

**SUBSTABELECIMENTO**

**SUBSTABELECENTE:**

**SILVANA CARLA BRITO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE**, brasileira, advogada, inscrita na OAB-PE nº 32.544, com endereço profissional na Rua Bernardo Guimarães, nº 506, bairro – Santo Amaro, Recife/PE, CEP: 50.050-440.

**SUBSTABELECIDOS:**

**EWERSON VILAR DE LIMA**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB-PE nº 28.570, com endereço profissional na Rua Bernardo Guimarães, nº 506, bairro – Santo Amaro, Recife/PE, CEP: 50.050-440.

**PODERES:**

Substabeleço, sem reservas, todos os poderes recebidos de \_\_\_\_\_, constante nas procuração anexa aos presentes autos, inclusive os específicos e especiais, ficando habilitado a praticar todos os atos necessários ao pleno, bom e fiel desempenho do presente mandato em trâmite nesta comarca.

Recife, 15 de Janeiro de 2019.



Silvana Brito  
OAB/PE 32.544



**INSTRUMENTO PROCURATÓRIO**

**OUTORGANTE:** Jose Amaro da Silveira

Brasileira (o) Silveira, recuso  
(Nacionalidade) (Estado Civil) (Profissão)  
portador(a) da Cédula de Identidade nº 28.055.056, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº  
641.727.834-49 residente domiciliado(a) Rua Dr. Jose Amaro  
Nº 390, Centro - Bezerra CEP.: 55660-000.

**OUTORGADOS:** **EWERSON VILAR DE LIMA**, brasileiro, casado, advogado, portador, respectivamente, da OAB-PE **28.570**, com endereço profissional na Avenida **endereço eletrônico:** **evl.advogado@yahoo.com.br**

**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 ao **OUTORGADO** 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 Amaro da Silveira**, 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.

**Outorgante/Declarante**

Jose Amaro da Silveira

1





Assinado eletronicamente por: EWERTON VILAR DE LIMA - 27/03/2019 16:38:54

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032716385483800000042398170>

Número do documento: 19032716385483800000042398170

Num. 43035424 - Pág. 3



## **SINISTRO 3180479561 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** JOSE AMARO DA SILVA FILHO

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE  
SEGURADORA S/A

**BENEFICIÁRIO** JOSE AMARO DA SILVA FILHO

**CPF/CNPJ:** 64172783449

### **Posição em 14-02-2019 10:36:28**

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

| Descrição                        | Tipo   | Status       | Nome |
|----------------------------------|--------|--------------|------|
| → Documentação médico-hospitalar | Vitima | Não Conforme |      |





457208  
02560571 18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0181001241

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/07/2018** às **14:57**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **13/12/2017** às **14:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BEZERROS, 1, BR 232 - Bairro: CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **VIA LOCAL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
GUSTAVO CESAR BEZERRA DA SILVA ( OUTRO )  
JOSE AMARO DA SILVA FILHO ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a) JOSE AMARO DA SILVA FILHO

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

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

**JOSE AMARO DA SILVA FILHO** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA BEZERRA TORRES**  
Pai: **JOSE AMARO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/1/1969** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **28055056/SDS/PE (RG), 64172783449 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BEZERROS, 1, RUA DR JOSE MARIA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**GUSTAVO CESAR BEZERRA DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **GUSTAVO CESAR BEZERRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE AMARO DA SILVA FILHO**



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **0YMS5714** (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO) Renavam: **111385756** Chassi: **9C2KD081HR423015**  
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017**

