



Número: **0137224-16.2018.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

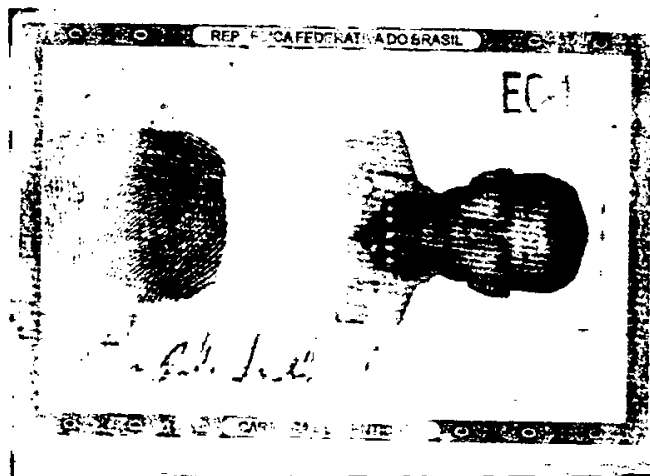
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HILTON PAULO DA SILVA MELO (AUTOR)		ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39541 163	26/12/2018 14:10	DOCS - HILTON PAULO	Documento de Comprovação



2.512.380 29/12/2016

<< HILTON PAULO DA SILVA MELO >>

<< PAULO FILHO DE MELO >>

<< VALDERICE CARLOS DA SILVA >>

RECIFE - PE 21/09/1963

<< 077503 01 55 1969 1 00110 047

0097594 22 RECIFE-PE >>

658.990.244-53

LEI Nº 7.116 DE 20.05.83



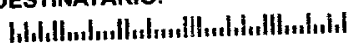
e-Carta_4901_251_OS_128102_20180321.txt_blocoado.txt



**POLÍCIA
RODOVIÁRIA FEDERAL**



DESTINATÁRIO:



HILTON PAULO DA S MELO
RUA DOUTOR GUSTAVO PINTO 333 - CASA ESTANCIA
50781-740 RECIFE - PE

ECT - Data de postagem: 21/03/2018
DPRF - Data de expedição: 19/03/2018



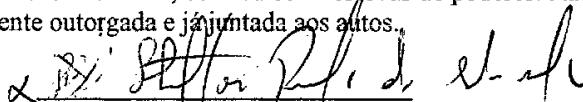
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE/CONTRATANTE: WILTON PAULO DA SILVA MELO
brasileiro, estado civil: SOLTEIRO, profissão: NOTABOY
portador da cédula de identidade sob o RG de n.º 2512380 - SDS, inscrito no
CPF/MF sob o n.º 658.990.244 - 53, residente e domiciliado
DR: GUSTAVO PINTO, n.º 333,
bairro: JARDIM SÃO PAULO na Cidade de RECIFE,
Estado de Pernambuco.

OUTORGADO/CONTRATADO: **ABRAÃO FIRMINO DO NASCIMENTO**,
brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 39.668, com endereço profissional na
Rua Arquiteto Luiz Nunes, 741, Imbiribeira, Recife-PE.

PODERES

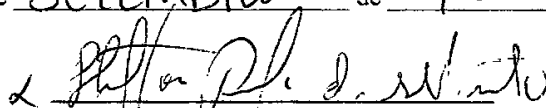
O outorgante outorga ao outorgado amplos e gerais poderes de representação para o exercício do procuratório judicial e extrajudicial, atinentes a cláusula *ad judicium et extra*, especialmente visando defender direitos do outorgante, podendo ainda propor ação, requerer justiça gratuita, variar de ações, receber intimações, desistir, **negociar e transigir**, confessar, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber e levantar e quitar alvará judicial, firmar compromisso, produzir provas, enfim, todos os atos necessários que visem à boa e fiel desincumbência dos deveres e prerrogativas advocatícias de defesa dos direitos e interesses jurídicos do outorgante, para o que são conferidos todos os poderes, ainda que aqui não declarados expressamente, inclusive substabelecer, com ou sem reservas de poderes. Ratifica ainda a procuração anteriormente outorgada e já juntada aos autos.


OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS

A **OUTORGANTE/CONTRATANTE** pagará, a título de honorários advocatícios contratados, ao outorgado/contratado 30% (trinta por cento) do valor bruto em real (R\$) que receberá em decorrência do processo distribuído e patrocinado pelo contratado, seja em caso de condenação, seja em caso de acordo. O outorgante/contratante autoriza ainda que a secretaria do Juízo retenha em favor do outorgado/contratado os 30% (trinta por cento) acordado, quantia esta que poderá ser liberada através de alvará em favor do outorgado. Os honorários aqui contratados independem dos honorários de sucumbências.

