

**EWERSON VILAR &
RENATHA CAVALCANTI**
ADVOCACIA

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: JOSE CARLOS PEREIRA DA SILVA, brasileiro, solteiro, Agricultor, portador do CPF sob nº. 289.079.078-97, residente na Rua Severino Pinheiro, nº 64, Bela Vista, Santa Cruz do Capibaribe- PE, CEP. 55195-623.

OUTORGADOS: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA, brasileiros, casados, advogados, inscritos, respectivamente, na OAB/PE n. 22.362 e 28.570, com endereço profissional na Av. Agamenon Magalhães, 4318 - sala 1510 - Paissandú - Recife - PE - Cep. 52010-075 - Fone: (81) 3445.0715 - 98610.8166 - 99982.1579 - 99797.7634.

PODERES: Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e ***assinar declaração de hipossuficiência econômica***, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar à **OUTORGADA**, o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Eu, JOSE CARLOS PEREIRA DA SILVA DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

Santa Cruz do Capibaribe/PE, 11 de junho de 2018.


JOSE CARLOS PEREIRA DA SILVA - Outorgante/Declarante



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

NOME
JOSE CARLOS PEREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
9579132 SDS PE

CPF
289.079.078-97

DATA NASCIMENTO
23/05/1971

FILIAÇÃO
NAO DECLARADO

ELIZABETE PEREIRA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB.
A2

Nº REGISTRO
03301154113

VALIDADE
23/02/2021

1ª HABILITAÇÃO
08/06/2004

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE

DATA EMISSÃO
25/01/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

65141688097
PE071554971

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1420988517

PROIBIDO PLASTIFICAR
1420988517



SINISTRO 3170667328 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE CARLOS PEREIRA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

ARUANA SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO JOSE CARLOS PEREIRA DA SILVA

CPF/CNPJ: 28907907897

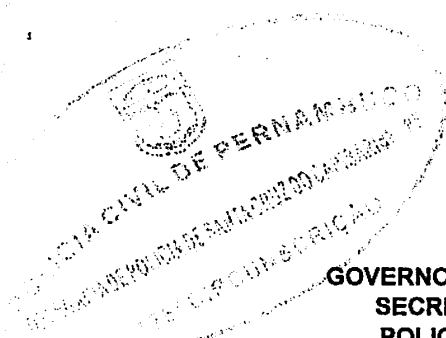
Posição em 30-05-2018 07:37:55

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
01/06/2018	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

30/05/2018 07:38





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0218003518

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/10/2017** às **15:25**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **23/7/2017** às **06:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA MARIA LIRA DE MORAIS, S/N, BELA VISTA, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARLI DE ARAÚJO BARBOSA (NOTICIANTE)
ROSELI JOSEFA DA SILVA (OUTRO)
JOSÉ CARLOS PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS PEREIRA DA SILVA**

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

JOSÉ CARLOS PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELIZABETE PEREIRA DA SILVA** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **23/5/1971** Naturalidade: **BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1420988517 (CNH)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **SEGURANCA**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA SEVERINO PINHEIRO, 64, APTO 02, BELA VISTA, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROSELI JOSEFA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARLI DE ARAÚJO BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DAS DORES DE ARAÚJO BARBOSA** Pai: **MANOEL BARBOSA DA SILVA** Data de Nascimento: **19/4/1981** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA SEVERINO PINHEIRO, 64, APTO 02, BELA VISTA, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

03/10/2017 15:25



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROSELI JOSEFA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS PEREIRA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFM5116** (PERNAMBUCO/TORITAMA) Renavam: **331847124** Chassi: **9C2KD0550BR014792**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

INFORMA A NOTICIANTE QUE O SEU MARIDO JOSÉ CARLOS PERREIRA DA SILVA, NO DIA 23 DE JULHO DE 2017, POR VOLTA DAS 6:40H, CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA PFM5116 PELA RUA MARIA LIRA DE MORAES, NESTA CIDADE, QUANDO COCHILOU VINDO A COLIDIR COM UMA ÁRVORE LOCALIZADA NA CITADA RUA. TENDO O MESMO SOFRIDO LESÕES GRAVES PELO CORPO, NA OCASIÃO FOI SOCORRIDO POR UMA UNIDADE DO SAMU À UPA DESTTA CIDADE, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI REMOVIDO AO HRA DA CIDADE DE CARUARU-PE, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO. APRESENTOU NESTA DEPOL DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU REFERENTA À OCORRÊNCIA, DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DA UPA DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO HRA DA CIDADE DE CARUARU-PE.

