HAROLDO MAGALHÃES
ADVOCACIA

QUESITOS – PERÍCIA

PARTE AUTORA: ELIVELTON ARAUJO GOMES DOS SANTOS

Queira o Sr. Perito esclarecer, de acordo com a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, introduzida pela Lei 11.945/2009, os seguintes QUESITOS:

1 – Em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, **houve Lesões no Membro Inferior Esquerdo?**

2 – Em caso positivo, a Lesão ou as Lesões são **Temporárias ou Permanentes**?
3 – No caso de ser permanente, a Lesão é **Total ou Parcial**?
4 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é **Completa ou Incompleta**?
5 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é **Intensa, Média, Leve ou Residual**?

6 – Independente do quesito exposto no item "1", em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, **houve algum outro tipo Lesão**?
7 – Em caso positivo, **qual tipo de Lesão ocorreu**?
8 – Em caso de ter havido Lesão, ela é **temporária ou permanente**?
9 – No caso de ser permanente, a Lesão é **Total ou Parcial**?
10 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é **Completa ou Incompleta**?
11 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é **Intensa, Média, Leve ou Residual**?

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com

HAROLDO MAGALHÃES
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:
Everton Paiva Gomes dos Santos, brasileiro, solteiro, auxiliar de [illegible], portador do RG nº 5.[illegible] SDS/PE, inscrito no CPF sob nº 114.474-[illegible], residente e domiciliado na Rua Castelo Branco, nº 72, Nova [illegible], Floresta/PE, CEP 56.50[illegible], através do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o advogado.

OUTORGADO: **HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, inscrito no CPF/MF sob o nº 041.542.024-56, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

PODERES: a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula **"ad judicia et extra"**, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-las nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima qualificado, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos, receber, dar quitações, levantar e receber alvará, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

Floresta/PE, 10 de janeiro de 2019

OUTORGANTE

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com

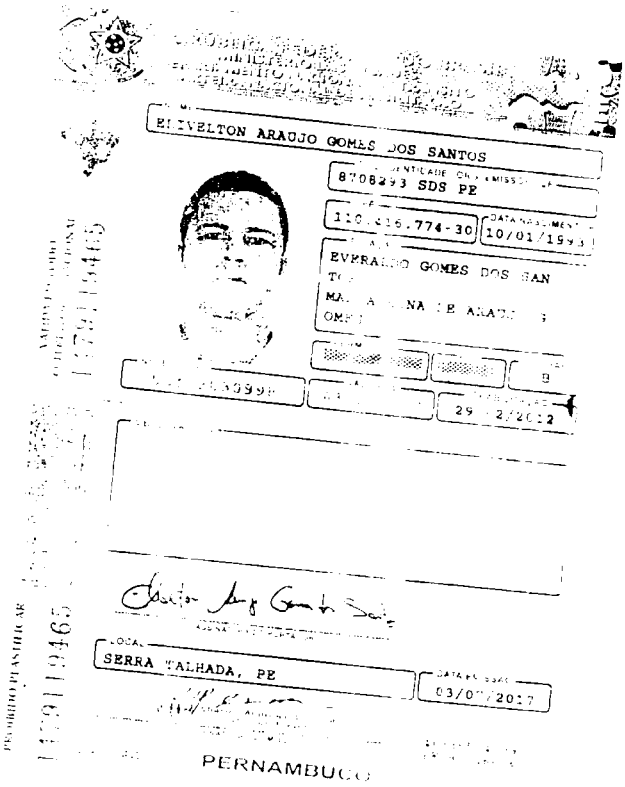
DECLARAÇÃO

Eu, [illegible], brasileiro, solteiro, [illegible] autônomo, portador do RG nº [illegible] SDS/PE, inscrito no CPF nº 110.416.774-20, residente e domiciliado na Rua [illegible], nº 72, [illegible], Flores/PE, CEP 56.550-000, **DECLARO** que nesse momento não posso arcar com as custas e despesas desse processo, bem como honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

Flores/PE, 11 de janeiro de 2019

[illegible]

Declarante


EVERALDO ARAUJO GOMES DOS SANTOS
8708293 SDS PE
10/01/1993
SERRA TALHADA, PE
PERNAMBUCO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 5[illegible] Série [illegible]

ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome

Est. Nasc. Est. PP Data

Filiação

Doc. N.