Recife, 26 de DEZEMBRO de 18


CONTRATANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, HILTON PAULO DA SILVA MELO,
brasileiro (a), solteiro(a), inscrito (a) no **CPF/MF** nº 658.940.244-53
residente e domiciliado (a) à Endereço com CEP; declaro sob as penas
da lei que não tenho condições de arcar com custas processuais, bem
como quaisquer custos adicionais sem prejuízo do meu sustento e de
minha família, para tanto requeiro os benefícios da assistência judiciária
Gratuita nos termos da lei 1060/50.

Requite 26 de Dezembro de 48.

Hilton Paulo da Silva Melo

- RG



447717
0178437/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO
PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0102001534

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/04/2018 às
13:00

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 7/10/2016 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SAO PAULO, 01** - Bairro: **JARDIM SAO...**
PAULO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
HILTON PAULO DA SILVA MELO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a)
Sr(a): **HILTON PAULO DA SILVA MELO**

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

HILTON PAULO DA SILVA MELO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
VALDERICE CARLOS DA SILVA Pat: PAULO FIALHO DE MELO Data de Nascimento:
21/0/1983 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
2812380/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO
Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares:
- 988473598

Endereço Residencial: **RUA DOUTOR GUSTAVO PINTO, 333 - CEP: 55090-000 - Bairro:**
ESTANCIA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe:
DESCONHECIDA Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): HILTON PAULO DA SILVA MELO, que

27/04/2018 12

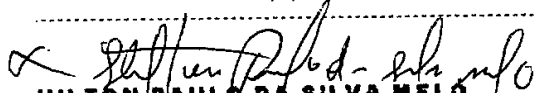
estava em posse do(a) Sr(a): **HILTON PAULO DA SILVA MELO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEB5104** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

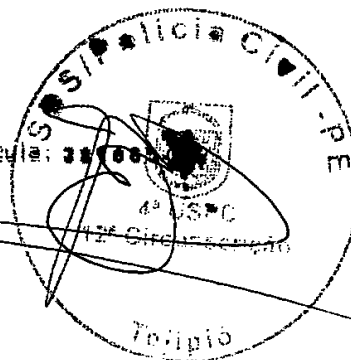
Complemento / Observação

INFORMA QUE NA DATA CITADA SOFREU UM TRANCA POR UMA VAM DE COR BRANCA, NAO CONSEGUIU ANOTA A PLACAS,, TEVE COMO DANOS EM SUA MOTO , PE DE APOIO SETA ASQUERDA QUIDAO E MANETA DE EMBREAGEM, SENDO SOCORRIDO POR UM AMIGO PARA A UPA DO TORROES, TENDO FRATURAS ESPOSTA NO QUINTO DEDO DA PERNA DIREITA,,... PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS,,.

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


HILTON PAULO DA SILVA MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOAO EPIFANIO DE SANTANA** - Matrícula: **3100**





Nome: HILTON PAULO DA SILVA MELO

Nº registro: 531206

Dt. Nasc.: 21/09/63 - 53 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: VALDERICE CARLOS DA SILVA

Fone: 81988473598

Endereço: R DOUTOR GUSTAVO PINTO, nº 333, JARDIM SAO PAULO - RE: RECIFE - PE

Data/hora: 07/10/2016 - 22:42 **Nº pág.:** 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO :

AMBULÂNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA EM QUINTO METATARSO DIREITO.

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: °

PA: x mmHg

HGT: mg/dL

EGB, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL, SEM EDEMAS, ORIENTADO.

ACV: RCR 2T BNF S/SOPROS

AR: MV + AHT S/ RA

ABD: PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR, SEM VMG, RHA +

ECG: 15, PUPILAS ISOCORICAS E REATIVAS

NUCA LIVRE

CONDUTA:

Exames Complementares/Resultados:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO|

OBSERVAÇÕES :

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Motivo:

Senha: 5018190

ESTE PACIENTE TEM CONDIÇÕES DE SER TRANSFERIDO POR MEIOS PRÓPRIOS :

Dr. JOSÉ AUGUSTO CALAFELL ROIG TIBURCIO DE M
CRM: 22475

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome: HILTON PAULO DA SILVA MELO

REG: 9243

Data da operação: 07/10/2016

Operador: DR. BRUNO JALES 1º auxiliar: FRANCISCO CABRAL (R1)

Anestesista: O CIRURGIÃO

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DE FALANGE
DISTAL DE 5º PDD

PROCEDIMENTO: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO
EXPOSTA (com fio de K)

