

**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, Itaiba-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.

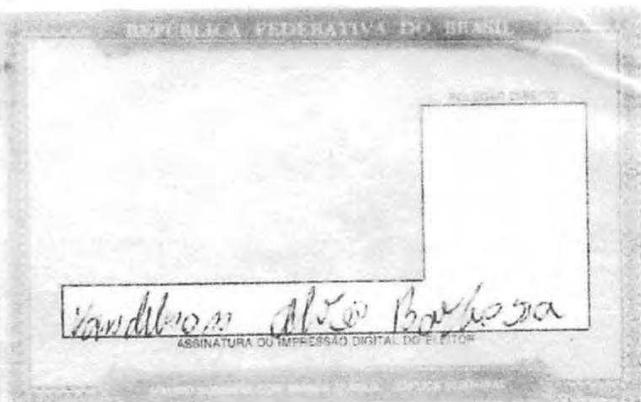
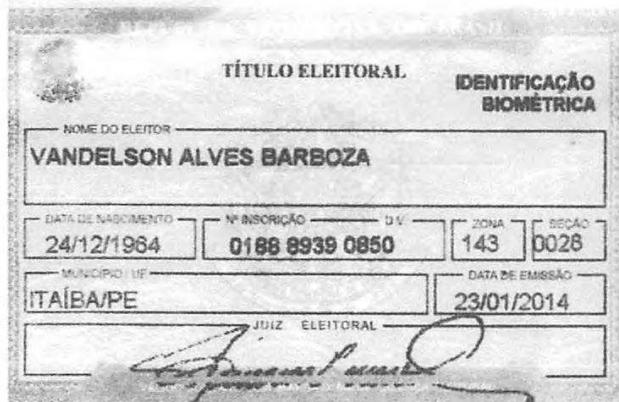
Recife, 17 de Maio de 2019.

Outorgante/Declarante

*Vandelson Alves Barbosa*

1





Assinado eletronicamente por: EWERSON VILAR DE LIMA - 26/06/2019 13:08:11  
<https://pjje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1906261308114830000046369335>  
Número do documento: 1906261308114830000046369335

Núm. 47087799 - Pág. 2

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

[Nova Consulta](#)

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados. 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	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/lf4CcuYyUxzi9aXuNg909g=api_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8Qx_UJ0aq__BO68Wya_84Vbl=">Download</a>
09/11/2018	Interrupção de Prazo	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/b3oAjwoRDR_L7HGLI7FjAQapi_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8Qx_UJ0aq__BO68Wya_84Vbl=">Download</a>
12/10/2018	Interrupção de Prazo	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/pyKejR6jOEVYNtRCO5KSfgapi_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8Qx_UJ0aq__BO68Wya_84Vbl=">Download</a>

[www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true](http://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true)

1/3



Assinado eletronicamente por: EWERTON VILAR DE LIMA - 26/06/2019 13:08:11  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062613081148300000046369335>  
Número do documento: 19062613081148300000046369335

Num. 47087799 - Pág. 3



**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 N°. 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 ( VITIMA )**

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: LUIZ ALVES BARBOZA Data de Nascimento: 24/12/1964 Naturalidade: ÁGUAS BELAS / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAIBA, 48, SÍTIO SÃO MIGUEL - CEP: 0 - 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: **BC2JC30708R616195**

Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **NA DATA DO FATO, O VEÍCULO ESTAVA EM NOME DE JOSE 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 QUEBRA-MOLAS QUE FICAM APÓS A BARRAGEM DO IPANEMA E AO TENTAR DESVIEAR DE UM BURACO NO ASFALTO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU;**



QUE A MOTOCICLETA CAIU POR CIMA DE SUA PERNAS; QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE ITAÍBA 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.O. registrado por: JOSÉ MAURÍCIO GOMES PEREIRA - Matrícula: 386598-3



5407533

HR.

**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	CNS: Nascimento: 24/12/1964	Idade: 53 anos	Sexo: Masculino	Cor:
Estado Civil: Casado(a)	Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade: AGUAS BELAS	Nacionalidade: Brasileiro	

Documento: RG - 3073781	Filiação: Pai: Mãe: CLARICE MARIA ALVES
----------------------------	---

Endereço (Av., Rua, etc): SITIO SÃO MIGUEL, Nº.	Complemento:
---	--------------

Bairro:	Cidade: Itáiba	UF: PE	Telefone:
---------	----------------	--------	-----------

Acompanhante:	Acidente de trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
---------------	---

Ocorrência:	Meio de Transporte:
-------------	---------------------

Procedência: Itáiba	
---------------------	--

Atendimento Médico:	CRM:
---------------------	------

Data: / /	Hora:	Médico:
-----------	-------	---------

Queixa Principal:	VAT - OK
-------------------	----------

HDA:	<i>Perde de moto e bateu e panzerilhe E - edema ttt/4+, pressão sem feridas compartmental. Queimadura em perna d</i>
------	--

História do Trauma:	VAT - OK
---------------------	----------

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"/>
--	-------	------------------------------------	-------------------------------------

Impactamento: 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:	
---------------	--

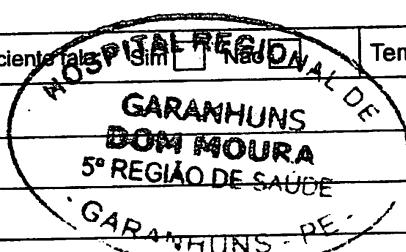
A: Geral	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente está alveolarmente estabilizado: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp.:
----------	--	---	--------

