



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Antonio Benedito de Lima inscrito no CPF de nº 067.218.904-61 com endereço à Rua Manoel Pereira de Araújo endereço eletrônico _____

OUTORGADO: GRASIELE DE LIMA SILVA, brasileira, divorciada, portadora do RG de nº 6.814.023 SDS/PE e CPF nº 055.049.184-80, advogada, inscrição OAB/PE nº 40.421, com escritório à Rua Regina Alves, 43 – Edson Mororó, Belo Jardim – PE, e-mail grasilima1984@hotmail.com.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga à advogada acima descrita, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (conforme o art. 105 do NCPC/15).

Os poderes específicos acima outorgados poderão (ou não poderão) ser substabelecidos.

Belo Jardim, _____

Antonio Benedito de Lima

OUTORGANTE





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CERVAL

6.478.110

DATA DE
EXPEDIENTE

21/08/2013

NOME

<< ANTONIO BENEDITO DE LIMA >>

FILIAÇÃO

<< JOÃO BENEDITO DE LIMA >>
<< JUDITE SEVERINO DE LIMA >>

NATURALIDADE

BELO JARDIM - PE

DATA DE NASCIMENTO

12/12/1981

DOC. ORIGEM

<< CN.2685 L.3-A F.265 CART. DIST.
XUCURU BELO JARDIM-PE 29.05.1982 >>

CPF

067.218.904-61

ASSINADO ELETRONICAMENTE

LE Nº 7.116 DE 29/09/83

F-58 47.584 - 451



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Benedito de Lima

RG nº 6.478.110, data de expedição ____/____/____, Órgão SDSIPE

CPF nº 067.218.904-61, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Manoel Ferreira de Araújo</u>
Número	<u>249</u>
Apto / Complemento	<u>--</u>
Bairro	<u>centro / xucuru</u>
Cidade	<u>Belo Jardim</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55165-970</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3726-4929</u>
E-mail	<u>---</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Belo Jardim, 15/07/16

Assinatura do Declarante: Antonio Benedito de Lima



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PE Nº 012382720885
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM RNTRO EXERCÍCIO
1 1084922476 ***** 2016

NOME
GENILSON SANTOS CRUZ

BELO JARDIM-PE

115.994.954-90

PLACA ANT/VZ ***** 9C2JB0100GR050793

PA3 MOTOCICLETA

HONDA/POE 110I

2P/109CL

IPVA 2016 QUITADO

PREMIO TARIFARIO (R\$) ICF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

AL. FID. ADY CONS NAC HONDA LTDA

BELO JARDIM-PE

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

29/04/16

PE Nº 012382720885 BILHETE DE SEGURO DPVAT

GENILSON SANTOS CRUZ

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 622 1204

BELO JARDIM-PE

115.994.954-90

1084922476 HONDA/POE 110I

2016 09 9C2JB0100GR050793

PREMIO TARIFARIO

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
FICARÁ NA F. Nº. PORTF. ORÇAMENTO

OUT-2015

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Srº: Antônio Benedito de Lima, CPF: 067.218.904-61, RG: 6.478.110, que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE, BASE SANHARÓ – PE**, atendimento realizado por este serviço ao MESMO, no dia 10 de março de 2016, às 20h e 20min, no endereço: Estrada, sentido ao distrito de Xucuru / Sanharó - PE, com queixa de queda de moto, tendo sido enviada a Unidade de Suporte Básico, que prestou atendimento a vítima, transportando-a para Unidade Mista João XXIII, Sanharó – PE.


De acordo com o registro de informações do **SAMU REGIONAL AGRESTE, BASE SANHARÓ – PE**, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: Inalação de oxigênio, Imobilização padrão, monitoração cardíaca e remoção para o hospital local.

Sanharó, 22 de Agosto de 2016.

Regiane Valério da S. Moura
ENFERMEIRA
COREN 432 988


Regiane Valério
Coordenadora Técnica

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE, BASE SANHARÓ – PE em 09/09/16


Ass. do Responsável

Parentesco: O mesmo

CPF:

RG:



UNIDADE MISTA JOAO XXIII
CAPITAO JOSE LEITE CALADO, Centro, Sanharó - PE
CEP: 55250-000, Fone: (87) 3836-1048



FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 47778	Data e Hora do Atendimento 10/03/2016 20:33	Procedimento Local: Prontuário Integrado SUS	Local de Entrada URGÊNCIA
Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:			
Paciente: 000025066 ANTONIO BENEDITO DE LIMA CNS: 898004527993021 Nascimento: 12/12/1981 Idade: 34 Sexo: Masculino Cor: Branca			
Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: AGRICULTOR Naturalidade: Nacionalidade: Brasileiro			
Documento: Identidade 6478110		Filiação: JUDITE SEVERINA LIMA JOAO BENEDITO DE LIMA	
Endereço (Av., Rua, etc): DISTRITO XUCURU Complemento:			
Bairro:		Cidade: BELO JARDIM	UF: PE Telefone: Celular: (81) 7112-9853
Acompanhante: MESMO		Acidente de trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Ocorrência:		Meio de Transporte:	
Procedência: ZONA RURAL			

