. Tadeu Buriil
Médico Vascular
CRM 3019 / Mat. 0586683

Dr. Tadeu Buriil



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas 		RECEITUÁRIO	
NOME COMPLETO:			
IDADE:		SEXO: F ☐ M ☐	
<u>Louco Múico</u> Dados para fins Tributários que o Sr Anderson Clayton do Silva Dias (A34585) opinto Fretado a Roda Dental Duto, Fretado com 03 fcs a Kuscher em 11/11/13. No momento, em con- panhamento #Anulacional Otopia = CID10 = 552.5  22/11/13			

HGV.1002.V.1.2013.

Avenida General San Martin s/n - Candeiro
 Recife/PE - CEP 50.630-060
 Fone 0XX81.31845600



P R O C U R A Ç Ã O "AD JUDICIA"

Pelo presente instrumento particular de
mandato, Anderson Cleydton da Silva Dias
brasileiro, natural de Camaragibe - Pe, Estado Civil
Casado, profissão Serralheiro,
regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 086.243.454-52, portador
do RG nº 7.642.406, Órgão Exp.: SDS-PE, residente e domiciliado
na Rua Mario Melo nº 02, Chã de Cruz, CEP 55825-000,
Paudalho - Pe., nomeia e

constitui como seus bastantes procuradores, o Dr. **ROSSANO MÁRIO
SPÍNDOLA DE OLIVEIRA**, brasileiro, casado, inscrito na OAB / PE, sob o nº
13.678, com endereço profissional sito à Rua Antonio Carneiro Cesar Menezes, nº
94, bairro Senzala, Carpina, Estado de Pernambuco, CEP.: 55813-230, outorgando-
lhes os poderes da cláusula "ad judicium" para o fôro em geral, bem como os
poderes especiais da cláusula "extra judicium", podendo para tanto tudo requerer,
assinar, transigir, desistir, renunciar, firmar compromisso, substabelecer, enfim
praticar todo e qualquer ato que se faça necessário ao fiel cumprimento deste
mandato, com ou sem reservas de poderes ora outorgados.

Carpina - Pe, 04 de Agosto de 20 17.

Anderson C. da S. Dias





H 6 E + 0 4 0

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()	SENHA <u>428297</u>
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: <u>Anderson C. S. Dias</u>	Idade: <u>25</u>
Sexo: M ☒ F () Profissão: _____	Fone: _____
Endereço Residencial: <u>Mossô Melo 2</u>	Bairro: <u>Centro</u>
Cidade: <u>Rancharinho</u>	
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passado () Motocicleta ()	
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()	
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente ()	
Motocicleta: Motociclista () Passageiro ()	
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()	
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____	
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()	
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()	
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura	
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____	
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____	
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento	
CAUSAS CLÍNICAS	
História Clínica Atual: <u>Refere acidente automobilístico com lesão no M.D.</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>Fratura radio ulnária direita 1/3 superior com desvio</u>	
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x	
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()	
Sibilos Expiratórios: S() N() BAN: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/ Estridor: S() N()	
Distúrbio Fala/Choro: S() N()	
Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N()	
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()	
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()	
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()	
Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()	
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 80-100

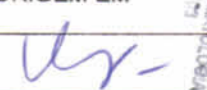
 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		RECEITUÁRIO	
NOME COMPLETO:			
IDADE:		SEXO: F ☐ M ☐	
Anderson Cláudio S. Dias Morreu intenso por DR. TUBO Fungo em 15 dias 22/11/13			

Avenida General San Martín s/n - Cordero
 Recife/PE - CEP 50.830-060
 Fone: 0XX 81 31845600

HGV.1002.V.1.2013.



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL GETÚLIO VARGAS		RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR	
NOME DO PACIENTE: Anderson Cleiton de Lima		Nº. DO PRONTUÁRIO: 934545	
Nº. DE MATRÍCULA	CLÍNICA: Pronto Soc.	DIAGNÓSTICO-CÓDIGO	
TRATAMENTO OU OPERAÇÃO REALIZADA		Retirada de fios de Kirschner em região do abdômen	
ACHADO CIRÚRGICO			
INTERNADO EM: 10, 12, 13	OPERADO EM: 10, 12, 13	ALTA EM: 10, 12, 13	
NECESSITA COMPLEMENTAÇÃO DE TARTAMENTO AMBULATORIAL ☒ SIM ☐ NÃO		VOLTAR AO POSTO DE ORIGEM EM: / /	
OBSERVAÇÕES: Retorno ao ambulatório do grupo de mães após 30 dias.		ASSINATURA DO MEDICO ASSISTENTE 	

