

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1677695250

**NOME**  
LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF**  
8438579 SDS PE

**CPF**  
096.394.784-23

**DATA NASCIMENTO**  
22/08/1993

**FILIAÇÃO**  
AGNALDO COSTA DE SOUZA  
ZODJA COSTA E SILVA

**PERMISSÃO**  
ACC

**CAT. HAB.**  
AB

**Nº REGISTRO**  
05346024630

**VALIDADE**  
16/05/2023

**1ª HABILITAÇÃO**  
09/11/2011

**OBSERVAÇÕES**  
A  
EAR

**ASSINATURA DO PORTADOR**  
LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA

**LOCAL**  
RECIFE, PE

**DATA EMISSÃO**  
09/07/2018

**Charles Andrews Souza Ribeiro**  
Diretor Presidente

**ASSINATURA DO EMISSOR**  
47150435238  
PE085735159

**PERNAMBUCO**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1677695250



## **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, n.º.203, Ap. 502, Cond. Edifício 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, n.º. 50, sala 909, Boa Vista, Recife-PE, CEP 50060-004.

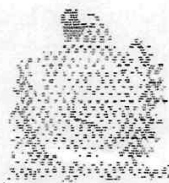
**PODERES:** O OUTORGANTE confere aos outorgados poderes da cláusula *ADJUDICIA ET EXTRA* para representá-lo perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, firmar e prestar compromisso, requerer, receber e levantar alvarás judiciais, 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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - DP4-CIRC DIM/2º-DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0334001392

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

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 11/10/2019 às 11:19

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 10/9/2019 às 07:45

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

Pessoa(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 geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO  
VITIMADO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(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 Mãe: ZODJA COSTA E SILVA Pol: AGNALDO COSTA E SILVA Data de Nascimento: 22/6/1993 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 8438579/809/PE (RG), 09639478423 (CPF), 05346024630 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 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 Mãe: ZULEIDE DE SOUZA SILVA Pol: ANTONIO PEDRO DA SILVA (FALECIDO) Data de Nascimento: 5/4/1966 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 2878034/889/PE (RG), 65863704420 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 3º. GRAU COMPLETO Profissão: JORNALISTA EM GERAL Telefone: Celular: 81999644151**

**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: **PGW8406** (PERNAMBUCO/OLINDA) Renavam: **1157095247** Clnesp: **906063310R0002142**

Combustível: **ALCOOL/GASOL**

Descrição: **DE PROPRIEDADE: MARCOS ANTONIO DE SOUZA SILVA**

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

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/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 PILOTADA PELA VÍTIMA, E UM CARRO DESCONHECIDO, CONDUZIDA PELO TEC. DE ENFERMAGEM RÔMULO, SAMU / RECIFE (BÁSICA-01), DANDO ENTRADA NESTE HOSPCÔMIO, ÀS 09H23 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)

*Lucas P. Silva*  
**SOUZA COSTA E SILVA**

(NOTÍCIANTE)

S.O. registrado por: **JURANDIR BEZERRA PAZ** - Matrícula: **384.824-8**

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





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



**FICHA DE ESCLARECIMENTO**

Nº Atendimento : 1693165

Nome : Lucas Paschoa Costa e Silva

Foi atendido às 09:23 hs. do dia 13 / 09 / 19

Diagnóstico Provável : \_\_\_\_\_

- ICC leve

- Hemorragia subaracnóidea traumática

CID = 506.9

Tratamento Realizado : - CONSERVADOR POR  
NEUROPATIA.

- MORAR RETORNO NO AMB. DO PAZ -  
CIRURGIA 15 dias após alta.

Observação : - Atestado Médico por 15 dias  
após alta hospitalar.

Cópia de : \_\_\_\_\_

Data : 13/09/19

Médico - CRM Nº

*Luiz Felipe da Silva*  
NEUROLOGISTA  
CRM-PE: 26.409

**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.

Cód. 0157





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

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

#### Diagnóstico Provável:

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

#### Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CONSERVADOR PARA CLAVICULA  
TRATAMENTO CIRURGICO PARA FRATURA DE OSSOS DO PE E OSSOS DA MÃO ESQUERDA  
TENORRAFIA 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. Felipe Lessa*  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEPE: 27827

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO - CRM: N°.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 N° 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







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

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

PACIENTE:

ENDEREÇO:

PESCRICÃO

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

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, Nº 100

BAIRRO: GRAÇAS

CIDADE: RECIFE

TELEFONE: (81) 3445-1220

Dr. Paulo Girão  
Ortopedista e Traumatologista  
Cra da Ipecho  
CRM 16240

PACIENTE:

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO

1 - Rivotril 15mg  
Para uso em caso de crise

ASSINATURA/CARIMBO

Dr. Paulo Girão  
Ortopedista e Traumatologista  
Cra da Ipecho  
CRM 16240

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: \_\_\_\_\_

IDENT: \_\_\_\_\_ ORGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA/CARIMBO FARMACEUTICO





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### Receituário Controle Especial

Identificação do emitente			
NOME COMPLETO: PLETO: FRANCISCO 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 Roberto A. Mendes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PE 017783

Data: 29/10/2019

Assinatura do médico/carimbo

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

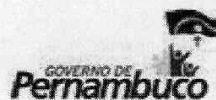
Identificação do Fornecedor
Assinatura do Farmacêutico _____ Data: _____

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





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 Rafael de 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





**RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**  
**1ª VIA DA FARMÁCIA / 2ª VIA PACIENTE**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

NOME: DR. PAULO HENRIQUE GIRAÓ DE SOUSA  
UF: PE  
ENDEREÇO: Rua Vale do Itajaí, s/n  
BAIRRO: Ibura CIDADE: Recife UF: PE

CRM: 16240

**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: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: (081) \_\_\_\_\_

**Dr. Paulo Giraó**  
Ortopedista e Traumatologista  
C.R. de Joelho  
CRM 16240

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do farmacêutico \_\_\_\_\_

**HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA**

Rua Vale do Itajaí, 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](http://www.upaibura.org.br)







**RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**  
**1ª VIA DA FARMÁCIA / 2ª VIA PACIENTE**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

NOME: Dr. PAULO HENRIQUE GIRAÔ 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- 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) \_\_\_\_\_

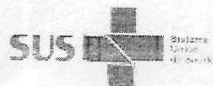
**Dr. Paulo Girão**  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgião de Joelho  
CRM 16240

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Assinatura do farmacêutico

**HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA**





**RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**  
**1ª VIA DA FARMÁCIA / 2ª VIA PACIENTE**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

NOME: Dr. PAULO HENRIQUE GIRAÓ 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: ??

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 Giraó**  
Ortopedista e Traumatologista  
Cid. de João  
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](http://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. Edifício 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



## **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. Edifício 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**