Local do acidente:	Data: / /	Hora:
Natureza do Acidente:		
<input type="checkbox"/> Casual	<input type="checkbox"/> Intoxicação	
<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Queda	
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio	
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Outras Causas	
PA: _____	TEMP. _____	PESO: _____

Queixa Principal / HDA:

Rb pf quem me mt 8/ Capant.
0 min com km Ev
Resul.

Exame Físico:

AW: 20/20
An clatun.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TCE

CID:

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS DE SANHARÓ
Titular: NEIDILANE CAVALCANTI DOS SANTO
Telefone: (87) 3836-1230

Este documento está conforme com o original que me foi
apresentado nesta ato. Dou fé.

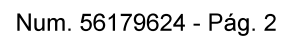
Selo: 0076877.OLZ08201602.02002 09/09/2016 09:06:11
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



Dr. Felipe Marques
Clínica Médica
CRM 18.371
Assinatura do Médico



Adelson de Albuquerque
Enfermeiro
URUTPE 845-98



4875722



Prefeitura Municipal de Sanharó

Secretaria Municipal de Saúde

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

Unidade de Origem:

Paciente:

Registro:

Dados Clínicos:

Exames complementares/Resultados:

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Adotada:

Justificativa do Encaminhamento:

Encaminhado para:

Data

Nome

Dr. Felipe Marques

Clinica Médica

CRM 18.377

CRM

Unidade Especialista:

Exame Clínico:

Exames complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

LOCAL: Na Unidade de Origem
Na Unidade de Referência
Outros Serviços

☐
☐
☐


Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1535048

Nome: Antonio Benedito de Lima

Foi atendido às 08:03 hs. do dia 21 / 03 / 16

Diagnóstico Provável: Leste Ventral de acidente de Trânsito (móvel) 4 fraturas de Escapula + Clavícula (B).

CD: 542

Tratamento Realizado: 1) TAC Comprimidos 4
Impressos, Tabela em Vendas à escolha
do Leste a não submeter-se a
TAC Comprimidos

Observação: 1) Alter. Hospitalar em 21/03/16
2) Alter. de Prescrição de
Dr. Inácio Silva em 18/04

Cópia de: 3) Relatório de Exame atenuado
por 60 de

21/03/16

Médico - GRM Nº

Handerson R. P. V. da Cruz
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 84.207

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. 0086





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Situação de Saúde

REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação Sanharó - PE		Geres		
	Unidade Sentinela UNIDADE MISTA JOAO XXIII	CNES 2638851	Vítima Nº		
	Data do atendimento 10/03/2016 às 2000-01-01 20:33:00 -0200	Número de Registro/Prontuário 000025066			
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Nome ANTONIO BENEDITO DE LIMA				
	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Feminino <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Data de nascimento 12/12/1981 <input type="checkbox"/> 9 Ignorado			
	Idade 34 <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Ocupação AGRICULTOR <input type="checkbox"/> 9 Ignorado			
	Município de residência Belo Jardim - PE		Código IBGE 260170		
	Raça/cor <input checked="" type="checkbox"/> 1 Branca <input type="checkbox"/> 2 Preta <input type="checkbox"/> 3 Amarela <input type="checkbox"/> 4 Parda <input type="checkbox"/> 5 indígena <input type="checkbox"/> 9 ignorada				
DADOS DO ACIDENTE	Município onde ocorreu o acidente				
	Zona de ocorrência <input type="checkbox"/> 1 Urbana <input type="checkbox"/> 2 Rural <input type="checkbox"/> 9 Ignorada				
	Endereço do acidente				
	Data do acidente		Hora do acidente		
	Dia da semana do acidente <input type="checkbox"/> 1 DOM <input type="checkbox"/> 2 SEG <input type="checkbox"/> 3 TER <input type="checkbox"/> 4 QUA <input type="checkbox"/> 5 QUI <input type="checkbox"/> 6 SEX <input type="checkbox"/> 7 SAB	Tipo de Vítima <input type="checkbox"/> 1 Condutor <input type="checkbox"/> 2 Pedestre <input type="checkbox"/> 3 Passageiro conduzido adequadamente <input type="checkbox"/> 4 Passageiro conduzido inadequadamente <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Meio de locomoção da vítima no momento do acidente <input type="checkbox"/> 1 A pé <input type="checkbox"/> 2 Automóvel <input type="checkbox"/> 3 Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 Coletivo <input type="checkbox"/> 6 Veículo Pesado <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 8 Outro _____	
	Acidente relacionado ao trabalho? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Tipo de acidente <input type="checkbox"/> 1 Colisão/abalroamento <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 Atropelamento <input type="checkbox"/> 3 Tombamento/capotamento <input type="checkbox"/> 8 Outro _____		Outra parte envolvida no acidente <input type="checkbox"/> 1 Automóvel <input type="checkbox"/> 2 Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 Bicicleta <input type="checkbox"/> 4 Coletivo <input type="checkbox"/> 5 Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 Animal <input type="checkbox"/> 7 Veículo pesado <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica <input type="checkbox"/> 8 Outro _____	
	Fatores relacionados ao acidente				
	Excesso de velocidade <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Uso de sinto de segurança pela vítima <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica	Avanço de sinal <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Uso de capacete pela vítima <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica	
	Uso de celular pelo condutor <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Uso de bebida alcoólica pelo condutor <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Sono do condutor <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Condutor tem habilitação <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica	
	Outro fator relacionado ao acidente				
	Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela <input type="checkbox"/> 1 Veículo particular <input type="checkbox"/> 2 Viatura policial <input type="checkbox"/> 3 SAMU <input type="checkbox"/> 4 Resgate/Bombeiro <input type="checkbox"/> 5 Ambulância <input type="checkbox"/> 6 Coletivo <input type="checkbox"/> 7 A pé <input type="checkbox"/> 8 Outro <input type="checkbox"/> 9 Ignorado				
Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela <input type="checkbox"/> 1 Consciente <input type="checkbox"/> 2 Inconsciente <input type="checkbox"/> 5 Morto <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Transferência da Vítima <input type="checkbox"/> 1 Sim - Para onde? _____ <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado			
NOTIFICADOR	Responsável pelo preenchimento				
	Obsevações				

