

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: *Vandelson Alves Barbosa*, Brasileiro, Casado, Agricultor, inscrito no CPF: 412.033.484-87, portador da cédula de identidade nº 3.073.7815 DS/PE, Sítio São Miguel, 117, Itaila-PE, CEP: 56550-000.

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 *Vandelson Alves Barbosa* 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.

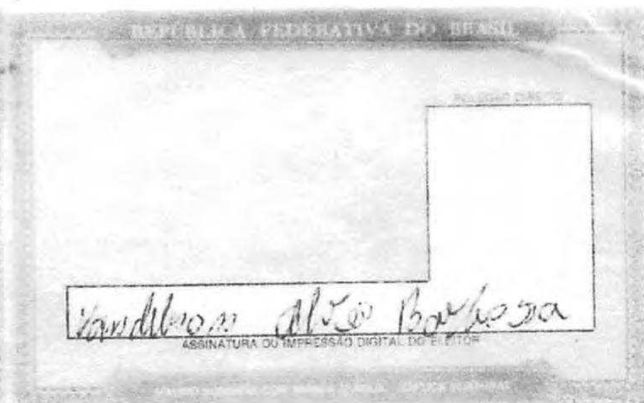
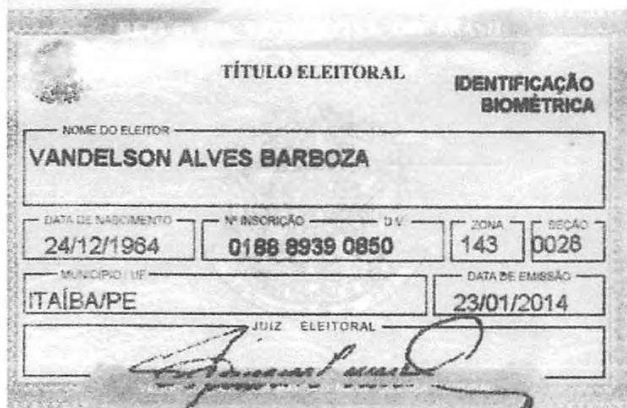
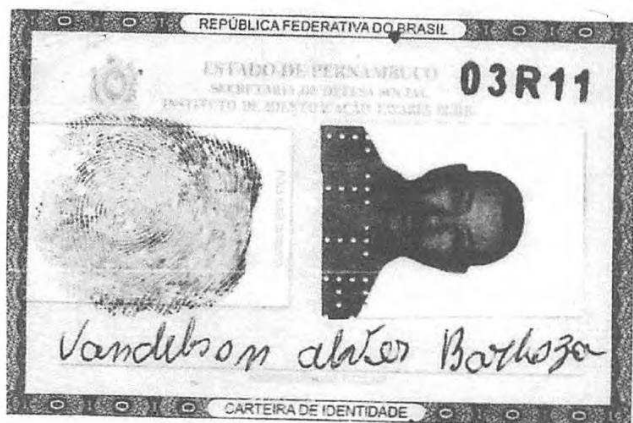
Recife, 17 de Maio de 2019.

Outorgante/Declarante

x Vandelson Alves Barbosa

1





17/06/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(/)

Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) ▾ CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Novo Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para emissão do parecer final e o prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180403883 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA VANDELSON ALVES BARBOZA

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO VANDELSON ALVES BARBOZA

CPF/CNPJ: 41203348487

Posição em 17-06-2019 12:04:22

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
14/12/2018	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
15/11/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/lf4CcuYyUxzi9aXúNg909g=api_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8Qx__UJ0aq__BO68Wya__84Vbl=
09/11/2018	Interrupção de Prazo	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/b3oAjwoRDR__L7HGLI7FJAQapi_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8Qx__UJ0aq__BO68Wya__84Vbl=
12/10/2018	Interrupção de Prazo	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/pyKejR6JOEVYntRCOSKsfapi_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8Qx__UJ0aq__BO68Wya__84Vbl=

www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true

1/3



Assinado eletronicamente por: EWERSON VILAR DE LIMA - 26/06/2019 13:08:11

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062613081148300000046369335

Número do documento: 19062613081148300000046369335

Num. 47087799 - Pág. 3

14/06/2018

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 160ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAIBA - DP160ªCIRC DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0250000227**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/06/2018** às **12:17**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **17/4/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ITAIBA, 1, SÍTIO TERRA DURA - SENTIDO ÁGUAS BELAS - Bairro: CENTRO - ITAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **SÍTIO PEDRA DO MOCÓ**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / FATO OCORRIDO NA PE-300, PRÓXIMO À BARRAGEM DO IPANEMA.**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR | AGENTE)
VANDELSON ALVES BARBOZA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): VANDELSON ALVES BARBOZA

