

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JAILSON ARAÚJO DE LIMA, brasileiro, solteiro, portador de Cédula de Identidade sob o RG n.º 5.833.252, expedida pela SSP/PE, inscrito no CPF sob o n.º 008.916.744-97, residente e domiciliado na Rua O, n.º 5, QD – 29LT-02, Bairro Carneiro Leão, Carpina/PE, CEP 55.814-020.

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

PODERES

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.

TERMO DE CARÊNCIA

DECLARO, nos termos da Lei nº. 7.115, de 29 de agosto de 1983 e seguintes, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do meu sustento e de minha família. Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Carpina/PE, 09 de julho de 2019.


Outorgante

Av. Fagundes Varela, 988, Sl. 10, Jardim Atlântico, Olinda. PE (81) 32032699/9, 98989933
jm_adv08@hotmail.com



TERMO DE RESPONSABILIDADE

JAILSON ARAÚJO DE LIMA, brasileiro, solteiro, portador de Cédula de Identidade sob o RG n.º 5.833.252, expedida pela SSP/PE, inscrito no CPF sob o n.º 008.916.744-97, residente e domiciliado na Rua O, n.º 5, QD – 29LT-02, Bairro Carneiro Leão, Carpina/PE, CEP 55.814-020.

Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

Carpina/PE, 09 de julho de 2019.

_____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1683479463

NOME
JAILSON ARAUJO DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5833252 SSP PE

CPF
008.916.744-97

DATA NASCIMENTO
15/10/1981

FILIAÇÃO
**SEVERINO JOSE DE LIMA
FILHO
IVANILDA DE ARAUJO PED
ROSA**

PERMISSÃO
2

ACC
2

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03526011951

VALIDADE
29/09/2023

1ª HABILITAÇÃO
03/03/2005

OBSERVAÇÕES

Jailson Araujo de Lima
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARPINA, PE

DATA EMISSÃO
01/10/2018

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor-Executivo
ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

72813125672
PE088374629

PROIBIDO PLASTIFICAR
1683479463





Terço Social de Energia Elétrica: Criado pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bos Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ALESSANDRA MARIA DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA O 5 QD - 29 LT - 02

CPF: 075 759 914-17

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CARNEIRO LEAO/CARPINA
CARPINA PE
55814-020

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7005509658	12/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LITURA
14/12/2018	04/01/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
95,10	

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
041465047	UNICA	07/12/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA REMISSÃO
07/12/2018	2002111708	5310337

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	106,0000000	0,73875354	78,30
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,18
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,14
ICMS Subvenção-CDE-NF 030177473-03/09/18			0,81
ICMS Subvenção-CDE-NF 033912837-04/10/18			0,57
Multa por atraso-NF 033912837 - 04/10/18			1,52
Juros por atraso-NF 033912837 - 04/10/18			1,75
Juros por atraso-NF 033912837 - 04/10/18			0,83
Atualização IGPM-NF 033912837 - 04/10/18			0,64
Atualização IGPM-NF 033912837 - 04/10/18			0,46
Atualização IGPM-NF 033912837 - 04/10/18			0,32

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL		95,10	
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL
3011016219	CAT	06-11-2018	7 062,00	07-12-2018	7 168,00
				Nº DE DIAS	31
				CONSTANTE	1,00000
				AJUSTE	
				CONSUMO (kWh)	106,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES RELEVANTES		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
DEZ 18 106		ICMS	70,46	25,00	18,50
NOV 18 110		PIS	79,48	0,79	0,52
OCT 18 95		COFINS	79,48	3,81	2,86
SET 18 94					
AUG 18 81					
JUL 18 78					
JUN 18 66					
MAI 18 86					
ABR 18 86					
MAR 18 62					
FEV 18 89					
JAN 18 92					
DEZ 17 90					
		Consumo Ativo (kWh)		0,52159000	
		RESERVADO À LITURA			
		480E 38A8 8C7D 4FE7 764C 2FA7 C21D DCB1			

Pague no ponto mais perto de você e receba de modo seguro e rápido a nota fiscal e o boleto de pagamento. O cliente é responsável por manter a unidade consumidora em condições adequadas para a medição e a leitura. O cliente é responsável por manter a unidade consumidora em condições adequadas para a medição e a leitura. O cliente é responsável por manter a unidade consumidora em condições adequadas para a medição e a leitura.

