



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Alex Silva do Nascimento brasileiro(a), Estado Civil Solteiro Profissão: Mon. Predial RG: 9249780 Expedido: SOS /PE, CPF nº: 204252744-0, residente e domiciliado na Rua Cleber, Copibaribe Bairro: Setúrio do Limão Cidade: Recife /PE

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 09/10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com.

P O D E R E S

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judícia", 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, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, 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.

Recife, 15 de junho de 2018.

Alex Silva do Nascimento
Outorgante



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Alex Silva do Nascimento

RG 9249790, CPF 704252474-7

Residente na Rua Alton Capibaribe, Bairro Setor dos Pinos

Cidade Recife, 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.

Recife, 15 de maio de 2018.

Alex Silva do Nascimento

Assinatura do Declarante







CTC RECIFE PE CIDR / CDD CASA AMARELA PE

20026276640

ALEX S NASCIMENTO
R DOBR CAPIBARIBE 45
SITIO DOS PINTO
52171-160 RECIFE - PE



740828852639096000000111730180417

1.117/01



Data do Atendimento:

09/09/2017

Hora:

13:08:52

No. Atendimento:

1064580

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRONTUÁRIO: 117560

Setor / Serviço:

CONSULTORIO MEDICO

Colaborador: ANDREACVS

Nome: ALEX SILVA DO NASCIMENTO

Sexo: M

Data de Nascimento: 18/11/1995

Idade: 21 Anos, 9 Meses e 22 Dias

C.I.:

Pais ou responsáveis: CELIA MARIA DA SILVA

Endereço: BARAO DO CAPIBARIBE, 47 - SITIO DOS PINTOS/ - 52171160

Cidade: RECIFE

Tel.: 81 987277458

Hora do Atendimento:

Hs

Peso:

Kg

Temperatura:

QPD / HDA:

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Ecaminhamento ao Ambulatório () Internamento

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

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

Dr. Marloner Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 135.69

Médico - Carimbo e Assinatura

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 09/09/2017 12:50

UPA24H
UPA CAXANGA 24 HS
Cleydon Santos
Arquivista - Mat 1964

Nome Paciente: ALEX SILVA DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 18/11/1995
Sexo: Masculino
Idade: 21
Senha: OR0029
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 09/09/2017 13:06 - 09/09/2017 13:08

KILMA ALVES FERREIRA - COREN: 010021 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE DOR EM 5º QDE APÓS TRAUMA (ACIDENTE DE MOTO)

Observação: NEHGA HAS E DM
NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma: FERIDAS E ABSCESSOS

Discriminador(es): - FERIDA COM SANGRAMENTO COMPRESSÍVEL

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 120.00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 70.00 MM/HG

Acolhido(a) por: KILMA ALVES FERREIRA - COREN: 010021 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 09/09/2017 13:08

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Alex Silva do
Nascimento

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

UPA24h
UPA CAXANGÁ 24 HS
Claydon Santos
Arquivista - Mat. 1964



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 525258

Nome do Paciente: Alex Silva do Nascimento Idade: 21 A.

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Recife

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 () Uso do cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
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: paciente sentiu de repente um
ataque de epilepsia em 5º dia.

Hipótese Diagnóstica: epilepsia crônica de 5º dia

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 () Retratação Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lenificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

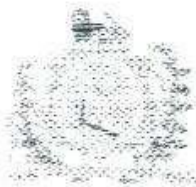
FR:RN 35-50
< 1 ano 30-50
Criança 20-30
Adulto 12-30

FR:RN 120-180
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Leex Selo do Nascimento</u>		02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:		CARTÃO SUS:	
CLÍNICA: <u>Ortopedia</u>	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>1063120</u>
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA: SEXO: ☐ F ☒ M
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Fratura exposta 5º QD</u>			
COMORBIDADE:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>curativo</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):			
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>10.9.17</u>		DATA DA ALTA: <u>11.9.17</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CID:	DIAS DE INTERNAÇÃO:
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	QUIRURGIA		
2	1º AUXÍLIO QUIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO QUIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL	☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	
☐ DIÁRIA DE UTI	☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐ HEMODIÁLISE	
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ USO DE OXIGÊNIO		
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)			
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS: <u>Fratura Exposta 5º QD</u>			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>idem Retornar com 4 dias</u>			
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:			
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA		OUTRO: ☐ IMI ☐ SVO ☐ SO	
☐ OUTROS:			
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente			
DATA: <u>11.9.17</u>		Dr. Carlos R. P. Rihan Ortopedia-Traumatologia CRM 15.463 MEDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM	
Avenida General San Martín s/n - Cordeiro Recife/PE - CEP 80.690-000 Fone: (0800) 31.3164/5500			





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 014ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARZEA
DP14ª CIRC DIM/4ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **17E0104003018** Varzea

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/09/2017 às 15:02

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 9/9/2017 no período da manhã

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CORREGO DO JENIPAPO (BAIRRO),**
1 - Bairro: **CORREGO DO JENIPAPO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoas envolvidas na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ALEX SILVA DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (usado na geração da ocorrência) que estava em posse do(a) Sr(a):
ALEX SILVA DO NASCIMENTO

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

ALEX SILVA DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Moe: CELIA
MARIA DA SILVA Data de Nascimento: 12/11/1995 Nacionalidade: **NÃO INFORMADO** /
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço/Residência: RUA DO SÍTIO SÃO BRAS, 49 - CEP: 55000-000 - Bairro: SÍTIO DOS
RINTOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **ALEX SILVA DO NASCIMENTO**,
que estava em posse do(a) Sr(a) **ALEX SILVA DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **UNIDADE NÃO INFORMADA**
Marca: **PG13995 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)**

15/09/2017, 15:01



Complemento / Observação

QUE A VITIMA VINHA TRAFEGANDO EM SUA MOTOCICLETA, NO SENTIDO DOIS IRMÃOS, QUANDO FOI TRANCADO POR OUTRA MOTOCICLETA, BATENDO NO MESMO, A VITIMA FOI SOCORRIDO PARA UPA DA CAXANGA.

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

Alex Silva do Nascimento
ALEX SILVA DO NASCIMENTO
(VITIMA)

S.O. registrado por: RINALDO ANDRADE FILHO - Matrícula: 381.156-2



15/08/2017, 15:01



PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A**BENEFICIÁRIO** ALEX SILVA DO NASCIMENTO**CPF/CNPJ:** 70425277470**Posição em 15-03-2018 14:54:21**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/02/2018	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
10/02/2018	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
28/01/2018	Interrupção de Prazo	
28/12/2017	Exigência Documental	
28/12/2017	Aviso de Sinistro	

ACESSIBILIDADE[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)