## Complemento / Observação

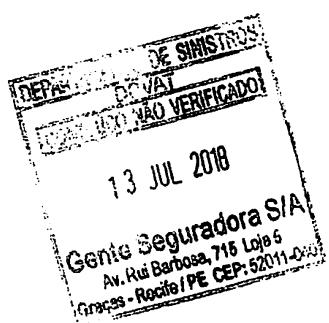
**RELATA A VITIMA JOSE MARO DA SILVA FILHO QUE VINHA PILOTANDO A RFERIDA MOTOCICLETA NA VIA LOCAL DA BR 232 PROXIMO AO POSTO DE LIU QUANDO UM CARRO FOI ULTRAPASSAR E A VITIMA ACABOU COLIDINDO ,O CARRO SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO,A VITIMA FICOU CAIDA NO CAHAO SENDO SOCORRIDO PELO SAMU QUE LEVOU A VITIMA PARA UNIDADE MISTA SAO JOSE NO DIA 31-12-2017 COM O N DO REGISTRO 828155 QUE JA FOI ATENDIDO E LIBERADO,NO DIA 18-12-2017 AINDA SENTINDO FORTES DORES VOLTOU A UNIDADE MISTA SAO JOSE COM O REGISTRO 828972 QUE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DE PRONTURAIO 264436 ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM UMA FRATURA DOS OSSOS DA MAO ESQUERDA QUE FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL JESUS PEQUENINO NUMERO DE ATENDIMENTO 485479 PARA REALIZAR TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA MAO ESQUERDA.ASSIM COMO COSNTA NA DOCUMENTCAO MEDICA APRESENTADA.**

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

*João Amaro da Silva Filho*  
**JOÃO AMARO DA SILVA FILHO**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FRANCISCO MIGUEL DA SILVA** - Matrícula: **136042-6**

*Francisco Miguel da Silv.*



**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido da Sra. Flavia Cristina de França, Identidade 6921760 SDS-PE, CPF 063158474-98 que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado por este serviço ao Sr. José Amaro da Silva Filho, número da ocorrência – ID 0050, no dia 13 de dezembro de 2017, às 15h e 02min, com queixa de acidente de transito na via local da BR 232. Bezerros - PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vitima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.

Bezerros, 04 de Janeiro de 2018.

  
Klevio Maranhão  
Coord. RUE/SAMU  
Bezerros-PE

*Klevio Maranhão*  
Coord. Técnico da Rede de Urgência  
e Emergência/Bezerros

Rua: Vitoriano Pereira de Lima, 84 – Centro - CEP 55660-000 –Bezerros – PE  
FONE/FAX: 3728-6716/6717 - RAMAL-34



|  |                              |                          |                               |                     |                   |
|--|------------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------|-------------------|
| FICHA DE ATENDIMENTO   |                              | CARTÃO DO SUS:           |                               | REGISTRO: 828 972   |                   |
| DATA: 35.12.17   | NOME: <i>Ismaela</i>         | HORA: 07:24              | ACOMPANHANTE: <i>Elverson</i> | TELEFONE: 996543879 |                   |
| NOME DA MÃE: <i>Severina</i>   | DATA DE NASCIMENTO: 21/01/69 | BAIRRO: <i>Sao Bento</i> | IDADE: 48 anos                |                     |                   |
| END: <i>Bezerros</i>   | CEP: <i>510.800 mmhh</i>     | SINAIS VITAIS            | HGT: <i>345</i> mg/dL         | T: <i>-</i> °C      | PESO: <i>-</i> kg |
| CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO  |                              |                          |                               |                     |                   |
| I - Sinais de Emergência imediata  |                              |                          |                               |                     |                   |
| CLASSIFICAR COMO VERMELHO  |                              |                          |                               |                     |                   |
| 1. O Apneia O Cianose O Estridor O FC<50 ou >140bpm O FR <10.ou >32 irpm<br>2. O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulso fraco ou ausente O PCR O Sudorese<br>3. O PAS < 80 ou >200mmhg O PAD < 40 ou > 130 mmhg HGT < 40 ou > HI mg/dl O Convulsão no momento<br>4. O Politraumatismo/Glasgow <= 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios<br>5. O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso<br>6. O Broncoaspiração O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória |                              |                          |                               |                     |                   |
| - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação   |                              |                          |                               |                     |                   |