DURAÇÃO DE SERVIÇO DAS INSTALAÇÕES		NÍVEL DE TENSÃO	
CONSUMO	VALOR PAGO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
CARTELA	0,00	220	202 - 231
DIC	0,00		
FIC	0,00		
DMIC	0,00		

DURAÇÃO DE SERVIÇO DAS INSTALAÇÕES		NÍVEL DE TENSÃO	
CONSUMO	VALOR PAGO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
CARTELA	0,00	220	202 - 231
DIC	0,00		
FIC	0,00		
DMIC	0,00		

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
2003309374	12/2018	14/12/2018	95,10

83880000000-3 95100011007-0 00550965810-6 15332959363-0





GOVERNO DE
CARPINA
A FORÇA DO TRABALHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARPINA
UNIDADE MISTA FRANCISCO DE ASSIS CHATEUBRIAND
Ficha de Atendimento de Emergência

Data: 5/12/18 Registro: 165.541 Cor: _____ cns: _____
Nome: Wilson Francisco de Lima
Data de nasc.: 15/10/81 Idade: 37 sexo: Male naturalidade: _____
Filiação: Wanilda de Araújo Pedreira
e _____
Estado civil: _____ Telefone: _____
Endereço: Lot. Corneio 400 / Rua 0
Nº 05 Bairro: Corneio 400 Cep: Carapina
Responsável: _____
Dados Clínicos: PA: 110x70 Mmhg, Temp. _____ Cº, R: _____ P: _____
HISTÓRICO: WBT=16K

hta, náusea, de vômitos, mialgia, dor e edema em membros inferiores
torax e abdomen livres.
ECG=15
Conduta e Avaliação: Não dispõe de radiografia neste serviço.

ECG=15, náusea, vômitos, angina
AW
PR

Hipótese Diagnóstica: Infarto agudo do miocárdio CID: _____

Prescrição Médica: _____

1) Trasl 100mg - 0/8 A + 100mg 4x/d, 7-11. iv test

Evolução e cuidados de Enfermagem:

NOF - Transatologia

5570598

PA=

Dr. Victor Arruda
Médico
CRM-PE 20392

Assinatura do médico e carimbo



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora de entrada da senha: 05/12/2018 20:53

Nome Paciente:	JAILSON ARAUJO DE LIMA
Cód. Paciente:	1074859
Data de Nascimento:	15/10/1981
Sexo:	Masculino
Idade:	37
Senha:	FN0050
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3275097 
SAME:	1074859

Período: 05/12/2018 20:57 - 05/12/2018 21:00

EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:  LARANJA

Queixa Principal: ACIDENTE DE MOTO HÁ 5H. ESTAVA DE CAPACETE. COLISÃO CARRO/MOTO. BATEU A CABEÇA MAS NÃO REFERE DESMAIO. TRAUMA NSD E MID. QUEIXA-SWE DE CEFALÉIA.

Observação: P.A.=145X96MMHG. P=78. NEGA DM, HAS OU ALERGIAS. SAT O2=96%.

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR INTENSA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 8

Acolhido(a) por: EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/12/2018 21:00

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





GOVERNO DE
CARPINA
A FORÇA DO TRABALHO

RECEITUÁRIO

EWCA/AM/INHA/MENTO

Paulson Araújo de Lima

Rito, 37 anos, vítima de
acidente motociclístico há 1 hora
operata dor e edema em antebraço
direito e joelho direito. Tórax e
abdome livres. ECG = 15. Não
disponho de radiografia neste ver-
tigo. PA = 110 x 70 mmHg

HGT = 165. Púrpura em membros.

EG Regular, com 2, ouvidos, reflexos
músculos

AV - RCR em 27, BNF 5/5

AR - MV em 27, 5/5

HD = Fratura fechada antebraço direito?

CD = HOF 5578598

Victor Amada
Médico
CRM-PE 20392

05/12
18

Av. Agamenon Magalhães, s/n, - São José - Carpina - PE / CEP 55.815-060





INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado WILSON AMARAL

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 90 (noventa) dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico: FRACTURA DE CUBITO DISTAL

d) Tratamento

Deverá retornar ao Ambulatório de: _____

Com _____ dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

HOSPITAL/AMBULATÓRIO

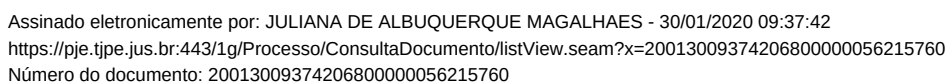
LOCALIDADE/DATA

Dr. Thiago Lima
Ortopedista / Traumatologista
TEOT 13449 / CRM: 17991

Ass. do Médico – CRM N.º

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF



Boletim de Ocorrência

Página 1 de 2



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0135004993**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/12/2018 às 11:31****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **5/12/2018 às 17:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 5, RUA O, BAIRRO CARNEIRO LEÃO** - Bairro:
CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO CAMPO**
Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JESIMIEL DA SILVA PIMENTEL (OUTRO)
JAILSON ARAÚJO DE LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON ARAÚJO DE LIMA**



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

JAILSON ARAÚJO DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IVANILDA DE ARAÚJO PEDROSA** Pai: **SEVERINO JOSÉ DE LIMA FILHO** Data de Nascimento: **15/10/1981** Nacionalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 5, RUA O, BAIRRO CARNEIRO LEÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO CAMPO**

