

**EWERSON VILAR &
RENATHA CAVALCANTI**
ADVOCACIA

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: MICHELSON DE FIGUEIREDO OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF/MF sob o n.º 083.057.534-09, com endereço no Sítio Agreste, n.º 57, Zona Rural, Taquaritinga do Norte - PE, Cep. 55790-000.

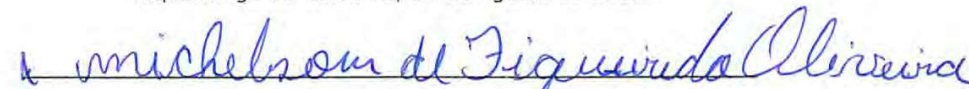
OUTORGADOS: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA, brasileiros, casados, advogados, inscritos, respectivamente, na OAB/PE n. 22.362 e 28.570, com endereço profissional na Av. Agamenon Magalhães, 4318 - sala 1510 - Paissandú - Recife - PE - Cep. 52010-075 - Fone: (81) 3445.0715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

Taquaritinga do Norte-PE, 01 de Agosto de 2018.


MICHELSON DE FIGUEIREDO OLIVEIRA - Outorgante/Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MICHELSON DE FIGUEIREDO OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
8079127 SDS PE

CPF
083.057.534-09

DATA NASCIMENTO
26/12/1988

FLUXÃO
EVANDRO DA SILVA
OLIVEIRA
MARIA DA CONCEICAO
FIGUEIREDO OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
04598399164

VALIDADE
02/10/2020

INABILITAÇÃO
23/03/2009

RESERVAÇÕES
A
Exerce Ativ Remunerada

LOCAL
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE

DATA EMISSÃO
19/01/2016

SIGNATURA DO EMISSOR
50458493661
77068825390

DETAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1219968155

**VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL**
1219968155

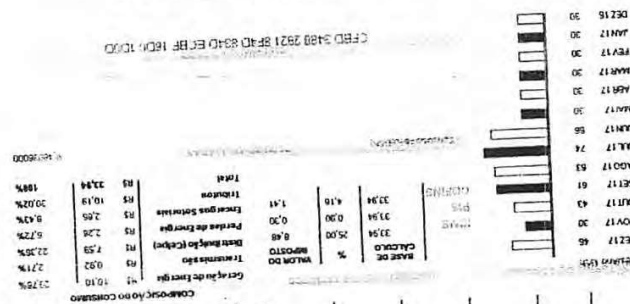


ATENÇÃO: CÉLPENFORMA QUE NÃO POSSUI CONTAS EM ABERTO

Para a emissão de uma nova conta, o cliente deve estar em dia com o pagamento da última conta emitida. Caso contrário, a emissão será suspensa até o pagamento da mesma.

Para mais informações, consulte o site www.celpem.com.br ou ligue para 0800-057534.

Este documento é uma cópia eletrônica da conta emitida pelo sistema de automação. Não possui validade jurídica. Para a emissão de uma nova conta, o cliente deve estar em dia com o pagamento da última conta emitida. Caso contrário, a emissão será suspensa até o pagamento da mesma.



PERÍODO	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)
01/01/2017 a 31/12/2017	270,00	36,02

DATA DE VENCIMENTO	VALOR (R\$)
12/2017	36,02

COMPANHIA ENERGIA DE FERNANDES

Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902

CNPJ 10.635.972/0001-08 | Insc. Est. 0005943-83 | www.celpem.com.br

CPF: 083 057 534-09

RESIDENCIAL

7017838797

12/2017

36,02

CELPEN

Assinado eletronicamente por: EWERSON VILAR DE LIMA - 24/05/2019 16:32:48

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052416324810800000044987287

Número do documento: 19052416324810800000044987287



SINISTRO 3180099118 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MICHELSON DE FIGUEIREDO OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO
PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** ARUANA

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO MICHELSON DE FIGUEIREDO
OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 08305753409

Posição em 14-02-2019 17:33:19

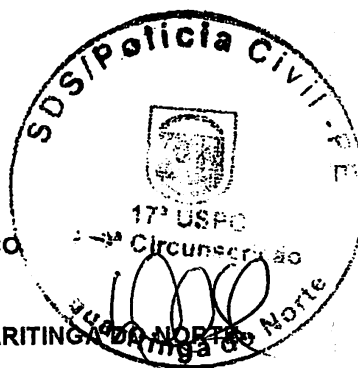
Seu pedido de indenização foi negado, pois não
recebemos a documentação complementar que foi
solicitada em nossa última correspondência.