 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL GETÚLIO VARGAS		RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR	
NOME DO PACIENTE: Anderson Cleiton Lima		Nº. DO PRONTUÁRIO: 934585	
Nº. DE MATRÍCULA	CLÍNICA: Ortop.	DIAGNÓSTICO-CÓDIGO	
TRATAMENTO OU OPERAÇÃO REALIZADA: Marcação e sutura de ferida			
ACHADO CIRÚRGICO: Sutura de 1/3 do abdômen			
INTERNADO EM: 11, 11, 13	OPERADO EM: 11, 11, 13	ALTA EM: 13, 11, 13	
NECESSITA COMPLEMENTAÇÃO DE TARTAMENTO AMBULATORIAL ☒ SIM ☐ NÃO		VOLTAR AO POSTO DE ORIGEM EM: / /	
OBSERVAÇÕES: No ambulatório 9 dias		ASSINATURA DO MEDICO ASSISTENTE 	





SINISTRO 3160505692 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANDERSON CLEYDITON DA SILVA DIAS

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO ANDERSON CLEYDITON DA SILVA DIAS

CPF/CNPJ: 08624346452

Posição em 03-08-2017 16:33:37

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
10/02/2017	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50





TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SEÇÃO DE MUTIRÕES DE CONCILIAÇÃO DA CAPITAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autor(a): Anderson Elydton da Silva Dias
inscrito no CPF: 086.243.454 - 52, vem solicitar com respaldo
no Art. Nº 1 da Instrução Normativa nº 8 do TJPE de 28.08.2013, publicada
em: 30.08.2013, edição 160/2013, que os presentes autos que versam
sobre Indenização de DPVAT, sejam remetidos imediatamente à Seção
Seção Especializada de Mutirões de Conciliação a Capital, antes da
distribuição para alguma das Varas Cíveis, para que o feito possa ser
inserido em pauta de Mutirões de acordo com o cronograma anual da Seção.

Recife, 04 de Agosto de 2018

“DE ACORDO”:

Anderson E. da S. Dias
Autor(a)



vem perante V. Ex^a, por seu advogado ao final firmado, requerer a JUNTADA DE DOCUMENTOS, na ação de repetição de indébito, a fim de substabelecer para o Dr. RICARDO ALEXANDRE DE OLIVEIRA ALVES, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB/PE nº 40.345, com endereço profissional situado também na RUA ANTONIO CARNEIRO CESAR MENEZES, N° 94-E, BAIRRO SENZALA, CARPINA, ESTADO DE PERNAMBUCO, CEP: 55813-270.

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

Recife, 18 de abril de 2018.

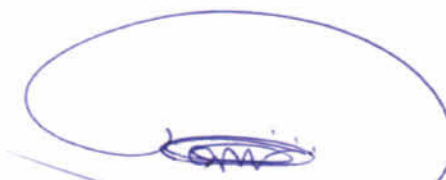
ROSSANO MÁRLIO SPÍNDOLA DE OLIVEIRA

OAB-PE 13.678



SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, com reservas de iguais poderes, na pessoa do bacharel em direito, Dr. RICARDO ALEXANDRE DE OLIVEIRA ALVES, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB/PE nº 40.345, com endereço profissional situado também na RUA ANTONIO CARNEIRO CESAR MENEZES, Nº 94-E, BAIRRO SENZALA, CARPINA, ESTADO DE PERNAMBUCO, CEP: 55813-270, os poderes conferidos a mim, **ROSSANO MÁRLIO SPÍNDOLA DE OLIVEIRA**, inscrito na OAB-PE 13.678, para representar os interesses do demandante, **ANDERSON CLEYDITON DA SILVA DIAS**, exhaustivamente qualificado nos presentes podendo para tanto a substabelecida praticar todos os atos necessários ao bom desempenho do presente instrumento. Recife, 24 de março de 2018.



ROSSANO MÁRLIO SPÍNDOLA DE OLIVEIRA
OAB-PE 13.678



HABILITAÇÃO



EXCELENTÍSSIMA SENHORA DOUTOR JUÍZ DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE
CARPINA - PE

Processo nº: 0002594-08.2017.8.17.2470

ANDERSON CLEYDITON DA SILVA DIAS, já qualificada nos autos do processo em epígrafe, vem, por meio desta, requerer habilitação do advogado, RICARDO ALEXANDRE DE OLIVEIRA ALVES, inscrito nos quadros da OAB/PE sob o nº 40.345-D, com endereço profissional sito à Rua Antônio Carneiro César Menezes, nº 94-E, Bairro Senzala, CEP 55818-655, Cidade Carpina, Estado de Pernambuco, nos autos desta ação (substabelecimento já anexo).

Ainda, na oportunidade, requer que todos os atos e publicações alusivos ao feito sejam também realizados em nome do supracitado patrono, sob pena de nulidade.

Termos em que, pede e espera deferimento.

Carpina, 12 de julho de 2018.

RICARDO ALEXANDRE DE OLIVEIRA ALVES

OAB/PE 40.345-D