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

JESIMIEL DA SILVA PIMENTEL (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JESIMIEL DA SILVA PIMENTEL**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON ARAÚJO DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB 125 FAN ESD** Objeto apreendido: **Não**



Boletim de Ocorrência

Página 2 de 2

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

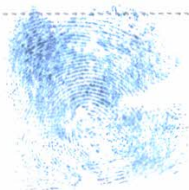
Placa: **PET0021** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **280489293** Chassi: **9C2JC4120BR516277**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

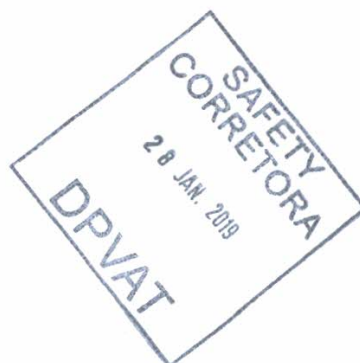
O SR. JAILSON ARAÚJO DE LIMA, ESTEVE PRESENTE NESTA DELEGACIA, INFORMANDO QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NÃO FATAL NO DIA 05/12/2018 ÀS 17:03. A VÍTIMA ALEGA QUE ESTAVA SAINDO COM A SUA MOTOCICLETA NA FRENTE NA SUA CASA, E QUE UM VEÍCULO DE COR BRANCA, POSSIVELMENTE UM VOYAGE COLIDIU NA SUA TRASEIRA, E QUE O CONDUTOR DO AUTOMÓVEL NÃO PRESTOU SOCORRO. APÓS O OCORRIDO, OS VIZINHOS DA VÍTIMA O CONDUZIRAM ATÉ A UNIDADE MISTA DE CARPINA, ONDE TEVE O PRIMEIRO ATENDIMENTO. EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS POIS ESTAVA COM SUSPEITA DE FRATURA NO BRAÇO DIREITO E NA PERNA DIREITA.

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

JAILSON ARAÚJO DE LIMA
(VÍTIMA)



B.O. registrado por: **THIAGO DOS SANTOS PONTES** - Matrícula: **387303-0**



Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190077791

Vítima: JAILSON ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: 05/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), JAILSON ARAUJO DE LIMA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13895642





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARPINA
UNIDADE MISTA FRANCISCO DE ASSIS CHATEAUBRIAND
Ficha de Atendimento de Emergência

Data: 5/12/18 Registro: 165.541 Cor: _____ cns: _____
Nome: Wilson Francisco de Lima
Data de nasc.: 15/10/81 Idade: 37 sexo: Mox naturalidade: _____
Filiação: Waniê de Francisco Pedreira
e _____
Estado civil: _____ Telefone: _____
Endereço: Lot. Caminho Léo / Rua O
Nº 05 Bairro: Caminho Léo Cep: Carpina
Responsável: _____
Dados Clínicos: PA: 110x70 Mmhg, Temp. _____ Cº, R: _____ P: _____
HISTÓRICO: WBT=16K

História de síndrome miocárdica latente
dor e edema pulmonares (D) e joelho (D)
Toux e de novo hives.
ECG=15
Conduta e Avaliação: Não dispõe de radiografia neste serviço.

ECG: 160 bpm, QUITA, anormal
A.W. med
PR

Hipótese Diagnóstica: Infarto agudo (D) CID: _____

Prescrição Médica: _____

(D) Trasl 100mg - 0/8 A + 100mg 4x24, 97% iv test

NOF - Transatologia

5570598

Evolução e cuidados de Enfermagem: PA=

PA=

Dr. Victor Arruda
Médico
CRM-PE 20392

Assinatura do médico e carimbo



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora de entrada da senha: 05/12/2018 20:53

Nome Paciente:	JAILSON ARAUJO DE LIMA
Cód. Paciente:	1074859
Data de Nascimento:	15/10/1981
Sexo:	Masculino
Idade:	37
Senha:	FN0050
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3275097 
SAME:	1074859

Período: 05/12/2018 20:57 - 05/12/2018 21:00

EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:  LARANJA

Queixa Principal: ACIDENTE DE MOTO HÁ 5H. ESTAVA DE CAPACETE. COLISÃO CARRO/MOTO. BATEU A CABEÇA MAS NÃO REFERE DESMAIO. TRAUMA NSD E MID. QUEIXA-SWE DE CEFALÉIA.

Observação: P.A.=145X96MMHG. P=78. NEGA DM, HAS OU ALERGIAS. SAT O2=96%.