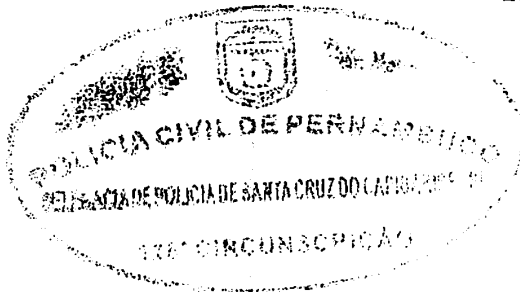
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Marli de Araújo Barbosa

MARLI DE ARAÚJO BARBOSA
(NOTICIANTE)

P / Denizio da Silva - Januario 208.483-0

B.O. registrado por: **JOÃO LUIZ CAMPOS DE FARIAS SILVA** - Matrícula: **273348-0**



03/10/2017 15:25





**SAMU
192**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE**

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **JOSÉ CARLOS PEREIRA DA SILVA** CPF 289.079.078-97, RG 9579132 SDS/PE que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE** – BASE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID -0111, RG-20646 no dia 23 de julho de 2017, às 06h48m, na rua Maria Lira de Moraes, com queixa de queda de moto, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)**, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a para UPA 24h

De acordo com o registro de informação do **SAMU**, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, imobilização, verificação de sinais, AVP e em seguida foi removido.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 03 DE OUTUBRO DE 2017.

Maria Lenice C. da Silva
Coordenadora SAMU
Mat. 001029

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
Coordenadora

Recebi esta declaração do SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

EM ____/____/____.





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **JOSÉ CARLOS PEREIRA DA SILVA** nascido em 23/05/1971 esteve nesta unidade hospitalar no dia 23/07/2017 por volta das **07h40min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 11 de SETEMBRO de 2017

ATENCIOSAMENTE



JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

José Ademir Pereira
Diretor
Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h
MAT. 514391

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hscc@gmail.com



CLASSIFICAR COMO VERDE:

sem queixas (); TCE sem perda de consciência(); Febre sem outros sinais clínicos(); Lombalgia intensa();
>24h(); Entorse, suspeita de fraturas, luxações(); Dor abdominal sem alterações de SSVV();
entre 160 a 190mmhg sem sintomas(); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas(); Dor de garganta com
febre e com placas sem toxemia().

CLASSIFICAR COMO AZUL:

Queixas crônicas sem alterações agudas(); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou
recorrente(); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou ret. de pontos (); Vômitos ou
diarréia sem desidratação(); Constipação intestinal sem outros sintomas();Administração de medicamentos();
falta de atestados, exames ou receitas não urgentes().

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

ASSINADO: _____ ASS. E CARIMBO: _____

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL: _____

CO: *Paciente interna de queda de nuca*
queixa-se de dor no joelho e
na paciente: ombro e punho D.
09:20 D. Do Carmo O.F.D.M
2. RX

Exame Físico: _____

Hipótese diagnóstica _____

Outra: _____

CÓPIA AUTORIZADA

Revisson P. dos Santos
ASTEGO, 0840

ASS. E CARIMBO _____





FICHA DE ATENDIMENTO

ESPOSA
MARLY
88218-6267

UPA
24h

RECEPCIONISTA: UPA 24h Data: 23/07/17 Hora: 07:40 min
Nome: JOA CARLOS PEREIRA DA SILVA Nº do Prontuário: _____
RG: 9132 Idade: 46 Nascimento: 23/05/71 Nº SUS _____
Estado Civil: Solteiro Profissão: Auxiliar Fone: () _____
Endereço: R. Prox. ao Calceão Nº _____ Bairro: 5ma
Cidade: SCC Acompanhante: () Sim Não () Nome: _____
Pai: _____
Mãe: Euzalia Pereira da Silva

Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____ : _____ min

PA: _____ T: _____ HGT: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2% _____

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 07:45 min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO:

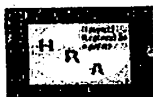
Apnéia (); Cianose (); Estridor (); PC<50>140 (); FR>32vpm (); Extremidades frias (); Pulso fraco ();
Pulso ausente (); Sudorese (); PAS<80mmhg (); PAD>130mmhg (); Letargia (); Convulsionando ();
responsivo ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intenso (); Lesão grave ();
Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ();
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16 (); FC<50 ou >140 (); PAS<90 ou >190mmhg (); PAO₂<60 ();
Febre >38°C (); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24h (); mucosas ressecadas ();
Queimaduras de 1º e 3º graus em áreas não críticas (); Abuso sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa ();
Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa (); história até 72h de:
Melená (); Hematêmese (); enterorragia (); epistaxe (); Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico ();

OBS: Pct vindo c/ SAMU, após queda de dentes c/ dor em MTE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o paciente Sr (a) José Carlos Pereira da Silva , Esteve Interno Nesta Unidade Hospitalar no período do dia, 23/07/2017 a 03/08/2017 Registro Hospitalar: 302243 OBS:Vítima /de Acidente de Trânsito.

desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru 18 de Agosto de 2017.