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. N.

Esp. em Estado

Ob. DRT

Data Emissão

Alexandre [illegible] de Pinto
Atendente
Matrícula 080[illegible]
Assinatura do Funcionário

9

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome

Doc

Nome

Doc

Nome

Doc
Est. Civil

Doc

Est. Civil

Doc
Nascimento

Doc

10

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

Registrado em ..... como
..... sob
Nº ..... Liv. ..... Fls. ..... Data .....
DRT .....
Ass. do Funcionário

Registrado em ..... como
..... sob
Nº ..... Liv. ..... Fls. ..... Data .....
DRT .....
Ass. do Funcionário

Registrado em ..... como
..... sob
Nº ..... Liv. ..... Fls. ..... Data .....
DRT .....
Ass. do Funcionário

Registrado em ..... como
..... sob
Nº ..... Liv. ..... Fls. ..... Data .....
DRT .....
Ass. do Funcionário

11

DEPENDENTES

Nome	Est. Civil	Idade	Grau Parentesco

CARTEIRAS ANTERIORES

Numero	Série	Data da Entrega

12

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador JEMPART - Serviços e Participações Ltda
Av. Bernardo Vieira de Melo, 12 - Sala 102
CNPJ MF ..... Piedade - CEP .....
Rua ..... Jaboatão dos Guararapes - PE
Município ..... Est. .....
Esp. do estabelecimento .....
Cargo Opr. Serviço/ Carregador/ Descarga CBO nº .....
Data admissão 04 de Março de 2011
Registro nº ..... Fls. Ficha .....
Remuneração especificada R$ 500,00 (quinhentos reais) por mês

Ass. do empregador ou a rogo e test.

1 ..... 2 .....

Data saída 30 de Março de 2011

Ass. do empregador ou a rogo e test.

1 ..... 2º .....

Com. Dispensa CD n. .....

13

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador Viação Mirim Ltda.
..... 05.177.300/0001-00
CNPJ MF Leão XIII - Tel6 346
Rua Recife N ..... PE.
Município ..... Est. .....
Esp. do estabelecimento Transp. Coletivo
Cargo .....
..... CBO nº .....
Data admissão ..... de ..... de .....
Registro nº ..... Fls. Ficha .....
Remuneração especificada .....

Viação Mirim Ltda
Ass. do empregador ou a rogo e test.

1 ..... 2 .....

Data saída ..... de ..... de .....

Viação Mirim Ltda
Ass. do empregador ou a rogo e test.

1 ..... 2º .....

Com. Dispensa CD n. .....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....

.....

CNPJ MF .....

Rua ..... N .....

Município ..... Est .....

Esp. do estabelecimento .....

Cargo .....

..... CBO n .....

Data admissão ..... de ..... de .....

Registro nº ..... Fls. Ficha .....

Remuneração especificada .....

.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1 ..... 2 .....

Data saída ..... de ..... de .....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1 ..... 2 .....

Com. Dispensa CD n .....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....

.....

CNPJ MF .....

Rua ..... N .....

Município ..... Est .....

Esp. do estabelecimento .....

Cargo .....

..... CBO n .....

Data admissão ..... de ..... de .....

Registro nº ..... Fls. Ficha .....

Remuneração especificada .....

.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1 ..... 2 .....

Data saída ..... de ..... de .....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1 ..... 2 .....

