

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE CARLOS DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, natural de Amaraji – PE, filho de Manoel Cavalcanti da Silva e Etelvina Maria da Silva, nascido aos 30/11/1961, portador da identidade R.G nº 2.131.789 SDS-PE, e inscrito no CPF sob nº 021.627.294-74, residente e domiciliado na Rua João Alexandre, nº 587, Bairro do Centro, cidade de Amaraji – Estado de Pernambuco, CEP: 55515-000, fone: 81-99652-2720.

OUTORGADA: MARIA DULCE DE CARVALHO FREIRE, inscrita na OAB/PE sob o nº 26.358, brasileira, advogada com endereço profissional na Cidade De Recife/Pernambuco, à Rua Ernesto de Paula Santos, nº 1114, sala 401, bairro de Boa viagem, CEP: 51021-908.

PODERES: Todos os poderes admitidos na Cláusula “AD JUDICIA” e “AD JUDICIA et extra” e especiais para representar o OUTORGANTE, **nos autos AÇÃO ORDINÁRIA**, podendo tudo assinar, recorrer, acordar, discordar, transigir, desistir, apresentar documentos, protestar, receber, dar quitação, junto a qualquer Instância ou Tribunal, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom, fiel e cabal cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer.

DECLARO, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que não posso arcar com as custas deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração

HONORÁRIOS: Em remuneração aos serviços profissionais supra referidos, pagarei aos advogados outorgados, ou a quem legalmente os substituir, quantia equivalente a 30% (Trinta por cento) sobre o valor apurado na condenação, sendo devido somente no caso de procedência da ação, ou realização de acordo judicial ou extrajudicial, ficando desde logo autorizada a retenção na ocasião do pagamento, em favor do escritório contratado. (art. 22, Parágrafo 4º da Lei 8.906/94), ficando ainda, esclarecido ser devido independentemente da condenação em honorários de sucumbência, que pertencem exclusivamente aos advogados contratados

Recife / PE, 01 de junho 2020



JOSE CARLOS DA SILVA



ATESTADO MÉDICO

(Nos termos da Resolução CFM nº 1.851, de 14 de agosto de 2008)

Declaro para os devidos fins que o Senhor (a):

Dr. JOSÉ CARLOS DA SILVA

É portador (a) do diagnóstico (CID 10):

COD M 16.5 e 592.0

Com início da doença em:

26 de 10 meses

São consequências da doença para a saúde do paciente:

Apresenta um déficit de desenvolvimento, com
2. Alterações físicas e psicológicas

A enfermidade torna o paciente incapaz para a vida laboral: (sim/não)

Sim, por o trabalho manual

Sendo assim, tal incapacidade é: (Reversível, temporária ou Irreversível, Definitiva)

Irreversível e incapacitante para o trabalho manual

Caso a incapacidade seja temporária, o prazo ideal para o tratamento é de:

Belém, 21.02.2017

Local e Data.

Murilo S. F. Lima

Murilo S. F. Lima
Traumata - Ortopedia
CREMEPE 6080

Assinatura e Carimbo do Médico.





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190175875

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 13/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190175875

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 13/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem seqüela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



irita nº 14044815



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
() CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
() LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
() NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)
COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
TORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM RENDIMENTOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
ANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU
O DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
DOCUMENTOS : _____
O REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
() CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTES (ORIGINALS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() OUTROS DOCUMENTOS : _____
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
• O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
• TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA _____

NOME _____

MATR. CORREIOS _____



AMARAJI
PREFEITURA MUNICIPAL

SUS. 702 6007 7907 4845.
HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

DATA: 20.02.2017 Nº 048.083.
NOME: José Carlos da Silva PESO: SEXO: M IDADE: 55
D.N.: 30/11/61 MÃE: Esterina Maria da Silva
END.: R. João Alexandre Nº 587 BAIRRO: Centro
PROFISSÃO: Agricultor CIDADE: Bras. NACIONALIDADE:
RESPONSÁVEL: O mesmo RG Nº 2131.789.
QUEIXA PRINCIPAL: c.
ACIDENTE / HORA: TEMPERATURA PA HORA DO ATEND.: 8:00
DIAGNÓSTICO: CID:
ATENDIMENTO MÉDICO / EXAME CLÍNICO RX: S() N()
Paciente sofreu acidente
automobilístico há ± 10 meses.

DESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS / ASSISTÊNCIA:

- ① Rx do joelho (D) AP/P
② Rx do ombro (E) AP/P.

TÉCNICO DE ENF.: ENFERMEIRO (A)

Dr. Pollyanna Cordeiro
Médica
ASSINATURA MÉDICA





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSÉ CARLOS DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 2131789 EXPEDIDO POR SIS/PE EM 11/03/2005 ECPF 0201627294-74 /CNPJ _____, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSÉ CARLOS DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

❗ Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos **não devem, de forma nenhuma, ser apresentados**:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 001 AGÊNCIA 1352-7 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 29692-9

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

AL AMARATI DATA ____/____/____

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) José Carlos da Silva

⚠ ATENÇÃO

iro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
mpartilhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





AMARAJI
PREFEITURA MUNICIPAL

HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS. 702 5007 7907 4845.

DATA: 20.02.2017 Nº 048.089

NOME: José Carlos dos Santos PESO: SEXO: M IDADE: 55

D.N.: 30/11/61 MÃE: Estelvinha Maria da Silva

END.: R. João Alexandre Nº 583 BAIRRO: Centro

PROFISSÃO: Agricultor CIDADE: Mar NACIONALIDADE:

RESPONSÁVEL: O mesmo RG Nº 2.131.789.

QUEIXA PRINCIPAL: C.

ACIDENTE / HORA: TEMPERATURA PA HORA DO ATEND.: 8:00

DIAGNÓSTICO: CID:

ATENDIMENTO MÉDICO / EXAME CLÍNICO RX: S() N()

Paciente p. um acidente
motorciclístico há 10 dias

DESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS / ASSISTÊNCIA

- ① Rx do joelho (D) AP/P
- ② Rx do ombro (C) AP/P

TÉCNICO DE ENF.: ENFERMEIRO (A):

Dr. Pollyanna Cordeiro
Médica
ASSINATURA MÉDICA





PREFEITURA DE
PRIMAVERA
POR UMA CIDADE MAIS FELIZ



RECEITUÁRIO MÉDICO

laudo médico

Declaro para o devido fim que
o Sr. Paulo Carlos da Silva apresenta
quadro de dor e limitação da mobilidade
dos artelhos de ambos os joelhos (D) / Onirio
(E) por fraturas. Apresenta limitação
para deambular, subir e descer as
escadas ou alvarcos. Apresenta-se
incapaz de trabalhar para o fe-
balho rural.

CID 10 M75.592.0

28/05/17

PSF:

PACIENTE:

Dr. RICARDO DOS SANTOS PEDREIRA
Tratador de Ortopedia
CRM 17.345
TEOT 15.355

maria dulce de carvalho freire

DESCRIÇÃO	QUANT.	APRESENTAÇÃO	DOSAGEM





PREFEITURA DE
PRIMAVERA
POR UMA CIDADE MAIS FELIZ



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RECEITUÁRIO MÉDICO

Laudos médicos

Declaro para os devidos fins que o Sr. João Carlos do Filho RG 2.131.789 SDS-PE apresenta dor e limitação da mobilidade articular de pélo direito / ombro esquerdo por fratura. Também apresenta lombalgia há mais de um mês a artrose. Apresenta limitações para deambular, subir e descer escadas, banheira ou alvaria - etc. Apresenta-se incapacitado de trabalhar para o trabalho rural.

CID 10 M17.5; S42.0; M54, M19.9

22/02/18

Dr. João Carlos dos Santos FERREIRA
Traumatologia - Ortopedia
CRM PE 17.845
TEOT 15.353

PSF: _____

PACIENTE: _____

DESCRIÇÃO	QUANT.	APRESENTAÇÃO	DOSAGEM





Prefeitura Municipal de Amaraji
Hospital Alice Batista dos Anjos

Receituário

Nome: _____

Unidade de Saúde: _____

Clínica: _____

Reg. Nº: _____

Enfermagem: _____

Parcer Fisioterapêutica

O paciente *Yosi Carlos da Silva* sofreu acidente automobilístico e fraturas costelas e clavícula esquerda.