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia local
- 2) Assepsia, antissepsia
- 3) Aposição de campos cirúrgicos
- 4) Observado ferimento cortocontuso em 5º PDD – COM DEFORMIDADE EM 5º PDD
- 5) REDUÇÃO INCRUENTA
- 6) DESBRIDAMENTO CIRURGICO + limpeza copiosa com SF0,9%
- 7) fixação com fio de k 1-0
- 8) Sutura de pele com nylon 4.0
- 9) Curativo
- 10) Observado boa perfusão distal após procedimento e correção de deformidade

Dr. Thiago D. R. de Almeida
CRM: 23019





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: HILTON PAULO DA SILVA MELO

1. Ocorrência da Emergência: 362687

1.1 - Atendimentos em: 07/10/16

1.2 - Às 23 horas e 49 minutos

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 9243

2.1 - Internado em: 07/10/16

2.2 - Alta em: 09/10/16

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DA FALANGE DISTAL DO 5º PODODACILLO DIREITO.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 07/10/16 = TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO 5º PODODACILLO DIREITO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

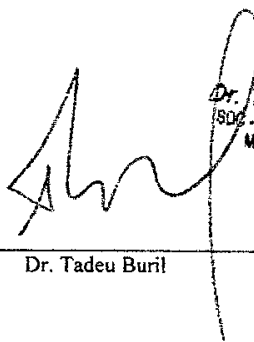
DATA: 14.8.2017

HORA: 09:31:00

PASTA: 01.08.2017

TB

RS


Dr. Tadeu Buri
1506 - CREMEPE - 3016
MAT. 0586683

Dr. Tadeu Buri





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 362687

Prontuário: 9243

Nome: HILTON PAULO DA SILVA MELO

Data Nasc.: 21/09/1963

Idade: 53

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 2512380

CNS: 706504342757299

Endereço: RUA DOUTOR GUSTAVO PINTO

Nº: 333

Bairro: ESTANCIA

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 50781740

Fone: 88473598

Profissão:

Nome da Mãe: VALDERICE CARLOS DA SILVA

Acompanhante: SERGIO

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA DOS TORROES

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: AUT. ENF. MARGARIDA SENHA - 5018190 FRATURA DOS OSSOS DO METARSO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA 07/10/2016 HORA 23:19 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

Dores no dorso da coluna lombar - ECG IS.

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura mQueimadura: Sim ☐ Não ☐

Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

Exame Físico

A: Geral

Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐O paciente fala: Sim ☐ Não ☐

Temp.: C°

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mmm

Pulso: bpm:

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:



HGV- Hospital Getúlio Vargas



362694

Prontuário: 9243

8212

Atendimento

CNS: 706504342757299

Paciente: HILTON PAULO DA SILVA MELO

Clínica: SALA DE RECUPERAÇÃO

Leito: SR 05

Nascido: 21/09/1963 Idade: 53 Anos 0 Mes

Sexo: MASCULINO

Mãe: VALDERICE CARLOS DA SILVA

Fone: 8847-3598



HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



E: Abdômen		<i>Abdomen e dor</i>	
Diagnóstico Inicial:			
<i>Enferm. Esp. do S. PDD -</i>			
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica			
Exames Solicitados : 1 - Especializados			
Resultado de Exames:		<i>SAT - SAT 10</i> <i>Cap. de 28 cm</i>	
Tratamento / Procedimentos:		<i>fila Hade</i> <i>S. 20.10.16</i>	
Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:		Código Procedimento: <i>21183</i>	
Evolução de Enfermagem:		Ass. Médico + Carimbo Código Procedimento:	
Diag. Definitivo:		Ass. Médico + Carimbo	
Definição do Caso:		Ass. Enfermeira + Carimbo	
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se		Condição de Alta: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito	
Informação do Serviço Social			
Confirmação do Nome:		Assist. Social:	
Confirmação do Endereço:		Assist. Social	
Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externo: ☐		Assist. Social	
Observações:			
Autorização para Alta / Internamento / Transferência			
Médico:		CRM/CRO:	
Data:		Hora:	
Termo de Responsabilidade Para Internamento :			
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares.			
Data:		Nome completo legível:	
Nº da Identidade:		Assinatura:	
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido :			
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.			
Data:		Nome completo legível:	
Nº da Identidade:		Assinatura:	
Cadastramento: 07/10/2016 23:49 h CLAUDIOAS		impressão: 07/10/2016 23.49 h CLAUDIOAS	

Médico





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Ataque e dor

Diagnóstico Inicial:

Ent. Epig. do S. PDD -

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Pz 2/10

Resultado de Exames:

*SAT - SAT 10
Cefaleia 2/10*

Código Procedimento:

21163

Tratamento / Procedimentos:

*felix Hade
Soc. G. local*

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Melhorado

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐

Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares.

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Cadastramento: 07/10/2016 23:49 h

CLAUDIOAS

impressão:

07/10/2016 23:49 h CLAUDIOAS

Médico