Funcão

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS DE SANHARÓ

Titular: NEIDILANE CAVALCANTI DOS SANTO

Telefone: (87) 3836-1230

Este documento está conforme com o original que me foi apresentado nesta ato. Dou fé.

Selo: 0076877.NYZ08201602.02001 09/09/2016 09:05:06

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



Assinado eletronicamente por: GRASIELE DE LIMA SILVA - 07/01/2020 15:08:54

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010715085415100000055269412>

Número do documento: 20010715085415100000055269412

Paciente:

Cód.: 1535048 Nome: ANTONIO BENEDITO DE LIMA
Fone: 91707052

Data Nasc.: 12/12/1981 Sexo: MASC.

e-mail:

Agenda:

Código: 27889

Nr do protocolo: 166091

Agendado para: 21/07/2016

Médico:

TIAGO RIBEIRO JUSTO

Recurso:

Setor:

AMBULATORIO

Convênio

SUS - AMBULATORIO

Plano:

PLANO UNICO

Unidade de Atendimento:

Endereço da Unidade:

Itens Agendados:

~~14.24~~ CONSULTA EM AMBULATORIO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

PRIMEIRA CONSULTA

13.00

Agendado Por MAYARASM em 02/06/2016

HR - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

.....: 12/04/2016 12:40Hr
.....: TRAUMATOLOGIA OMBRO
.....: 388 - TIAGO RIBEIRO JUSTO
.....: 27300

Informações do Paciente

Paciente.....: 1535048 Same.....:
Nome.....: ANTONIO BENEDITO DE LIMA
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (87) - 91707052 / Celular: (87) - 971129853 Nasc.....: 12/12/1981
Endereço.....: RUA MANOEL PEREIRA DE ARAUJO, 1 - CENTRO - SANHARO - PE - Cep: 55250000
Cidade.....: SANHARO

Agendado por: VANDERSONASN



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 02/06/2016 13:00Hr
Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
Médico.....: 388 - TIAGO RIBEIRO JUSTO
Agenda.....: 27899

OP/

Informações do Paciente

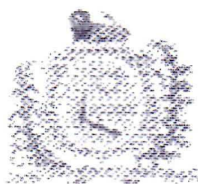
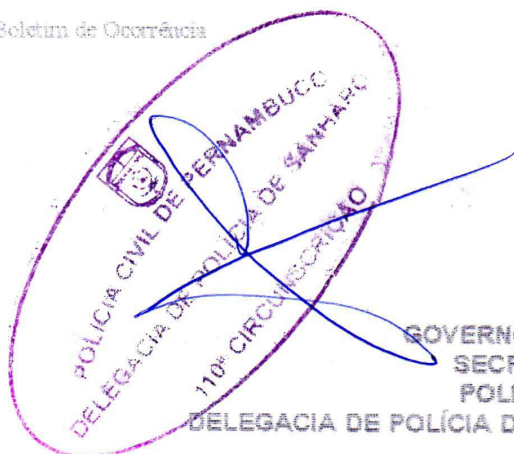
Paciente.....: 1535048 Same.....: 839352
Nome.....: ANTONIO BENEDITO DE LIMA
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (87) - 91707052 / Celular: (87) - 971129853 Nasc.....: 12/12/1981
Endereço.....: RUA MANOEL PEREIRA DE ARAUJO, 1 - CENTRO, SANHARO - PE - Cep: 55250000
Cidade.....: SANHARO