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

VANDELSON ALVES BARBOZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CLARICE MARIA ALVES Pai: LINZ ALVES BARBOZA Data de Nascimento: 24/12/1964 Naturalidade: AGUAS BELAS / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ITAIBA, 48, SÍTIO SÃO MIGUEL - CEP: 8 - Bairro: CENTRO - ITAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL, ASSENTAMENTO SERRA DOS CAVALOS**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VANDELSON ALVES BARBOZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VANDELSON ALVES BARBOZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLW3653 (PERNAMBUCO/ITAIBA)** Renavam: **966798020** Chassi: **9C2JC30708R616185**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **NA DATA DO FATO, O VEÍCULO ESTAVA EM NOME DE JOSÉ VAGNER DA SILVA.**

Complemento / Observação

VÍTIMA INFORMA QUE, NA DATA DO FATO, CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PELA PE-300 SENTIDO ÁGUAS BELAS/ASSENTAMENTO SERRA DOS CAVALOS, QUE AO CHEGAR NOS QUEBRANOLAS QUE FICAM APÓS A BARRAGEM DO IPANEMA E AO TENTAR DESVIAR DE UM BURACO NO ASFALTO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU;

file:///C:/Users/Policia%20Civil/Infopdi/xml/BOEPview.html

1/2



QUE A MOTOCICLETA CAIU POR CIMA DE SUA PERNA; QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE ITAIBA SENDO, POR CONTA DA GRAVIDADE DOS FERIMENTOS, REMOVIDA AO HOSPITAL DE GARANHUS E DE LÁ PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NO RECIFE, COMO CONSTA DO BOLETIM MÉDICO ANEXADO AO PROCEDIMENTO POLICIAL. QUE TANTO O CIDADÃO JOSÉ VAGNER DA SILVA QUANTO A SENHORA CELINA LEITE DE ARAUJO BARBOZA AUXILIARAM NA PRESTAÇÃO DO DEVIDO SOCORRO E SÃO TESTEMUNHAS DO OCORRIDO; QUE NA DATA DO OCORRIDO O VEÍCULO ESTAVA EM NOME DE JOSÉ VAGNER DA SILVA.

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

Vandelson Alves Barboza

VANDELSON ALVES BARBOZA
(VITIMA)

B.D. registrado por: **JOSÉ MAURÍCIO GOMES PEREIRA** - Matrícula: **386598-3**





HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
SIMOA GOMES, HELIOPOLIS, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100

5407533
H.R.

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 749529	Data e Hora do Atendimento 17/04/2018 às 11:00:05	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGENCIA GERAL
------------------------------	--	--	--------------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025373094 - VANDELSON ALVES BARBOZA	Idade: 53 anos	Sexo: Masculino	Cor:
CNS:	Nascimento: 24/12/1964	Naturalidade: AGUAS BELAS	Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Casado(a)	Profissão: AGRICULTOR		
Documento: RG - 3073781	Filiação: Pai: Mãe: CLARICE MARIA ALVES		
Endereço (Av., Rua, etc): SÍTIO SÃO MIGUEL, Nº.	Complemento:		
Bairro:	Cidade: Itaíba	UF: PE	Telefone:
Acompanhante:	Acidente de trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Ocorrência:	Meio de Transporte:		
Procedência: Itaíba			

ndimento Médico:	CRM: 1	
Data: / /	Hora:	Médico:

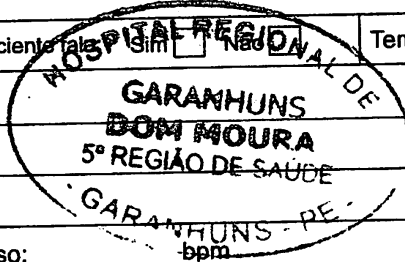
Queixa Principal:	HDA:
<i>Queixa de dor no braço e perna direita - edema ++/4+, presença de febre compartimental. Queimadura em perna b</i>	