Alexsandro da Silva Araújo
Setor de Arquivo - SAME do HRA
Matrícula: 12450

Setor de Arquivo (SAME)

09 794.975/0269 2.
RUBSAM - Hospital Regional
do Agreste
PR 232, Km 130
Marianópolis - PE 55000-000
Caruaru - PE

.(Same) do HRA . (81) 3719-9346.



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: JOSE CARLOS PEREIRA DA SILVA	Atendimento: 339449
Data Nasc.: 23/05/1971	Prontuário: 302243
Idade: 46	
Sexo: MASCULINO	
Cor: PARDA	
Religião:	
CNS: 700204488497325	
Endereço: RUA MAJOR NEGRINHO	
Bairro: BAIRRO NOVO	
CEP: 55190970	
Fone: 998161476	
Nome da Mãe: ELIZABETE PEREIRA DA SILVA	
Acompanhante:	
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA	
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	
2 - ATENDIMENTO	
Data: 23/07/2017 12:16	Médico: MEDICO PLANTONISTA
Queixa Principal / HDA:	
Vítima de acidente de auto movel em frente a loja	
Exame Físico:	
PA: 110/70 mmHg S-II	
FC: 72	
FR: 18	
Diag. Provisorio:	
Fratura de fêmur	
Prescrição:	
Data:	
Dietas:	
Observações:	
Dr. Ewerilson Vilar de Lima Médico Plantonista (Assinado eletronicamente)	

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: José Carlos Pereira da Silva

Nº do Registro: 300243

Clinica: Traumatologia

Nº do Leito

Operador: Dr. Waldemar

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: Raqui anestesia

Duração:

Data da Operação: 23/07/17

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de Platô tibial e (Shatzken 6)

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo

Operação Proposta: Instalação de fixador externo

trat. cirúrgico de fratura de platô tibial

Operação Realizada: O mesmo

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia.

Aspirac e antisepsia

Aposição de campos estéril

Fixação com fixador externo tipo-tubo

Curativo

A SR

Dr. Waldemar Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 15240





Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: JOSE CARLOS PEREIRA DA SILVA

Data Nascimento: 23/05/1971 Idade: 46 Anos, 2 Meses e 0 Dia

Sexo: Masculino

Atendimento: 01011094

Prontuário: 00418911

História Atual:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 4 HS. REFERE USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA OU VOMITOS. REFERE DOR EM JOELHO E OMBRO ESQ

Exame Físico:

EGB, EUPNEICO, GLASGOW15. EDEMA E DOR LOCAL, EX NEUROVASC SEM ALTERAÇÃO, EXCETO PELA LIMITAÇÃO FUNCIONAL

Exames Complementares/Resultados:

RX OMBRO SEM ALTERAÇÕES; RX JOELHO EVIDENCIA FRATURA DO PLATO TIBIAL

Hipóteses Diagnósticas:

FRATURA FECHADA DO PLATO TIBIAL

Conduta:

IMOBILIZAÇÃO + ORIENTAÇÕES + TRANSFERENCIA PARA O HRA

SENHA:

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: ☐ SIM ☒ NÃO

Transferido / Encaminhado para:

43 -TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Motivo:

AO HRA

Data: 23 DE JULHO DE 2017

Hora: 11:46

Dr. Raimundo Honorato da Silva Junior
CRM - 20136

Ass. e CRM do Médico

Dr(a): RAIMUNDO HONORATO DA SILVA JUNIOR
CRM - 20136

Av. José Marques Fontes, S/N

Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP.: 55026-530



Assinado eletronicamente por: EWERSON VILAR DE LIMA - 20/08/2018 17:27:38

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18082017273842700000034154794>

Número do documento: 18082017273842700000034154794

Num. 34622825 - Pág. 14

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: João Carlos Pereira da Silva

Prontuário: 302243

Data: 23/04/17 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fract. Platar tibial.

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ortopedia a ± 15 dias.

TRATAMENTO REALIZADO:

S/O cirurgia

Alta Hospitalar: Data:

07/11/17
decedido

Hora: _____

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