Com. Dispensa CD n .....

celpe neoenergia

Tarifa Social de Energia Elétrica. Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL / FATURA / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 005943-63 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BANDEIRA AMARELA
Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7000149238	10/2017

DATA DA APRESENTAÇÃO	DATA PRÓXIMA LEITURA
06/11/2017	28/11/2017

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	DESDOBRO

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh			
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh			
Acréscimo Bandeira AMARELA			
Acréscimo Bandeira VERMELHA			
Contribuição Iluminação Pública			

TOTAL DA FATURA 26,98

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
LE7255	SAT								83,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Média: 77 kWh

OUT/17	83
SET/17	75
AGO/17	91
JUL/17	87
JUN/17	77
MAI/17	73
ABR/17	80
MAR/17	81
FEV/17	85
JAN/17	78
DEZ/16	72
NOV/16	74
OUT/16	67

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIS			
COFINS			

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$		41,52%
Transmissão	R$		3,75%
Distribuição (Celpe)	R$		30,23%
Perdas de Energia	R$		9,08%
Encargos Setoriais	R$		6,99%
Tributos	R$		8,48%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo Acima de 30 kWh

R$ 0,641579
R$ 0,801750

TRECHO DO PAGO

Fatura 35UE TA34 EC 99 95AF 0194 4E44 4110

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Não a outras datas de 2016 e anos anteriores. Esta declaração substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações das faturas mensais (Art 4º Lei 12.007/09). Esta declaração não abrange débitos de parcelamentos/confissões de dívidas não faturadas em discussão judicial que podem ser cobrados após o trânsito em julgado do processo judicial.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	CONJUNTO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	FLORES				
FIC					
DMIC					

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇAO - FLORES - DP179ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº. **17E0269000418**

28/09/2017 16:00

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) 3/8/2017 no período da **Madrugada**

MUNICIPIO DE FLORES, 1, RUA PIO XI, PROXIMO A VILA FERROVIARIA CENTRO FLORES PERNAMBUCO BRASIL
VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrencia

NAO HOUVE AUTOR AGENTE
JOSE WALISON LEONARDO DELFINO OUTRO
ELIVELTON ARAUJO GOMES DOS SANTOS

Alison Leite
Agente

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

ELIVELTON ARAUJO GOMES DOS SANTOS (presente ao plantao) - **Masculino** **MARIA EDNA DE ARAUJO GOMES** **EVERALDO GOMES DOS SANTOS** 29/2/2012 **NAO INFORMADO** **PERNAMBUCO BRASIL**
MUNICIPIO DE FLORES, 72, RUA CASTELO BRANCO, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES PERNAMBUCO BRASIL

JOSE WALISON LEONARDO DELFINO (não presente ao plantão) - **Masculino** **NAO INFORMADO** **PERNAMBUCO** **BRASIL**

NAO INFORMADO

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

MOTOCICLETA CG 125 (VEICULO) **JOSE WALISON LEONARDO DELFINO**
ELIVELTON ARAUJO GOMES DOS SANTOS
MOTOCICLETA HONDA CG 125 **Não**
(UNIDADE NAO INFORMADA)

Placa: **KHB4570** PERNAMBUCO/FLORES Renavam: **184243245** Chassi: **9C2JC4110AR013268**
Marca/Modelo: **2009/2010**

Complemento / Observação

NA DATA DE HOJE O SR ELIVELTON VEM A ESTA DEPOL COMUNICAR QUE NA MADRUGADA DO DIA 3 DE AGOSTO TRAFEGAVA NA RUA PIO XI QUANDO DERRAPOU NA CURVA E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR. FOI LEVADO AO HOSPITAL DE FLORES ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS. SEM MAIS, ENCERRO ESTE TERMO.

