



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 14/02/2020 20:53:19
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021420531991200000057070263>
Número do documento: 20021420531991200000057070263

Num. 58027038 - Pág. 1

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA, brasileiro, solteiro, personal traineer, portador do RG 8.438.579 SDS/PE, inscrito no CPF sob o n.º 096.394.784-23, Rua José Carvalheira, nº.203,Ap. 502, Cond. Edificio Violeta, Bairro: Tamarineira CEP.: 52051-060– Cidade: Recife, Estado de Pernambuco.

OUTORGADO: CARLA ROCHA LEMOS, brasileira, solteira, advogada, OAB/PE 27.103 D, com endereço profissional à Avenida Conde da Boa Vista, nº. 50, sala 909, Boa Vista, Recife-PE, CEP 50060-004.

PODERES: O OUTORGANTE confere aos outorgados poderes da cláusula *ADJUDICIA ET EXTRA* para representá-lo perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, firmar e prestar compromisso, requerer, receber e levantar alvarás judiciais, substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

Recife/PE, 07 de Fevereiro de 2020.


OUTORGANTE

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 14/02/2020 20:53:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021420531998400000057070264>
Número do documento: 20021420531998400000057070264

Num. 58027039 - Pág. 1

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - DP4º CÍRC DÍM/2º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0334001392

Jurandir B. Paz
Comissário de Polícia
Mat. 384.824-8
Policia Civil de Pernambuco

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 11/10/2019 às 11:10

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 13/9/2019 às 07:45

Local ocorrido no endereço: **AVENIDA VIA MANGUE, 1** - Bairro: **BOA VIAGEM - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA / SENTIDO BOA VIAGEM**

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

AGUARDANDO INVESTIGAÇÃO (AUTOR) AGENTE :
ZODJA COSTA E SILVA (NOTICIANTE)
DESCONHECIDO (OUTRO)
LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na ocorrência) , que estava em posse da(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VITIMÓ: (Incluído na gerência da ocorrência) , que estava em posse da(a) Sr(a): LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA

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

LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino M^{as}: ZODJA COSTA E SILVA P^{ai}:
AGNALDO COSTA E SILVA Data de Nascimento: 22/8/1993 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 8438570/SDS/PE (RG) 09639478423 (CPF) 05346024630 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escalão: 3º GRAU COMPLETO
Profissão: PERSONAL TRAINER
Endereço Residencial: RUA JOSE CARVALHEIRA, 203, AP. 502 - CEP: 55000-000 - Bairro: TAMARINEIRA -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

ZODJA COSTA E SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino M^{as}: ZULEIDE DE SOUZA SILVA P^{ai}: ANTONIO PEDRO
DA SILVA (FALECIDO) Data de Nascimento: 5/4/1966 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 2878034/SSP/PE (RG) 65883704420 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escalão: 3º GRAU COMPLETO Profissão: JORNALISTA
EM GERAL Telefone: Celular: + 51999644151

Endereço Residencial: RUA JOSE CARVALHEIRA, 203, AP. 502 - CEP: 55000-000 - Bairro: TAMARINEIRA -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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



MOTO (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ 250 LANDER** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGW8405** (PEERNAMBUCO/01 INDA) Rótulo: **1157095267** Chassi: **0C6063310M002162**

Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: DE PROPRIEDADE: MARCOS ANTONIO DE SOUZA SILVA

CARRO (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

VÍTIMA TRAZIDA A ESTA UNIDADE HOSPITALAR COM HISTÓRICO DE COLISÃO ENTRE A MENCIONADA MOTO QUE ERA PILOTA PELA VÍTIMA, E UM CARRO DESCONHECIDO. CONDUZIDA PELO TEC. DE ENFERMAGEM RÔMULO, SAMU / RECIFE (BÁSICA-01). DANDO ENTRADA NESTE NOSOCÓMIO, ÀS 08H23 DO DIA: 13/09/2019, E RECEBEU O SEGUINTE REGISTRO MÉDICO: 1603165, QUE SEGUNDO A INFORMANTE A VÍTIMA, SEU FILHO, ESTAVA INDÔ PARA O TRABALHO, TUDO CONFORME CNH DA VÍTIMA; FICHA DE ESCLARECIMENTO DESTA UNIDADE DE SAÚDE E IDENTIDADE DA COMUNICANTE.

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

LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA

(VÍTIMA)

Jurandir B. Paz
ZODIA COSTA E SILVA
(MOTOCILIANTE)

B.O. registrado por: **JURANDIR BEZERRA PAZ** - Matrícula: **3847248**

Jurandir B. Paz
Comissário de Polícia
Mat. 384.824-8
Polícia Civil do Pernambuco



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1693165

Nome : Lucas PESCHOLD COSTA S. SIVA

Foi atendido ás 08:23 hs. do dia 13/02/19

Diagnóstico Próvel : _____

- ACO 16V6

- ENEMOMA SUBSTACIONAL DURMORTAIS

C.D = 506.9

Tratamento Realizado : - CONSERTO DE PULMÃO
NEUROLOGIA

- MORAR RETORNO NO AMB. DE NOVO -
CLINICA 13 ON'S APOS 8177.