CLASSIFICAR COMO AMARELO

- O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS < 90 ou >180mmhg O PAD < 50 ou > 110mmhg sem sintomas
- O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambulação
- O Tugor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
- O Queimaduras de 1º e 3º áreas não críticas SCQ< 10% O Vítima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
- O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Melena O Hematêmesis O Enterorraquia O Epistaxe
- O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

- O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
- O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
- O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O Dor de ouvido moderada a grave
- O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abcessos O Intercorrências ortopédicas

Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

- O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
- O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- O Troca de curativos ou retiradas de pontos
- O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
- O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
- O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

Mão esquerda apertada + dor interna

Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM, a

Jane Larissa Moura Pereira  
Enfermeira  
COREN-PE 467978 *Klusnay*  
Assinatura da enfermeira e carimbo



Secretaria Municipal de Bezerros  
Unidade Mista São José



# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

18/12/2017 11:03

|                     |                           |
|---------------------|---------------------------|
| Nome Paciente:      | JOSE AMARO DA SILVA FILHO |
| Cód. Paciente:      |                           |
| Data de Nascimento: | 21/01/1969                |
| Sexo:               | Masculino                 |
| Idade:              | 48                        |
| Senha:              | U0012                     |
| Convênio:           | -                         |
| Atendimento:        |                           |

18/12/2017 11:02 - KARINA ALBUQUERQUE NEGROMONTE - COREN: SE/NÚ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **POUCO URGENTE**

Cor:  VERDE

Queixa-Principal: PCTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM FRATURA DOS OSSOS DA MAO EQUERDA  
SENHA5322124

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - EDEMA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: KARINA ALBUQUERQUE NEGROMONTE  
Data: 18/12/2017 11:03

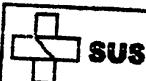
Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: EWERTSON VILAR DE LIMA - 27/03/2019 16:38:54  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032716385483800000042398170>  
Número do documento: 19032716385483800000042398170

Num. 43035424 - Pág. 12



Sistema  
Único de  
Saúde  
Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Cirino de Oliveira Ferreira

6 - N° DO PRONTUÁRIO

264436

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

110000167861511211016

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/01/69

9 - SEXO

Masc.  Fem.

10 - RAC/COR

11 - NOME DA MÃE

Suzana Bezerra Tavares

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)

Rua Lator José Maria São Pedro n: 390

18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Belo Horizonte

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Saúvile sofreu trauma em maca

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

nenhuma de tratamento emergencial

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX + exames

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fract S" QDF

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

( ) CNS ( ) CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

18/12/12

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





caso n.º

O paciente José  
Amaro da Silva filho en-  
contra-se em post-operatório  
de extirpação do 5º metacôrno E.



13/07/19  
Dr. Ronaldo Evangelista  
Ortopedista  
CRM/2361

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099



Assinado eletronicamente por: EVERSON VILAR DE LIMA - 27/03/2019 16:38:54

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032716385483800000042398170>

Número do documento: 19032716385483800000042398170

Num. 43035424 - Pág. 14

RELATORIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE ( TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

|  |  |
|--|--|
| DATA DO ACIDENTE:<br>13-12-17  | DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:<br>15/08/18                     |
| NOME COMPLETO DA VITIMA:<br>José AMARO DA SILVA FILHO  |  |
| LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:<br><p>Lidão com perca de força e limitação de amplitude de movimento em flexão e extensão do punho E.</p>  |  |
| DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS:<br><p>Realizado fisioterapia e acupuntura com tui, alongamento e cinistioterapia, acupuntura para melhora do quadro clínico.</p>   |  |
| ALTA MÉDICA?   | <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?  | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |
| CASO POSITIVO DESCREVER:   |  |
| COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:  |  |
| <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORARIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO<br><input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA |  |

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATOMICO OU ORGÃO AFETADO

Lidão em mão E, com perca de força muscular e flexão de mão com rigidez em 50% da sua amplitude elaborativa.

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE 15-08-18 A 05-10-18 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL Brumado DATA 08-10-18 ASSINATURA E CARIMBO 