História do Trauma:	<i>VAT - OK</i>		
Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:		
Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>	
Envolvimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local do Impacto:		
Vítima de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Altura:
Queimadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:	Transporte realizado por:	
Condições de imobilização adequada: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por que:		

Exame físico:			
A: Geral	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente está consciente: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tempo:

B: Respiratório		
C: Circulatório	PA: x mm Hg	Pulso: bpm

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:



S: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Contusões paravertebrais

Exames Solicitados:

Pre ferre e friz B - NOA

Resultado dos Exames:

Patricia Marcos de Almeida

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

COREN-PL

nr 1186717

- 1- Repouso
- 2- SPL - 1000 ml EV
- 3- Nimona - 1 amp + AD EV 6/6h
- 4- Cetoprofeno 50 mg IM 12/12h - FALTA CRSA!
- 5- GEL - 20 min. e paravertebrais de 3/3h.

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica:

Sim ☐

Não ☐

Motivo:

6- Repouso no leito

7- SSVV + CCG

8- Dexametazona - 10 mg EV

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diagnóstico Definitivo:

Ao HR. no vascular

Diagnóstico do Caso:

PA = 130 x 80 mmHg - 25.00

Condição de Alta:

Internamento

☐

Cirurgia

☐

Óbito

☐

Termo de Alta a pedido

☐

Evadiu-se

☐

☐ Curado

☐ Melhorado

Transferido para:

☐ Inalterado

☐ Piorado

Internado na Clínica:

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento clínico e / ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
UNIDADE MISTA JOÃO VICENTE
() EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO

CODIGO PROCEDIMENTO	ESPECIALIDADE	TIPO	ATENDIMENTO	FICHA Nº
			370	Data: 21/06/2019 H. entrada: 14:30 H. saída:
UNIDADE DE SAÚDE				
PACIENTE	NOME: <u>Wanderley de Souza Barbosa</u>		CATEGORIA: <u>S.O.</u>	
	SEXO: <u>M</u>	IDADE: <u>44 anos</u>	COR: <u>P</u>	ESTADO CIVIL: <u>Casado</u>
	NATURALIDADE: <u>Itaíba - PE</u>		PROFISSÃO: <u>Engenheiro</u>	
	ENDEREÇO: <u>05 km São Miguel</u>			
	PROCEDÊNCIA: <u>Itaíba - PE</u>			
RESPONSÁVEL	PESSOA DE QUEM DEPENDE: _____		PARENTESCO: _____	
	ENDEREÇO: _____		FONE: _____	
	MÃE: _____		DATA NASCIMENTO: ____/____/____	
OCORRÊNCIA	LOCAL DO ACIDENTE: _____		DATA: ____/____/____	
	NATUREZA DO ACIDENTE: <input type="checkbox"/> CASUAL <input checked="" type="checkbox"/> ACID. DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO <input type="checkbox"/> AGRESSÃO <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> ACID. DO TRABALHO		TENTATIVA DE: <input type="checkbox"/> OUTRAS CAUSAS	
ATENÇÃO MÉDICA	ATENDIMENTO: <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> CIRÚRGICO			
	HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL			
	<u>Paciente trazido pelo SAMU</u>			
	<u>Vítima de trauma por acidente de</u>			
	<u>Moto, com lesões em quadril e em</u>			
<u>MID e suspeita fratura em MID.</u>				
EXAME FÍSICO				
PRESSÃO ARTERIAL: <u>110x60 mmHg</u> TEMPERATURA: <u>36,3°C</u> PESO: _____				
APR: <u>MV+ em ART, SRA. FR: 18 l/min, SpO2: 98% A.A.</u>				
ACV: <u>RCR em 27, SNA 9/9, FC: 75 bpm PA: 110x60</u>				
HGT: <u>80 mg/dL</u>				
<u>Sem sinais de TCE, Glasgow 15.</u>				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO				
RECEPCIONISTA				
MÉDICO - CREMEPE				