Observação : - Atosigno Modico P02 15 on's
1 P05 Atra 40 SENSITIVAS.

Cópia de : _____

0000: 13103119

Médico - CRM Nº

Lilia Eulálio Santos
CRM-PE-26.409
NEUROLOGISTA

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatório para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Públco do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA SIC	PRONTUÁRIO: 1693165	ATENDIMENTO: 01481960
DATA DE NASCIMENTO: 22/08/1993	FOI ATENDIDO EM: 13/09/2019 Às	
	DATA DA ALTA: 23/09/2019 ÀS 08:59	

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE CLAVICULA DIREITA
FRATURA EXPOSTA DE PE DIREITO
LESÃO DE TENDOES EXTENSORES DE MÃO DIREITA
FRATURA DE 2 E 3 METACARPO ESQUERDO

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CONSERVADOR PARA CLAVICULA
TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURA DE OSSOS DO PE E OSSOS DA MÃO ESQUERDA
TENORRÁFIA DE MÃO DIREITA

Observação:

AFASTAMENTO DO TRABALHO POR 90 DIAS

Encaminhado para:

AO AMBULATORIO DE DR FELIPE LESSA COM 2 SEMANAS
AO AMBULATORIO DE DR FERNANDES ARTEIRO COM 1 SEMANA

Dr. Jeniffer Felipe
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE: 27827

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO - CRM: Nº.7472

Recife, 23, SETEMBRO ,2019

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



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 14/02/2020 20:53:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021420532014200000057070261>
Número do documento: 20021420532014200000057070261

Num. 58027036 - Pág. 2



1° VIA FARMÁCIA

2° VIA PACIENTE

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME : SIR DIAGNÓSTICO

CNPJ: 24.392.243/0001-80

ENDEREÇO: RUA GUILHERME PINTO, Nº 100

BAIRRO: GRAÇAS

CIDADE: RECIFE

TELEFONE: (81) 3445-1220

PACIENTE:

ENDEREÇO:

PESCRICÃO

*Dr. Paulo Giro
Ortopedista e Traumatologista
Cir. de Joelho
CRM 16222*

ASSINATURA /CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

IDENT: _____ ORGÃO EMISSOR: _____

ENDEREÇO:

CIDADE: _____ UF: _____

DATA: ____/____/____

TELEFONE: () _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA/CARIMBO FARMACEUTICO





1° VIA FARMÁCIA

2° VIA PACIENTE

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME : SIR DIAGNÓSTICO

CNPJ: 24.392.243/0001-80

ENDEREÇO: RUA GUILHERME PINTO, N° 100

BAIRRO: GRAÇAS

CIDADE: RECIFE

TELEFONE: (81) 3445-1220

Dr. Paulo Girão
Ortopedista e Traumatologista
Cir. de Joelho
CRM 16240

PACIENTE:

ENDEREÇO:

PESCRIÇÃO

ASSINATURA /CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Orgão Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Data: ____/____/____

Telefone: () _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA/CARIMBO FARMACEUTICO





1° VIA FARMÁCIA

2° VIA PACIENTE

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME : SIR DIAGNÓSTICO

CNPJ: 24.392.243/0001-80

ENDEREÇO: RUA GUILHERME PINTO, N° 100

BAIRRO: GRAÇAS

CIDADE: RECIFE

TELEFONE: (81) 3445-1220

Dr. Paulo Giro
Ortopedista e Traumatologista
Cir. de Júlio
CRM 16240

PACIENTE: *Luiz Fernando Lemos*

ENDEREÇO:

PESCRIÇÃO

*1 - Rx para - 01 -
Pain 200 mg x 100*

ASSINATURA/CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

NOME: _____

IDENT: _____ ORGÃO EMISSOR: _____

ENDEREÇO:

CIDADE: _____ UF: _____

ASSINATURA/CARIMBO FARMACEUTICO

DATA: ____/____/____

TELEFONE: () _____





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



Receituário Controle Especial

Identificação do emitente

NOME COMPLETO: PLTO: FRANCÍSCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO		CRM: 7472
UF: PE	NÚMERO: S/N	Endereço: AV. AGAMENON MAGALHÃES
BAIRRO: DERBY	FONE: 3181-5400	CIDADE: RECIFE
		UF: PE

Paciente:

LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA SIC

Endereço paciente:

RUA JOS CARVALHEIRA

Prescrição:

USO ORAL:
1) TRAMADOL 50MG ---- 01 CX
TOMAR 01 CP DE 6/6H EM CASO DE DOR

*Dr. Sérgio Ribeiro da A. Mendes
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PE 07783*

Data: 29/10/2019

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



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 14/02/2020 20:53:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021420532014200000057070261>
Número do documento: 20021420532014200000057070261

Num. 58027036 - Pág. 6



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA SIC
Clínica:

Prontuário: 1693165
Atendimento: 1501394
Leito: 600-L03

USO ORAL:
1) ZINNAT 500MG ---- 20 CP
TOMAR 01 CP DE 12/12H POR 10 DIAS

Data: 29/10/2019

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

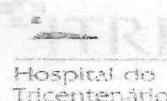
Dr. Sérgio Ribeiro S. A. Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 27782

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



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 14/02/2020 20:53:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021420532014200000057070261>
Número do documento: 20021420532014200000057070261

Num. 58027036 - Pág. 7



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
1^ª VIA DA FARMACIA / 2^ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME: Dr. PAULO HENRIQUE GIRAO DE SOUSA CRM :16240
UF:PE
ENDEREÇO: Rua Vale do Itajai, s/n
BAIRRO: Ibura CIDADE: Recife UF: PE

PACIENTE: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA
ENDEREÇO: R. JOSÉ CARVALHEIRA
NÚMERO: 203, BAIRRO: TAMARINEIRA
CIDADE: RECIFE ESTADO: PE
PRESCRIÇÃO:??

1- REVANGE 01 CX

TOMAR 01 COMP VIA ORAL DE 8/8 HS

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

Dr. Paulo Girão
Otorrinolaringologista
Cir. de Olho
CRM 16240

Identidade: _____ Órgão Emissor: _____ UF: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (081) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura do farmacêutico

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA
Rua Vale do Itajai, s/n - Lagoa Encantada - Ibura - Recife/PE - CEP: 51.320-180
CNPJ: 10.583.920.0002-14 | Fones (081) 3184-4595 / 3184-4616 | www.upaibura.org.br





UPA 24h
UNIDADE DE PONTO ATENDIMENTO
IBURA



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
1^ª VIA DA FARMACIA / 2^ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME: Dr. PAULO HENRIQUE GIRAO DE SOUSA CRM :16240
UF:PE
ENDERECO: Rua Vale do Itajai, s/n
BAIRRO: Ibura CIDADE: Recife UF: PE

PACIENTE: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA
ENDERECO: R JOSÉ CARVALHEIRA
NÚMERO: 203, BAIRRO: TAMARINEIRA
CIDADE: RECIFE ESTADO: PE
PRESCRIÇÃO: ??
1- CIPROFLOXACINA 500 MG 14 COMP

TOMAR 01 COMP VIA ORAL DE 12/12 HS POR 7 DIAS

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____
Identidade: _____ Órgão Emissor: _____ UF: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Telefone: (081) _____

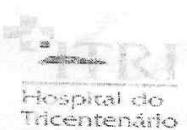
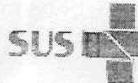
Dr. Paulo Girão
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgião de Joelho
CRM 16240

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: _____ / _____ / _____ Assinatura do farmacêutico

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA





RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
1^ª VIA DA FARMACIA / 2^ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME: Dr. PAULO HENRIQUE GIRAO DE SOUSA CRM :16240
UF:PE
ENDERECO: Rua Vale do Itajai, s/n
BAIRRO: Ibura CIDADE: Recife UF: PE

PACIENTE: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA
ENDERECO: R JOSÉ CARVALHEIRA
NÚMERO: 203, BAIRRO: TAMARINEIRA
CIDADE: RECIFE ESTADO: PE
PRESCRIÇÃO: ??

I- CLINDAMICINA 600 MG 28 COMP

TOMAR 01 COMP VIA ORLA DE 6/6 HS POR 7 DIAS

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____
Identidade: _____ Órgão Emissor: _____ UF: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Telefone: (081) _____

Dr. Paulo Girão
Ortopedista e Traumatologista
Cir. de Joelho
CRM 16240

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do farmacêutico

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA
Rua Vale do Itajai, s/n - Lagoa Encantada - Ibura - Recife/PE - CEP: 51.320-180
CNPJ: 10.583.920.0002-14 | Fones (081) 3184-4595 / 3184-4616 | www.upaibura.org.br



DECLARAÇÃO

Eu, **LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA**, brasileiro, solteiro, personal traineer, portador do RG 8.438.579 SDS/PE, inscrito no CPF sob o n.º 096.394.784-23, Rua José Carvalheira, nº.203,Ap. 502, Cond. Edificio Violeta, Bairro: Tamarineira CEP.: 52051-060– Cidade: Recife, Estado de Pernambuco, **DECLARO**, nos termos da Lei nº. 13.105/15, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições de arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

Recife/PE, 07 de Fevereiro de 2020.


DECLARANTE

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 14/02/2020 20:53:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021420532028400000057070260>
Número do documento: 20021420532028400000057070260

Num. 58027035 - Pág. 1

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA, brasileiro, solteiro, personal traineer, portador do RG 8.438.579 SDS/PE, inscrito no CPF sob o n.º 096.394.784-23, Rua José Carvalheira, nº.203,Ap. 502, Cond. Edificio Violeta, Bairro: Tamarineira CEP.: 52051-060– Cidade: Recife, Estado de Pernambuco, por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta efeitos legais.

Recife, 07 de Fevereiro de 2020.



LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 14/02/2020 20:53:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021420532028400000057070260>
Número do documento: 20021420532028400000057070260

Num. 58027035 - Pág. 2