

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: PEDRO HENRIQUE LUIZ DA SILVA, brasileiro solteiro
Desempregado, CPF: 053.084.894-59 - RG: 70223365DS-86
Quil n. 02. Nr. 08. Bairro DE ITARAIMA - eixo de
SANJO AGOSTINHO / SE. CEP: 54503-080

OUTORGADOS: **RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA**, advogados, portadores, respectivamente, da **OAB/PE n. 22.362 e 28.570**, ambos com endereço profissional na Avenida Governador Agamenon Magalhães, nº 4318, sala 1510 - Paissandú - Recife - PE - Cep. 50070-160 - Fone: (81) 3445.0715.

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, PEDRO HENRIQUE LUIZ 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.

Recife, 08 de Julho de 2019.

Pedro Henrique Luiz da Silva
Outorgante/Declarante



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

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
760972300

PROIBIDO PLASTIFICAR
760972300

NOME
PEDRO HENRIQUE LUIZ DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
7017136 SDS PE

CPF
053.084.894-59

DATA NASCIMENTO
16/08/1985

FILIAÇÃO
ANTONIO LUIZ DA SILVA
MARINHEIRO SALES DA
SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04475016430

VALIDADE
17/09/2013

1ª HABILITAÇÃO
09/10/2008

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Pedro Henrique Luiz da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

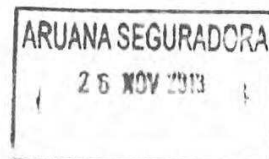
LOCAL
CABO - PE

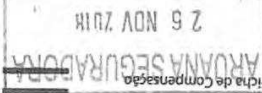
DATA EMISSÃO
18/09/2013

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

58311090461
PE058425313

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)





Banco Itaú S.A. 341-7	Número do Documento 00134235417/0024015	Nome do Pagador/CPF/CNPJ MARINECE SALES DA SILVA - 641.937.134-15	Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ HIFERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69	Endereço do Beneficiário AV RUI BARBOSA, 251, 1 A GRAÇAS - RECIFE - PE
	34191.75348 23541.712040 00173.090002 6.000			
		Nosso Número 175134235417-1	Valor do documento R\$ 438,43	Vermento 03/09/2018
				Autenticação Mecânica recibo do pagador

Pagamentos efetuados	
DATA	
23/07	CREDITO PAGAMENTO LOJA
03/08	PAGAMENTO FICHA COMPENS
-445,25	
Total dos pagamentos	
Lancamentos: produtos e serviços	
DATA	
08/08	SEG COMPRA SEGUROA
VALOR EM R\$	
14,27	
425,21	PARCELA DO ACORDO 03/06
Lancamentos produtos e serviços	
439,48	

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

Hipercard

00053538

MARINEIDE SALES DA SILVA
R DOIS 8
CASA - TIAPUAMA
54505-080 CABO DE SANTO A - PE

PC-00

SINISTRO 3180554393 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** PEDRO HENRIQUE LUIZ DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** ARUANA**SEGURADORA** S/A**BENEFICIÁRIO** PEDRO HENRIQUE LUIZ DA SILVA**CPF/CNPJ:** 05308489459**Posição em 12-06-2019 09:55:05**

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Documentação médico-hospitalar	Vítima	Não Conforme	

2362,50





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO -
DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0130006265**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/10/2018** às **15:56**

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **2/9/2018**
no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ITAPUAMA (BAIRRO), 01, PRAIA DE ITAPUAMA** - Bairro:
CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTRO (AUTOR \ AGENTE)
RINALDO SALES DA SILVA (OUTRO)
PEDRO HENRIQUE LUIZ DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PEDRO HENRIQUE
LUIZ DA SILVA

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

PEDRO HENRIQUE LUIZ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARINEIDE SALES DA SILVA** Pai: **ANTONIO LUIZ DA SILVA** Data de Nascimento: **16/8/1985** Naturalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7017136/SDS/PE (RG), 05308489459 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 987685919**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE ITAPUAMA (BAIRRO), 08, RUA 02- NUMERO 08 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

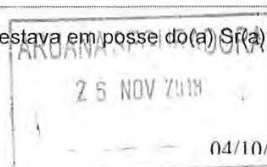
OUTRO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

RINALDO SALES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RINALDO SALES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PEDRO HENRIQUE LUIZ DA SILVA**



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KMC0882** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

A VITIMA ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DE RINALDO SALES DA SILVA, DE CARACTERISTICAS SUPRACITADAS, PELA PRAIA DE ITAPUAMA- CABO DE SANTO AGOSTINHO, QUANDO PERDEU O CONTROLE E CAIU NO CHAO, SOFRENDO FRATURA EXPOSTA NA TIBIA DA PERNA DIREITA. FOI SOCORRIDA PELO O SAMU PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA. FICOU INTERNADA POR UMA SEMANA. PARA PRODEDIMENTOS MEDICO.

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


PEDRO HENRIQUE LUIZ DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **ROMÃO JOSÉ FÉLIX** - Matrícula: **273818-0**





Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho
Secretaria Municipal de Saúde



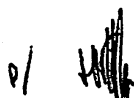
DECLARAÇÃO


Consta em nº de ocorrência **S521457** que o SAMU Cabo de Santo Agostinho foi solicitado para prestar atendimento o Sr. **Pedro Henrique Luiz da Silva**, portador da cédula do CPF: **053.084.894 - 59**; no dia 02 setembro de 2018, às 14h50, na Rua 12 s/n Itapuama, próximo ao Mercadinho do Abraão, Cabo de Santo Agostinho, vítima de queda de motocicleta.

O mesmo foi atendido no local e posteriormente removido para o Hospital Dom Helder Câmara.

