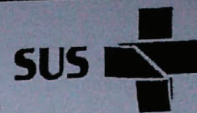




PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA  
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



6-12

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 404622

PACIENTE: JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA

GENITORA: MARIA DO CARMO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 18/06/1974 IDADE: 45

ENDEREÇO: 15 DE NOVEMBRO

BAIRRO: NOSSA SENHORA DAS GRACAS

PONTO DE REFERENCIA:

DATA: 14/08/2019

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 08:09

CNS:

89

TELEFONE: (81) 9263-7069

SEXO: Masculino

COR: Sem informação

Nº: 943

UF: PE

CEP:

ACOMPANHANTE: SOZINHO

HDA

Paciente vítima de acidente  
motorístico, com queixa  
de dor no olho E

EXAME FÍSICO

Exame físico

EXAMES SOLICITADOS

Ex de olho E

HD

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Dr. Carlos E. F. F.  
Médico  
CRM 25.876

Rua Joaquim Souto Major, S/N - N.ª das Grac. - Gravata - 55642-250 (81) 3533-0422

Digitalizado com CamScanner



# PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

## SINAIS VITAIS

|       |  |      |  |      |  |
|-------|--|------|--|------|--|
| TEMP. |  | HGT  |  | P.A. |  |
| F.C.  |  | F.R. |  |      |  |

① Trae 100g  
98,9% 100  
deletar  
M. Fabiana R. da Silva  
Téc. Enfermagem  
COREN-PE 750.994  
9:10

Dr. Carlos Fraga  
Médico  
CRM-PE 876

② Diapores (Pur)

③ Vel. Pur 2x (Pur)  
09:40

Maria Jossiane da Silva  
COREN-PE 839.751-E

④ Ao 01/10 peduista (Faturas  
Clavícula  
Oxigênio)

CONTINUAÇÃO REGIONAL DO ABRIL  
76  
Leitos

5748 711

Marcelo Franklin Silas Cardoso  
Médico  
CRM-PE 260151 CRM-RO 2107

⑤ Placa Tamo 7308/nose (UO)  
ALTA

|                                           |      |                                     |                                         |                                   |
|-------------------------------------------|------|-------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| HORA:                                     | DATA | CURADO <input type="checkbox"/>     | MELHORADO <input type="checkbox"/>      | A PEDIDO <input type="checkbox"/> |
|                                           |      | TRANFERIDO <input type="checkbox"/> | ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> | ÓBITO <input type="checkbox"/>    |
| MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO |      |                                     |                                         |                                   |
| FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS            |      |                                     |                                         |                                   |

Rua Joaquim Souto Maior S/N - Nêrê das Graças - Gravata - 55662-250 (81) 3533-0473





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 Gravatá - PE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                            | Geres                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                  |
|                                  | Unidade Sentinela Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da V                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CNES 2435802                                                                                                                                                                               | Vítima Nº                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                  |
|                                  | Data do atendimento 14/08/2019 às 2000-01-01 08:09:00 -0200                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Número de Registro/Prontuário 000092328                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                  |
| DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA | Nome JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                  |
|                                  | Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Feminino <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Data de nascimento 18/06/1974 <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                  |
|                                  | Idade 45 <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Ocupação <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                  |
|                                  | Município de residência Gravatá - PE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                            | Código IBGE 260640                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                  |
|                                  | Raça/cor <input 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 checked="" 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<br><input type="checkbox"/> 1 DOM <input type="checkbox"/> 2 SEG<br><input type="checkbox"/> 3 TER <input type="checkbox"/> 4 QUA<br><input type="checkbox"/> 5 QUI <input type="checkbox"/> 6 SEX<br><input type="checkbox"/> 7 SAB                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                            | Tipo de Vítima<br><input type="checkbox"/> 1 Condutor <input type="checkbox"/> 2 Pedestre<br><input type="checkbox"/> 3 Passageiro conduzido adequadamente<br><input type="checkbox"/> 4 Passageiro conduzido inadequadamente<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado |                                                                                                                                                                                  |
|                                  | Meio de locomoção da vítima no momento do acidente<br><input type="checkbox"/> 1 A pé <input type="checkbox"/> 2 Automóvel <input type="checkbox"/> 3 Motocicleta<br><input type="checkbox"/> 4 Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 Coletivo <input type="checkbox"/> 6 Veículo Pesado<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 8 Outro                                                                      |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                  |
|                                  | Acidente relacionado ao trabalho?<br><input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                            | Tipo de acidente<br><input type="checkbox"/> 1 Colisão/abalroamento <input type="checkbox"/> 9 Ignorado<br><input type="checkbox"/> 2 Atropelamento<br><input type="checkbox"/> 3 Tombamento/capotamento<br><input type="checkbox"/> 8 Outro                         |                                                                                                                                                                                  |
|                                  | Outra parte envolvida no acidente<br><input type="checkbox"/> 1 Automóvel <input type="checkbox"/> 2 Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 Bicicleta<br><input type="checkbox"/> 4 Coletivo <input type="checkbox"/> 5 Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 Animal<br><input type="checkbox"/> 7 Veículo pesado <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica<br><input type="checkbox"/> 8 Outro |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                  |
|                                  | Fatores relacionados ao acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                  |
|                                  | Excesso de velocidade<br><input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Uso de cinto de segurança pela vítima<br><input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica | Avanço de sinal<br><input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                           | Uso de capacete pela vítima<br><input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica |
|                                  | Uso de celular pelo condutor<br><input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Uso de bebida alcoólica pelo condutor<br><input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                           | Sono do condutor<br><input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                          | Condutor tem habilitação<br><input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><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<br><input type="checkbox"/> 1 Veículo particular <input type="checkbox"/> 2 Viatura policial <input type="checkbox"/> 3 SAMU <input type="checkbox"/> 4 Resgate/Bombeiro<br><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<br><input type="checkbox"/> 1 Consciente <input type="checkbox"/> 2 Inconsciente<br><input type="checkbox"/> 5 Morto <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                            | Transferência da Vítima<br><input type="checkbox"/> 1 Sim - Para onde? <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                  |
|                                  | NOTIFICADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Responsável pelo preenchimento                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                      | Função                                                                                                                                                                           |
| Observações                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                  |