B: Respiratório	
-----------------	--

C: Circulatório	PA: x mm Hg	Pulso:
-----------------	-------------	--------

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:	Glasgow: Resposta Motoria Escore:
-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------



S: Abdômen

Diagnóstico Inicial: *Coração parturiente o*

Exames Solicitados: *Releve e frig e - uva*

Resultado dos Exames:

Patricia Marcos de Almeida

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento: *1- Repouso*   
*2- SFL - 1000 ml EV*   
*3- Timone - lamp tto EV 6/6h*   
*4- Celeprofeno SO ~~PR~~ 12112 h. FALTA CRSP.*  
*5- GELO - 20 min. e parturiente de 3/3h.*

COREN-PE  
nº 1186717-1

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim  Não  Motivo: *6- Repouso no leito*

*7- SSVUT CCGC*

*8- Dexametazona - 10 mg EV.* 

Ass. Enfermeira + Carimbo

*9- Met ZERO na circulação vascular*

Diagnóstico Definitivo: *AO HR. p/ o varônias*

Diagnóstico do Caso: *PA = 130 x 80 mmHg - 21.00*

Condicão da 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 clínicos 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 ITÁBA

SECRETARIA DE SAÚDE

UNIDADE MISTA JOÃO VICENTE

( ) EMERGÊNCIA ( ) AMBULATÓRIO

CÓDIGO PROCEDIMENTO	ESPECIALIDADE	TIPO	ATENDIMENTO	FICHA N°
			3701	Data: / / H. entrada: / / H. Saída: / /

UNIDADE DE SAÚDE

PACIENTE	Nome: <u>Valdir Soares Dantas</u>	CATEGORIA: <u>S2</u>
	SEXO: <u>M</u> IDADE: <u>21</u> COR: <u>B</u> ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRO</u>	
NATURALIDADE: <u>Itába - PE</u>	PROFISSÃO: <u>Caçador</u>	
ENDERECO: <u>1500 São Miguel</u>		
PROCEDÊNCIA: <u>Itába - PE</u>		
RESPONSÁVEL	PESSOA DE QUIEM DEPENDE: _____	PARENTESCO: _____
	ENDERECO: _____	FONE: _____
MÃE: _____		DATA NASCIMENTO: _____
OCORRÊNCIA	LOCAL DO ACIDENTE: _____	DATA: _____ / / HORA: _____
	NATUREZA DO ACIDENTE	<input type="checkbox"/> CASUAL <input checked="" type="checkbox"/> ACID. DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> TENTATIVA DE: <input type="checkbox"/> QUEDA <input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRAS CAUSAS <input type="checkbox"/> ACID. DO TRABALHO <input type="checkbox"/> AGRESSÃO
ATENÇÃO MÉDICA	ATENDIMENTO: <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> CIRÚRGICO	
	HISTÓRICA DA DOENÇA ATUAL  <u>Paciente trazido pelo SAMU</u> <u>Vítima de trauma por acidente de</u> <u>Moto, com lesão em queimadura em</u> <u>MID e suspeita fratura em MIF.</u>	
EXAME FÍSICO		
PRESSÃO ARTERIAL: <u>110x60 mmHg</u>	TEMPERATURA: <u>36,3°C</u>	PESO: _____
A.R.: VIT+ em ARI, SRA. FR: 18 l/min, SpO <sub>2</sub> : 98% A.A.		
ACV: RCR em 25, BNP 8/8, FC: 75 l/min PA: 110x60		
HGT: 80 mg/dl		
Sens. visuais de TCE, Glasgow 15.		
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		
RECEPCIONISTA		MÉDICO - CREMEPE

Número de identificação  
do médico  
CRM/PE: 25768

Gráfica Agito Criavés - 87 88854-6628 /

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

NOME Randerson Alves Barreto, 53a

Reg 1630404 Admissão: 17/04/2018

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

Outros \_\_\_\_\_

ITBpré-op \_\_\_\_\_ ITBpós-op \_\_\_\_\_

Diagnóstico Provável 1) Trauma contuso da perna por acidente motor-ciclístico

2) Síndrome compartimental

Tratamento Realizado => Faseiotomia da perna esquerda em 18/04/2018

=> DC em 05/05 e 14/05

By-pass Péricô( ) Data / / Ocluido( ) Data / / Reoperação( ) Data / /

F.popliteo acima do joelho com veia( ) F.popliteo acima do joelho com prótese( ) F.popliteo abaixo do joelho com veia( ) F.popliteo 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 19/05 18 / / / / / /

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

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

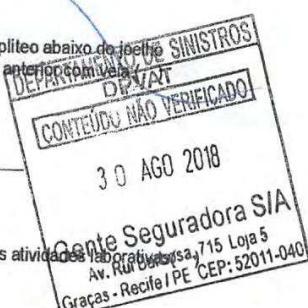
Outros Marcar retorno ao ambulatorio pl 05/06 ou 13h.

Data 21/05/18

Médico responsável

Dra. M. Cláudia Benevides  
CRM/PE 12.259

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 nº4/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco



Assinado eletronicamente por: EWERTON VILAR DE LIMA - 26/06/2019 13:08:11  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062613081148300000046369335>  
Número do documento: 19062613081148300000046369335

Num. 47087799 - Pág. 9

**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 Itaiba – 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 pendencia 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 quebedo 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



Assinado eletronicamente por: EWERTSON 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

Num. 47087799 - Pág. 10