Agendado por: TERESARSF

*Retornar em 30 dias
encaixe.*

*Dr. Tiago Ribeiro Justo
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia Ombro e Cotovelo
CRM - 10590*





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 110ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANHARÓ - DP110ªCIRC
DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0200000014

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/01/2017 às 14:20

Complementa o BO Número: 16E02000000295

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 10/12/2016 às 20:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE SANHARÓ, 1, BR 232, PRÓXIMO A ENTRADA DESTA CIDADE - Bairro: CENTRO - SANHARÓ/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO AUTORIA (BATEU EM UM ANIMAL) (AUTOR / AGENTE)
EDUARDO JOÃO DE LIMA (OUTRO)
GENILSON SANTOS CRUZ (OUTRO)
ANTÔNIO BENEDITO DE LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO BENEDITO DE LIMA

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

ANTÔNIO BENEDITO DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JUDITE SEVERINO DE LIMA Pai: JOÃO BENEDITO DE LIMA Data de Nascimento: 12/12/1981 Naturalidade: BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6478110/3DS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU INCOMPLETO Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 249, RUA MANOEL PEREIRA DE ARAÚJO, DISTRITO XUCURÚ - CEP: 65000-000 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO AUTORIA (BATEU EM UM ANIMAL) (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: DESCONHECIDO Pai: DESCONHECIDO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

GENILSON SANTOS CRUZ (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: NÃO INFORMADO Pai: NÃO INFORMADO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

EDUARDO JOÃO DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JUDITE SEVERINA DE LIMA Pai: JOÃO BENEDITO DE LIMA Data de Nascimento: 16/1/1991 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /



EDUARDO JOÃO DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês: JUDITE
SEVERINA DE LIMA Pai: JOÃO BENEDITO DE LIMA Data de Nascimento: 16/11/1991 Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU
INCOMPLETO
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SANHARO, 1, RUA MANOEL PEREIRA DE ARAÚJO - CEP:
65000-000 - Bairro: CENTRO - SANHARO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GENILSON SANTOS CRUZ, que estava
em posse do(a) Sr(a): ANTONIO BENEDITO DE LIMA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/POP 100 Objeto apreendido: NÃO
Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PDD3884 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 108492247 Chassi: 9C2JB0100GR050793
Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016 Combustível: GASOLINA
Cilindragem: HONDA / POP 1101

Complemento / Observação

SENHOR DELEGADO, COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA O SENHOR ANTONIO
BENEDITO DE LIMA PARA INFORMAR QUE SEU IRMÃO ESTAVA VINDO PARA ESTA CIDADE
CONDUZINDO A MOTOCICLETA, QUANDO UM CÃO PASSOU NA FRENTE DA MOTOCICLETA,
VINDO A BATER NO MESMO, E, POR CONTA DISSO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO
CAINDO NA PISTA DE ROLAMENTO. LOGO APÓS O OCORRIDO, AS VÍTIMAS FORAM LEVADAS
PELO SAMU PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE, CONFORME Nº DA FICHA DE ATENDIMENTO
47770. SENHOR DELEGADO, COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, MAIS UMA VEZ, O
SENHOR ANTONIO BENEDITO DE LIMA PARA PROCEDER COM A COMPLEMENTAÇÃO DESTA
BOLETIM, SENDO ADICIONADAS AS PESSOAS DE GENILSON SANTOS CRUZ (DONO DA
MOTOCICLETA) E EDUARDO JOÃO DE LIMA (CONDUTOR).

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

ANTONIO BENEDITO DE LIMA
(VÍTIMA)

Antonio Benedito de Lima

S.O. registrado por: VENANCIO GOMES DE OLIVEIRA JUNIOR - Matrícula: 320262-3



16/3/2017 14:32





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

ESTADO DE PERNAMBUCO

Paciente:

Andressa B. D.

Registro:

Clinica:

Box/Leito/Enfermaria:

W. 202

1) Nodulosa 1 - sup

agudo, 18h, 18h, 18h

21/05/16

Handerson Ribeiro J. F. V. da G. Que
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.207

Data: __/__/__

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0189



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

ESTADO DE PERNAMBUCO

Paciente:

Andressa B. D.

Registro:

Clinica:

Box/Leito/Enfermaria:

W. 202

1) Fratura 1 - sup

20 meses

21/05/16

Handerson Ribeiro J. F. V. da G. Que
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.207

Data: __/__/__

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0189