Marcelo Edmilson Cardoso  
Médico  
CRM-PE 28015 / CRM-RO 2108

Digitalizado com CamScanner

**HOSPITAL ARMINDO MOURA**  
**PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente**

**Emissão: 21/08/2019 09:40**

Atendimento: 321378 Entrada: 14/08/2019 Hora: 17:02  
Plano: SUS - DEMANDA  
Responsável:  
Médico Resp: NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR

Saída: 14/08/2019 Hora: 11:18  
Matrícula:  
Identidade:  
C.N.S.: 700001423646104

Paciente: 1624309 JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA  
Nascimento: 18/06/1974 (45 Anos e 2 Meses)  
Endereço: RUA CLAUDIO COUTINHO  
Bairro: AREA VERDE C.E.P.: 55640-715  
Cidade: 2606408 GRAVATA  
Pai: RICARDO GONCALVES DE SANTANA  
Mãe: MARIA DO SOCORRO DA SILVA  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA  
Estado Civil: SOLTEIRO  
C.P.F.: 92145442472  
Identidade: 4823099 - SDS - PE  
Telefone: / 91398884  
G.Instrução:  
Ocupação: AGRICULTOR  
Naturalidade: GRAVATA

**ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA**

**Em: 14/08/2019 - 18:00**

**DESCRIÇÃO CIRURGICA** (Dr. LEONARDO SILVEIRA CRM 16118)

**RESUMO DE ALTA**

**HOSPITAL DE ORIGEM:** DEMANDA  
**DATA DA ADMISSÃO:** 14/08/2019  
**DATA DA ALTA:** 14/08/2019

**HD: FRATURA CLAVICULA**

Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas algicas.

**Ao exame:**

≡GB, consciente, orientado, eupneico, BPP, edema (+/+4);  
=O sem sinais flogísticos.

**CD:1) Alta Hospitalar + Orientações.**

**Em: 14/08/2019 - 17:50**

**AValiação** (Dr. NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR CRM 13240)

**PLANTÃO ORTOPEDIA- URGENCIA**

**Queixa do paciente:**

**ID 1 - FRATURA DA CLAVICULA ESQ.**

QUEDA DE MOTO HA 12 HORAS SEM TCE SEM DESMAIOS HEMOD ESTAVEL ISOCO-EUPN-ACIAN-CONSC  
ABEÇA-COLUNA-ABDOME-MMII = SEM QUEIXAS  
TOR + EDEMA + DEFORMIDADE NA CLAVICULA ESQ TORAX ESTAVEL = SEM CREPT OSSEAS NO GRADIL  
ABDOME = DEPRESS, S/IRRIT PERITON  
EAMB SO PULOS+ NV+ PERF+

Hospital Memorial Arminco Moura  
S.A.M.E.  
Serviço de Arquivo Médico e Estatística  
Fone: (81) 3535-2013  
Av. Cleto Campelo, S/N-Mt. Itano-PE



Indicador: 321378 Entrada: 14/08/2019 Hora: 17:02  
Paciente: DRIGUES  
Tipo: SUS ESTADO - URGENCIA  
Responsável: NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR

Recepcionista: FABIANA DE OLIVEIRA

Matrícula:  
Identidade:  
C.N.S.: 700001423646104

Paciente: 1624309 JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA  
Nascimento: 18/03/1974 (45 Anos e 1 Mês)  
Endereço: RUA CLAUDIO COUTINHO  
Bairro: AREA VERDE C.E.P. 55640-715  
Cidade: 2606408 GRAVATA  
UF: RICA RDO GONCALVES DE SANTANA  
Mãe: MARIA DO SOCORRO DA SILVA  
Nacionalidade: BRASILEIRO

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA  
Estado Civil: SOLTEIRO  
C.P.F.: 92145442472  
Identidade: 4823099 - SDS - PE  
Telefone: / 91398884  
Instrução: AGRICULTOR  
Ocupação: GRAVATA  
Naturalidade: GRAVATA

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

ALIAÇÃO (Dr. NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR CRM 13240)  
ANTAG ORTOPEDIA - URGENCIA  
Médico do paciente  
D1 - FRATURA DE CLAVICULA

Dr. Nisan Baia  
Acupuntura Médica  
Cirurgia da Mão - Ortopedia  
CRM 13.240

Dr. Nisan Baia  
Acupuntura Médica  
Cirurgia da Mão - Ortopedia  
CRM 13.240

140819

PLANTÃO 49F (04/08/19)

Fazer RX da Clavícula E





Prefeitura de  
**Gravata**  
GOVERNO MUNICIPAL

**Secretaria de Saúde**

Joelito Lourenço de Santana  
Lado direito

Pede a todos a futura  
Admissão em S420  
na acidente de trânsito.

Realizar o tratamento contínuo  
Ata médica

05/11/15

Dr. Alexandre Bezerra  
Traumato - Ortopedia  
CRM: 97047-007.135

Sugestões, Reclamações, Elogios

Rua Izalino Poggi, 33 - Prado - Gravata - PE

Fone: 3563-9024/9025 - email: ouvidoriasusgravata@hotmail.com



## SINISTRO 3190716714 - Resultado de consulta por beneficiário

---

**VÍTIMA** JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE**

**INDENIZAÇÃO** GENTE SEGURADORA S/A

**BENEFICIÁRIO** JOSEILTON GONCALVES DE SANTANA

**CPF/CNPJ:** 92145442472

**Posição em 18-08-2020 18:15:54**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 28/01/2020        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |



## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

|                                            |                        |                                |
|--------------------------------------------|------------------------|--------------------------------|
| Outorgante: JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA | Estado Civil: SOLTEIRO |                                |
| RG: 4.823.099 SDS/PE                       | CPF: 921.454.424-72    | Data de nascimento: 18/06/1974 |
| Profissão: AGRICULTOR                      |                        |                                |
| Endereço - RUA, QUINZE DE NOVEMBRO         |                        | N.º: 942                       |
| Bairro: SANTO ANTONIO                      |                        |                                |
| Cidade: GRAVATA                            | CEP: 55.642-550        |                                |
| Telefone: (81) 9.9263-7069 / 9.9139-8884   |                        |                                |
| E-mail: SETORJURIDICORECIFE@GMAIL.COM      |                        |                                |

Nomeia e constitui suas bastante procuradoras as Sra. **LORENA SAMPAIO DA SILVA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE nº 42.960, ou a Sra. **BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS**, brasileira, casada, inscrita na OAB/PE nº 27.708, todas com endereço profissional à Av. Conde da Boa Vista, Edifício Pessoa de Melo, n.º 50, 10º andar, sala 1031, Boa Vista - CEP: 50.060-002, Recife, onde recebe as comunicações de quaisquer atos processuais, a fim de que possa representar o(a) outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, sendo-lhe outorgado os poderes de representação constantes nos art.105 do CPC, inclusive os especiais para transigir, desistir, firmar compromisso, substabelecer, desistir, renunciar, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, receber alvará, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, dando tudo por bom e valioso, **com o fim de ajuizar ações relativas ao recebimento de diferença ou da integralidade do Seguro Obrigatório, ação de indenização, ou quaisquer outras que forem necessárias para o fiel desempenho do mandato.** Deixando estipulado nesse documento, contrato de risco com o Outorgante, que em caso de êxito, serão pagos a título de honorários contratuais trinta por cento, do valor recuperado, em favor do Outorgante.

RECIFE, 19 DE AGOSTO DE 2020.

JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA

Outorgante



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

|                                            |                     |
|--------------------------------------------|---------------------|
| Outorgante: JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA |                     |
| Estado Civil: SOLTEIRO                     |                     |
| RG: 4.823.099 SDS/PE                       | CPF: 921.454.424-72 |
| Data de nascimento: 38/06/1974             |                     |
| Profissão: AGRICULTOR                      |                     |
| Endereço - RUA QUINCE DE NOVEMBRO, 942     |                     |
| Bairro: SANTO ANTONIO                      |                     |
| Cidade: GRAVATA                            | CEP: 55.642-550     |
| Telefone: (81) 9.9263-7069 / 9.9139-8884   |                     |
| E-mail: SETORJURIDICO RECIFE @GMAIL.COM    |                     |

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE RECEBIMENTO DE SEGURO DPVAT, QUE MORO E RESIDO NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO.

REITERO QUE É MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE AS INFORMAÇÕES AQUI CONTIDAS

RECIFE, 19 DE AGOSTO DE 2019.

JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA  
Outorgante



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

|            |                                |                     |                |
|------------|--------------------------------|---------------------|----------------|
| Outorgante | JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA | Estado Civil:       | SOLTEIRO       |
| RG:        | 4.823.099 SDS/PE               | CPF:                | 921.454.424-72 |
|            |                                | Data de nascimento: | 18/06/1974     |
| Profissão: | AGRICULTOR                     |                     |                |
| Endereço - | RUA QUINZE DE NOVEMBRO, 942    |                     |                |
| Bairro:    | SANTO ANTONIO                  |                     |                |
| Cidade:    | GRAVATÁ                        | CEP:                | 55.642-550     |
| Telefone:  | (81) 9.9263-7069 / 9.9139-8884 |                     |                |
| E-mail:    | SETORJURIDICORECIFE@GMAIL.COM  |                     |                |

Fundamento no artigo 1 da Lei n. 7.115/83, **declara** neste ato, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, para todos os efeitos legais, **ser pobre na acepção jurídica do termo**, enquadrando-se na concessão prevista na Lei n. 1060/50 e posteriores alterações, pois a sua "situação econômica" não lhe permite pagar as "custas" do processo e "honorários advocatícios", **sem prejuízo do sustento próprio ou da família.**

RECIFE, 19 DE AGOSTO DE 2020.

Joseilton Gonçalves de Santana

Outorgante





|                                                                                   |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL                                              |                    |
| REGISTRO GERAL                                                                    | 4.823.099          |
| DATA DE EXPEDIÇÃO                                                                 | 06/08/2014         |
| NOME<br><< JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA >>                                      |                    |
| FILIAÇÃO<br><< RICARDO GONÇALVES DE SANTANA >><br><< MARIA DO SOCORRO DA SILVA >> |                    |
| NATURALIDADE                                                                      | DATA DE NASCIMENTO |
| GRAVATÁ - PE                                                                      | 18/06/1974         |
| DOC. ORIGEM << 075614 01 55 1980 1 00012 0014542 >>                               |                    |
| 41 GRAVATÁ-PE >>                                                                  |                    |
| CNPJ                                                                              | 921.454.424-72     |
| ASSINATURA DO DIRETOR                                                             |                    |
| LEI Nº 7.116 DE 29/08/83                                                          |                    |
| F-62 73.161 - 4352                                                                |                    |

Digitalizado com CamScanner





COM.  
RESIDE

568581  
046 5705/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **19E0152003993**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/09/2019** às **10:30**

Complementa o BO Número: **19E0152003648**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)**, que aconteceu no dia **14/8/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GRAVATA, 1, VIA LOCAL** - Bairro: **CENTRO** -  
**GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PIPOQUEIRA**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)  
NORDESTE IRMÃOS OLIVEIRA LTDA (OUTRO)  
JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA**

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

**JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DA SILVA** Pai: **RICARDO GONÇALVES DE SANTANA** Data de Nascimento: **18/6/1974** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA QUINZE DE NOVEMBRO, 942 - CEP: 0 - Bairro: SANTO ANTONIO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

**NORDESTE IRMÃOS OLIVEIRA LTDA** - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: - Documentos: **02857222000150 (CNPJ)**

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

**MOTO (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **NORDESTE IRMÃOS OLIVEIRA LTDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGH3183** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)  
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013**

00.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=152&idOc=8038209&nroBO=19E0152003993&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE DE TR... 1/2

Digitalizado com CamScanner



## Complemento / Observação

**DECLARA A VITIMA QUE PILOTAVA A MOTO DE PLACA PGH - 3183 NA VIA LOCAL DA BR 232 EM GRAVATA, PROXIMO A PIPOQUEIRA, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UMA CRIANCA CRUZANDO A VIA; QUE AO TENTAR DESVIAR PERDEU O CONTROLE E CAIU. A VITIMA SOFREU FRATURA NA CLAVICULA, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA.**

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

**JOSEILTON GONÇALVES DE SANTANA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JAIR TEIXEIRA DA SILVA** Matrícula: **221559-4**