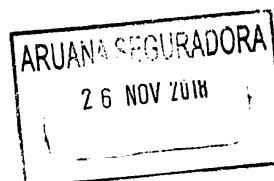
Cabo de Santo Agostinho, 04 de outubro de 2018.

Atenciosamente,


Fábio Marinho
Coord. Geral
SAMU 192 Cabo
Mat. 43.080


Flávio Telles
Coord. Enfermagem
COREN: 205757
MAT.: 43.227

Endereço: Av. Josefa Ana Conceição Itapuama – Cabo de Santo Agostinho
Fone: 3524 – 6099 E-MAILS: samucabo192@yahoo.com.br



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 02/09/2018 14:42

Nome Paciente: PEDRO HENRIQUE LUIZ DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 16/08/1985
Sexo: Masculino
Idade: 33
Senha: 0023
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 02/09/2018 14:45 - 02/09/2018 14:46

GECIANE SOARES DE ANDRADE - COREN: 367247 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA - VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PACT. CHEGA AO SERVIÇO ENCMANHADO DO SAMU DO CABO, QUEDA DE MOTO, FRAT, EXPOSTA DEM TIBIA, NEGA HAS + DM + ALERGIA MEDICAMENTOSA, NEGA VOMITOS E DESMAIOS

Fluxograma sintoma: TRAUMA

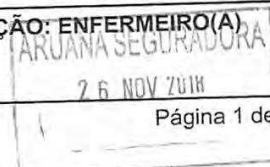
Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: GECIANE SOARES DE ANDRADE - COREN: 367247 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/09/2018 14:46

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Assinado eletronicamente por: EWERSON VILAR DE LIMA - 08/07/2019 12:44:48

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070812444858200000046781544>

Número do documento: 19070812444858200000046781544

Num. 47506608 - Pág. 8



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CÂMARA



Atendimento: 454530

Senha da Classificação:

0023

Data e Hora: 02/09/2018 14:53

Paciente: 108674 PEDRO HENRIQUE LUIZ DA SILVA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 16/08/1985 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: MARINEIDE SALES DA SILVA Nome do Pai: ANTONIO LUIZ DA SILVA CRM: 14861
Estado Civil: CASADO Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO
Endereço: RUA DOIS -- CATUAMA 8 Bairro: CENTRO
Cidade/UF: SANTO AGOSTINHO / CB STO PE Usuário Atendimento: SANDRACA
RG (Identidade): 7017136 SDS PE Data de Emissão: 22/09/2006
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 05308489459 Fone:
Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

so: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Perda de visão direita desde hoje com hem
oculso no olho - D há 3h

Exame Físico

Dir, visão dependente
Gloger = 15

Hipótese Diagnóstica

Infecção doente tóxico - D

Conduta Terapêutica

De Puro - D, Baixa, e dno. Lateral.

Prescrição Médica

Cefalosporina 2G x 1000 mg
1000mg + 1000mg 500mg - 500mg
SAT > 01 mg IM 1000mg
SAT > 01 mg IM 1000mg
De 1000mg

Dr. Antonio Luis Silva
Médico
Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

ARUANA SEGURADORA
26 NOV 2018



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 37701 Sala : 0005 SALA 05
Paciente : 108674 PEDRO HENRIQUE LUIZ DA SILVA Atendimento : 454536
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 221 LEITO 04 Idade : 33 Anos
Dt. Início : 02/09/2018 17:52 Dt. Fim : 02/09/2018 18:52
Cid Pré-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Cid Pós-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 17726 IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

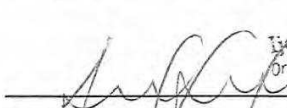
HD: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA
CD: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + FIXAÇÃO EXTERNA
CIRIRGIÃO: DR. IJACIEL SOARES
ANESTESISTA: DR. ARTHUR

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

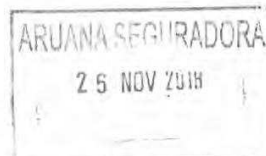
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA DO MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. PRESENÇA DE LESÃO DE PARTES MOLES EM FACE ANTERIOR MEDIAL DE PERNA DIREITA.
5. DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO + LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9% 10 LITROS 1/3 MÉDIO DA TÍBIA
REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR TUBO A TUBO
6. APROXIMAÇÃO DE BORDAS CUTÂNEAS ANTERO MEDIAL
8. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar


DR(A) : IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA
CRM : 17726

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: PEDRO HENRIQUE LUIZ DA SILVA

REGISTRO: 108674

IDADE:[Status]

DATA ADMISSÃO:

28/10/2018

DATA ALTA: 02/11/2018

5) Diagnósticos Definidos:

PSEUDOARTROSE DE TIBIA DIREITA

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

PLACA + PARAFUSO

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

1. TOMAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS
2. MARCAR RETORNO AMBULATORIAL EM 2 SEMANAS
3. ALTERAÇÕES DO QUADRO (PUS, DOR IMPORTANTE, VOLTAR A EMERGÊNCIA)
4. CHECAR PROFILAXIA TETÂNICA EM POSTO DE SAÚDE
5. NÃO PISAR

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X)
Não ()

Data da Consulta: __/__/2018

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES /PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul – KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.

20/11/18

08:00 AS 09:00 DA MANHA





LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 02/01/19

Nº PRONTUÁRIO: _____
NOME DO PACIENTE: Paulo Henrique Luy de S. L.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:
Fator tóxico
Foi substituído a 17 dias
de fator tóxico. Necessário
CID: 120 dias afastado.

OBS.: 120 dias e visto 120 dias
Nº DIAS: _____, AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico
Carimbo