Assinatura das pessoas presente nesta unidade policial

ELIVELTON ARAUJO GOMES DOS SANTOS
(VITIMA)

Agente
221100-9

AKSON NOAN DE QUEIROZ LEITE MAT. 221100-9 221100-9

SINISTRO 3170644218 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ELIVELTON ARAUJO GOMES DOS SANTOS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA EXCELSIOR DE SEGUROS
BENEFICIÁRIO ELIVELTON ARAUJO GOMES DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 11041677430

Posição em 28-01-2019 12:11:02

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

26/12/2017	R$ 2.362,50	R$ 0,00	R$ 2.362,50

HCSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
PETROLINA – SERRA ALTA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº:

Data: Hora:

Nome:

Nascimento: Sexo: Estado Civil:

Escolaridade: Profissão:

Mãe: Responsável:

Endereço: Fone:

Bairro: RG/CPF:

Cartão SUS:

Raça/Cor: Branca | Preta | X | Parda | Amarela | Indígena

PA: Pulso: HGT: Temperatura: Peso:

História / Exame Físico:

Tratamento:

Hipótese Diagnóstica:

Carimbo e Assinatura:

Destino do Paciente: Internado | Residência | Consultório | Óbito

Removido para o hospital

Óbito às hrs do dia

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES
Fundo Municipal de Saúde
Unidade Mista Genésio Francisco Xavier

FLORES

BOLETIM DE EMERGÊNCIA 240

Data e Hora: 03.08.2017 02:00 | Nº. Ocorrência

Nome: Valdirlettou Gomes Santos | Data Nascimento: 10.01.1993

Profissão: | Sexo: M | Doc. Ident.:

Fone.: | SUS: 898 0005 4079 8632

End.: Rua Castelo Branco nº 334 - Flores

Responsável:

Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito [X] Acidente de Trabalho [ ] Agressão [ ] Consulta [ ]

Pressão Arterial: HGT: Pulso: Temp.: Peso:

Histórico e Exame Físico:

VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, NEGA DESMAIO NEGA VÔMITO, NEGA TCE, APRESENTA DOR + LIMITAÇ. DE MOVIMENTO EM REGIÃO DE TORNOZELO (E).

Tratamento:

(1) ASSÉPSIA + CURATIVO
(2) VOLTAREN 01 ampola, IM
(3) TRANSFIRO PACIENTE P/ REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIA E AVALIAÇÃO DO TRAUMATO

02.25

Impressão Diagnóstica:

ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO

Destino do Paciente: Residência [ ] Internado [ ] Transferido [X]

Removido para Hospital: Hospam 5226115

Óbito às horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Ismael Quintino
Médico
CRM-PE 21466

Pernambuco

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora	Profissional Evolução
[illegible]	[illegible]

Descrição

[illegible]

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data	Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

DADOS CANCELAMENTO

DADOS [illegible]TA

ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário

DAT[illegible]ÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Hospital São Vicente

08/08/2017

FLAVELTON ARAUJO GOMES DOS SANTOS

Solteiro

AGRICULTOR

EVERALDO GOMES DOS SANTOS

MARIA ERNA DE ARAUJO GOMES

Brasileiro

FERROVIARIA

CENTRO

FLORES

Andre Luis Henrique Pinto Peixoto
CPF: 011.680.234-82 CRM: 16426

Pernambuco

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PEDRO AUREJARI MAGALHÃES DE CARVALHO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ZONA RURAL S/N VILA NOVA

FLORES

PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

EXECUTANTE

AUTORIZAÇÃO

ESCLARECIMENTOS

SUS

FAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL SÃO VICENTE — 2 - CNES: 2551833

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL SÃO VICENTE — 4 - CNES: 2551833

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE: ELIVELTON ARAUJO GOMES DOS SANTOS

NOME DA MÃE: MARIA EDNA DE ARAUJO GOMES

ENDEREÇO: FERROVIARIO

BAIRRO: FLORES

PF: 4ec80-03

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Rodrigues de Freitas
CRM

Maria Helena Pereira Ferreira
CRM 10275
Diretora Clínica

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS: ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS

AUTORIZAÇÃO

Cirurgia Realizada:

Cirurgião:

1. Auxiliar:

2. Auxiliar:

Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Antonio Henrique de Freitas
CPF [illegible]-26 CRM. 7351