Apresenta déficit de mobilidade em MSE e realiza tratamento fisioterapêutico para recuperação funcional.

Data: *14/05/16*

Magno Roberto Alves
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 27628-F, CPF 022.472.464-94

Médico - CRM



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
12ª DESEC VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-PE
66ª DP AMARAJI

PORTARIA

O Bdl. PAULO ROBERTO VIANA PALENDIA, Delegado titular desta DEPOL, Estado de Pernambuco, no uso de suas legais atribuições, havendo necessidade de proceder ao exame TRAUMATOLOGICO na pessoa de JOSE CARLOS DA SILVA, nomeia e constitui peritos, os (as) médicos (as), _____, os quais deverão prestar compromisso.

Amaraji (PE), 13 de abril de 2016.

TERMO DE COMPROMISSO DE PERITOS

Na data da portaria acima, nesta DEPOL, onde presente se encontrava o Delegado de Polícia, comigo escrivão ao final assinado, ai compareceram os peritos nomeados na PORTARIA retro, a quem a Autoridade deferiu compromisso legal e fielmente desempenhar o encargo de proceder ao Exame TRAUMATOLOGICO na pessoa descrita na PORTARIA acima, descrevendo com verdade, sem dolo ou malícia, o que encontrarem. E, como aceitasse o encargo, mandou a autoridade lavrar este termo que lido e achado conforme, assina-o com os peritos e comigo _____ Escrivão que o digitei.

Delegado _____

2º Perito _____

1º Perito _____

Escrivão _____

LAUDO TRAUMATOLOGICO

A data exarada na PORTARIA supra, nesta cidade, horas, presente o Delegado de Polícia, comigo escrivão, ai presente os Peritos que, sob juramento de seus cargos, procederam ao exame de LESÃO CORPORAL na pessoa de JOSE CARLOS DA SILVA responderam os quesitos seguintes:

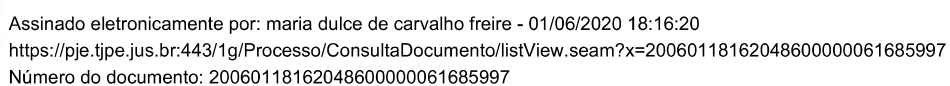
- 1º) Houve lesão à integridade corporal ou a saúde examinado? Sim .
- 2º) Qual o instrumento ou meio que ocasionou? Contusão .
- 3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para ocupações habituais por mais de trinta dias? Sim Incapacidade de por mais de 30 dias, por não permanente.
- 4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho ou aborto? Não
- 5º) Qual foi a região atingida? Ombro e a humeral .
- 6º) Demais informações que julgar necessárias? O examinado o presente ao Rx fractura de clavícula e fractura de 4 áreas costais na humeral .
- Deu-se por encerrado o presente auto. Nada mais foi dito e, depois de lido e achado conforme vai este assinado por mim _____ Escrivão que digitei e o escrevi, pelo que me raporto e dou fé.

Delegado _____

2º Perito _____

1º Perito _____

Escrivão _____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 JOSE CARLOS DA SILVA

CCO IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 2131789 SSP PE

CPF
 021.527.294-74

DATA NASCIMENTO
 30/11/1961

PLACAO
 MANOEL CAVALCANTI DA
 SILVA
 STELVINA MARIA DA
 SILVA

PROFISSÃO
 ACC
 CAT. HAB
 B

Nº REGISTRO
 01033110590

VALIDADEZ
 14/03/2020

MANUTENÇÃO
 06/01/2008

Observações
 sem observações

Assinatura do titular
 José Carlos da Silva

Assinatura do emissor
 [Assinatura]

DATA EMISSÃO
 25/01/2015

ADMINISTRAÇÃO DO EMISSOR
 DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

86784880416
 28064068373

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1019526732

PROFISSÃO PLANTILHA
 1019526732