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR INTENSA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 8

Acolhido(a) por: EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/12/2018 21:00

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





GOVERNO DE
CARPINA
A FORÇA DO TRABALHO

RECEITUÁRIO

EWCA/AM/INHA/MENTO

Paulson Araújo de Lima

Rito, 37 anos, vítima de
acidente motociclístico há 1 hora
operata dor e edema em antebraço
direito e joelho direito. Tórax e
abdome livres. ECG = 15. Não
disponho de radiografia neste res-
umo. PA = 110 x 70 mmHg

HGT = 165. Púrpura em membros.

EG Regular, com 2, ouvidos, reflexos
músculos

AV - RCR em 27, BNF 5/5

AR - MV em 27, 5/5

HD = Fratura fechada antebraço direito?

CD = HOF 5578598

Victor Amada
Médico
CRM-PE 20392

05/12
18

Av. Agamenon Magalhães, s/n, - São José - Carpina - PE / CEP 55.815-060





INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado WILSON AMUÑO

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 90 (noventa) dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico: FRACTURA DE COLUMNA

d) Tratamento

Deverá retornar ao Ambulatório de: _____

Com _____ dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

HOSPITAL/AMBULATÓRIO

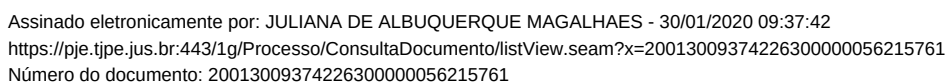
LOCALIDADE/DATA

Dr. Thiago Lima
Ortopedista / Traumatologista
TEOT 13449 / CRM: 17991

Ass. do Médico – CRM N.º

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF



Boletim de Ocorrência

Página 1 de 2



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0135004993**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/12/2018 às 11:31****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **5/12/2018 às 17:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 5, RUA O, BAIRRO CARNEIRO LEÃO** - Bairro:
CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO CAMPO**
Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JESIMIEL DA SILVA PIMENTEL (OUTRO)
JAILSON ARAÚJO DE LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON ARAÚJO DE LIMA**



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

JAILSON ARAÚJO DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IVANILDA DE ARAÚJO PEDROSA** Pai: **SEVERINO JOSÉ DE LIMA FILHO** Data de Nascimento: **15/10/1981** Nacionalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 5, RUA O, BAIRRO CARNEIRO LEÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO CAMPO**

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

JESIMIEL DA SILVA PIMENTEL (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JESIMIEL DA SILVA PIMENTEL**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON ARAÚJO DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB 125 FAN ESD** Objeto apreendido: **Não**



Boletim de Ocorrência

Página 2 de 2

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

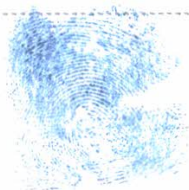
Placa: **PET0021** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **280489293** Chassi: **9C2JC4120BR516277**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

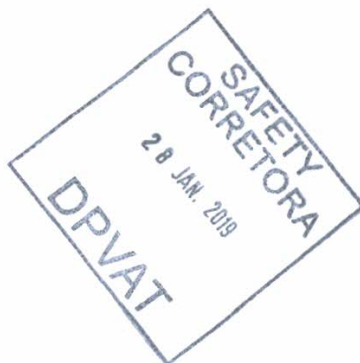
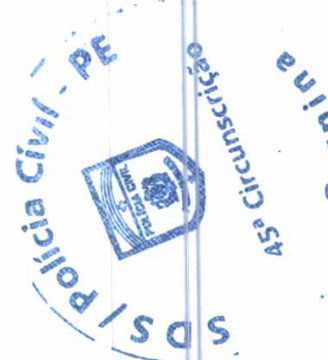
O SR. JAILSON ARAÚJO DE LIMA, ESTEVE PRESENTE NESTA DELEGACIA, INFORMANDO QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NÃO FATAL NO DIA 05/12/2018 ÀS 17:03. A VÍTIMA ALEGA QUE ESTAVA SAINDO COM A SUA MOTOCICLETA NA FRENTE NA SUA CASA, E QUE UM VEÍCULO DE COR BRANCA, POSSIVELMENTE UM VOYAGE COLIDIU NA SUA TRASEIRA, E QUE O CONDUTOR DO AUTOMÓVEL NÃO PRESTOU SOCORRO. APÓS O OCORRIDO, OS VIZINHOS DA VÍTIMA O CONDUZIRAM ATÉ A UNIDADE MISTA DE CARPINA, ONDE TEVE O PRIMEIRO ATENDIMENTO. EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS POIS ESTAVA COM SUSPEITA DE FRATURA NO BRAÇO DIREITO E NA PERNA DIREITA.

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

JAILSON ARAÚJO DE LIMA
(VÍTIMA)



B.O. registrado por: **THIAGO DOS SANTOS PONTES** - Matrícula: **387303-0**



Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190077791

Vítima: JAILSON ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: 05/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), JAILSON ARAUJO DE LIMA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13895642