14/02/2019 17:33





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE
DP130ªCIRC DINTER1/17ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0220000081**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/02/2018** às **17:26**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **4/4/2017** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, ESTRADA DO SÍTIO LAGOA DE FARIAS, ZONA RURAL** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO /BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOAQUIM DE ANDRADE MELO (OUTRO)
MICHELSON DE FIGUEIREDO OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MICHELSON DE FIGUEIREDO OLIVEIRA

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

MICHELSON DE FIGUEIREDO OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DA CONCEIÇÃO FIGUEIREDO OLIVEIRA** Pai: **EVANDRO DA SILVA OLIVEIRA** Data de Nascimento: **26/12/1988**
Naturalidade: **TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8079127/SDS/PE (RG), 08305753409 (CPF), 04595399164 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 081993484972**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 57, SÍTIO MAGRESTE, 57, APTO A - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOAQUIM DE ANDRADE MELO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

HONDA CG 125 FAN (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOAQUIM DE ANDRADE MELO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MICHELSON DE FIGUEIREDO OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **KLL5048** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **982885598** Chassi: **9C2JC30708R676657**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008**
Descrição: **HONDA CG 125 FAN PLACA: KLL-5048**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O SR MICHELSON DE FIGUEIREDO OLIVEIRA PARA INFORMAR QUE NO DIA 04/04/2017 POR VOLTA DAS 17H30 CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA: KLL-5048 PELA ESTRADA DO SÍTIO LAGOA DE FARIAS QUANDO QUANDO AO ENTRAR EM UMA CURVA O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU FAZENDO COM QUE O MESMO PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VIESSE A CAIR, EM SEGUIDA DEU ENTRADA NO HOSPITAL MEMORIAL DR JAIME SANTANA NA CIDADE DAS VERTENTES-PE E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO AO HRA DA CIDADE DE CARUARU-PE, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO MÉDICO.

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

Michelson de Figueiredo Oliveira
MICHELSON DE FIGUEIREDO OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Jairo de Lima Bezerra* - Matrícula: **319937-1**





HMJS

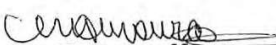
Hospital Memorial
Dr. Jaime Santana

A.P.A.M.I VERTENTES -PE
CNPJ: 11.926.300/0001-12

-DECLARAÇÃO-

DECLARO para os devidos fins, que MICHELSON DE FIGUEIREDO OLIVEIRA, residente no Sítio Agreste Nº 57, Zona Rural do Município de Taquaritinga do Norte, portador do RG. Nº 8.079.127 SDS/PE e CPF Nº 083.057.534-09, foi vítima de acidente de moto, no dia 04/04/2017, dando entrada na emergência deste HOSPITAL onde recebeu os primeiros socorros conforme cópia de seu Prontuário em anexo.

Vertentes, 13 de setembro de 2017.


Mª de Fátima C. Moura
Secretária
Apami Vertentes
CPF 165 710 374-91

AV Coronel Braz Bezerra Nº 163
Centro, Vertentes / PE

(81) 3734-1143
(81) 3734-1166

Email:
apamivertenteshmjs@gmail.com
www.osjaimejustiniano.org.br



Hospital Memorial Dr. Jaime Santana

Vertentes – PE CNPJ: 11.926.300/0001-12

FICHA DE PACIENTE

DATA: 04/04/17
Nº DE TELEFONE (obrigatório): 9 - 9213 - 5110
CARTÃO SUS: 705.0044.1155.1654
RG: 8.079.927 CPF: 083.057.534-09
NOME: Micelson de Figueiredo Oliveira
COR/ RAÇA: D SEXO: M NASC: 26/12/88
PROFISSÃO: _____ EST. CIVIL: C
MÃE: Maná da Conceição Figueiredo Oliveira
PAI: Evandro da Silva Oliveira
ENDEREÇO: Rua Dr. Ademir Fagundes S/N
PROCEDÊNCIA: Tag Norte IBGE: _____
HD: (Paciente)
Idade 28 anos
Sexo Masculino
Estado Civil Casado
Profissão
Religião
Grupos de Risco
Outros dados

Avenida Coronel Bráz Bezerra- 163- Centro- Vertentes- PE.





	#Cirurgia Quel Paciente vítima de queda de moto, com queixa de dor em dorso superior. ARMV(4) no SATS/RA Cond. - Sobito Rax X de Torax - Tidal 20mg + IV - IV - aporo
35/04/17	Paciente com problema de
00:28h	apresenta dor - Pain + tipo em dorso proximo ao local - A dor é piora depois de 1 hora - Alta de Cirurg 2. Bula

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido () Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: Mileus Figueiredo Oliveira RG: 43 771 2124 3

Endereço: Taguatinga Norte Tel.: 9213 5170

Data: 09/04/17

x Mileus de Figueiredo Oliveira

☐ Paciente ☐ Familiar

Autorização de Procedimento

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

 Assinatura

Diag. Definitivo:	
-------------------	--

Destino do Paciente: ☐ Alta ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Evadlu-se ☐ Termo de Alta a Pedido
☐ Transferência: _____ ☐ Internamento _____

Condição de Alta		
() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito		
Data: ____/____/____	Hora: ____	Médico: ____ CRM: ____

Usuario do Atendimento
FLAVIOHL