Gratias Agito Cripções - 07 66654-5628 /



Assinado eletronicamente por: EWERSON VILAR DE LIMA - 26/06/2019 13:08:11

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062613081148300000046369335>

Número do documento: 19062613081148300000046369335

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO CLÍNICA DE CIRURGIA VASCULAR PÓS-OPERATÓRIO E ALTA HOSPITALAR

NOME Randelson Alves Barboza, 53a

Reg. 1630404 Admissão: 12/04/2018

Hb 9,2 Ht 29,6 Glicemia _____ Uréia 44,6 Creatinina 0,78 k 4,7 Ckmb _____ Troponina I _____ Troponina T _____

Outros _____

ITB pré-op _____ ITB pós-op _____

Diagnóstico Provável: 1) Trauma contuso de mié por acidente motociclístico

2) Syndrom compartmental

Tratamento Realizado => Fasciotomia da perna esquerda em 12/04/2017
=> DC em 05/05 e 14/05

By-pass Pérvio() Data / / Ocluído () Data / / Reoperação () Data / /

F.poplíteo acima do joelho com veia() F.poplíteo acima do joelho com prótese() F.poplíteo abaixo do joelho com veia() F.poplíteo abaixo do joelho com prótese() F.tibial anterior com veia() F.tibial posterior com veia() F.pedioso com veia() F.peroneiro com veia() P.tibial anterior com veia() P.tibial posterior com veia() P.pedioso com veia() P.peroneiro com veia() Angioplastia() Correção de aneurisma()

Desbridamentos Sim (X) Não () Data(s) 05/05/18, 14/09/18

Deverá permanecer afastado do trabalho por 60 dias Limitado para qualquer atividade laborativa () Apto às atividades laborativas ()

Marcar ambulatório de Cirurgia Vascular no dia 05/06/18 Marcar ambulatório de Cardiologia() Marcar ambulatório de Endocrinologia()

Outros marcar externo ao ambulatório p/ 05/06 ou 13h.

Data: 21/05/18 Médico responsável: D^o. M^o Cláudio Chaves Vasconcelos CRM: 157730 CRM

ATENÇÃO- Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar para INSS, empresas, escolas, ministério do trabalho e continuidade do tratamento ambulatorial, segundo recomendação nº04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco



Dr. Fred Veras
Reumatologia
CRM 6688-PE CPF 129098314-34

Vandelson Alves Barboza

Paciente vítima de acidente de trânsito por queda de motocicleta no dia -17 de abril de 2018 em estrada vicinal de Itaíba – PE deu entrada no Hospital Municipal local e transferido para Hospital dom Moura – Garanhuns – PE - onde recebeu atendimento médico cirúrgico para ferimento complexo na perna E recebendo alta hospitalar 21 de maio de 2018 após receber tratamento de cirurgia vascular no HR – Recife – PE e encaminhado com orientação de continuar tratamento médico ambulatorial de onde recebeu alta definitiva na pendência da evolução de grave quadro vascular pelo mesmo apresentado e há fazer avaliações periódicas pelo serviço de angiologia por tempo indeterminado tendo realizado acompanhamento fisioterápico concomitante.

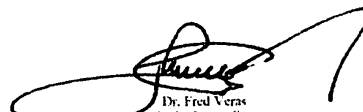
Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, tem o paciente apresentando-se com sequela de politraumatismo na perna E com vasta cicatriz de tamanho e forma irregular com retração e queloide e presença de edema +++ do tornozelo E com déficit de 60% para rotação 65% para flexão dorsal e 65% para flexão plantar claudicação na marcha por déficit locomotor

Paciente como se apresenta ao exame físico de hoje, e exclusivamente hoje, podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo com o passar dos dias e sendo de reservado prognóstico

PS: quadro clínico descrito ao um retrato do que o paciente apresenta ao físico exclusivamente do dia de hoje, podendo variar caso à caso com o passar dos dias.

Atenciosamente

Afogados da Ingazeira, 16 de agosto de 2018


Dr. Fred Veras
Reumatologia-Ortopedia
CRM 6688-PE CPF 129.098.314-34

Av. Aparicio Veras 411. Centro. Afogados da Ingazeira PE – Fone 87 38381304

