

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Willame Silva do Nascimento  
brasileiro(a), estado civil sólteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o  
nº 055 614 524 01 e portador da cédula de identidade  
nº 6 096 755 residente e domiciliado(a) na  
Rua Alfredo Francisco de Souza,  
nº 72 bairro de Sa Terezinha II  
CEP 55519-131 na cidade de  
Sta Cruz do Capibaribe / PE.

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630 E-mail: [anasantosadv1@gmail.com](mailto:anasantosadv1@gmail.com), onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

**PODERES:** Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações, renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam, mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas, inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de poderes.

**JUSTIÇA GRATUITA:** Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

**CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL:** Pelo exercício do mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto, desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se, ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios celebrado em instrumento próprio.

Recife, 19 de 07 de 2019

Willame S do Nascimento  
Outorgante



## SUBSTABELECIMENTO

**ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS**, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE nº 28.697D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, Substabelece com reserva de poderes, a pessoa da advogada **AMANDA KARLA SOARES DA SILVA**, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PE nº 33664D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 102, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, os poderes que lhe foram outorgados por **WILLAME SILVA DO NASCIMENTO**, através do instrumento particular de mandato, para praticar todos os atos que se fizerem necessários.

Recife, 08de Julho de 2019.



Ana Cristina Santos

OAB/PE 28697



## SINISTRO 3190370998 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** WILLAME SILVA DO NASCIMENTO

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev  
Previdência S/A-Filial Recife-PE

**BENEFICIÁRIO** WILLAME SILVA DO NASCIMENTO

**CPF/CNPJ:** 05561452401

### Posição em 12-07-2019 09:34:45

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
05/07/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Willame Silva do Nascimento,  
brasileiro(a), estado Pernambuco civil \_\_\_\_\_,  
profissão vende de pedreiro Inscrito no CPF/MF sob o  
nº 055 634 594 01, e portador da cédula de  
identidade nº 6096 755, residente e  
domiciliado(a) Avor Alfredo Francisco de Goiás  
nº 71, bairro Sta Teresa II,  
CEP 55295-112 na cidade de  
Sta Cruz do Capibaribe / PE.

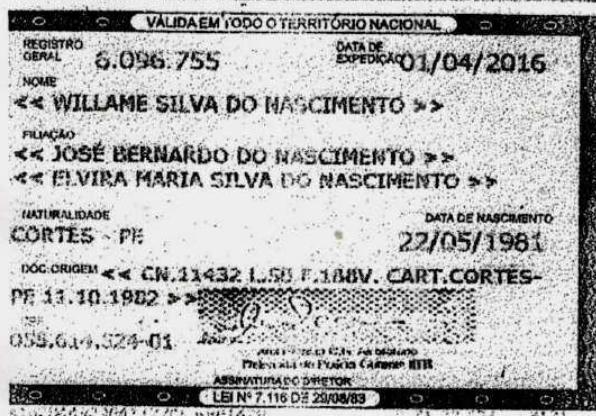
Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita,  
que não tenho condições de arcar com as custas e despesas  
processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo  
com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 31 de 07, de 2019.

NOME:

Willame S. do Nascimento





**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
EMERGÊNCIA**

**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: WILLAME SILVA DO NASCIMENTO	Atendimento: 452024	Prontuário: 326661
Data Nasc.: 22/05/1981	Idade: 37	Sexo: MASCULINO
CPF: 05561452401	RG: 6096755	Cor: PARDA
Endereço: RUA SITIO BARINHA	Cidade: SANTA CRUZ	Religião:
Bairro: SANTA TERREZA	CEP: 56215000	CNS: 400202935608928
Fone: 998194369	Acompanhante:	Nº: 220
Nome da Mãe: ALVIRAMARIA DA SILVA DO NASCIMENTO	Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA	Estado: PE
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	Profissão: SERVENTE DE OBRAS	

**2 - ATENDIMENTO** Data: 07/10/2018 05:34

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Pente Troxob pelo tronco e no abdômen  
motocicleta c/ dor em punho direito.  
TC, dor no punho dir. severa.  
Exame Físico: negativo negativo no abdôm.  
PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_  
Assunto: \_\_\_\_\_  
Dependente: \_\_\_\_\_

Diag. Provisório:

Fp exposto de Pene Esg

07/10/2018 05:34  
Vítima de acidente de moto apresentando fratura  
tíbia e perna esquerda. paciente com dor intensa  
localizada em extremitade inferior esquerda. S  
intensidade moderada. Tumor localizado na  
extremitade inferior esquerda, dolorosa. Tumor

Prescrição:

Dieta: \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_

DATA: 07/10/18 Horário: 05:34

Data

05-50	② Rx de Baix AP Coluna Curvada M/ Rigid
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE RAIO-X DATA: 07/10/18	Rx Esg AP/M/ Rigid
	Rx Esg M/ Rigid
	Rx Esg M/ Rigid
	Rx Esg M/ Rigid

1 de 2

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: WILLAME SILVA DO NASCIMENTO

Nº Registro: 327681

Clinica: ORTOPEDIA

Nº do leito:

Operador: DR. ALEXANDRE BRAGA

1º Assistente: DR. JOSE ALBERTO R1

Nº Assistente:

Instrumentador:

Nº Anestesista:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Nº Anestesia:

Data da Operação:

Nº do dia:

Termo/a:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE TIBIA E + Fratura E

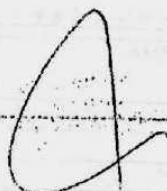
Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: ÓSTEOSINTSE DE FRATURA DE TIBIA E Fratura E

Operação Realizada: A MESMA

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

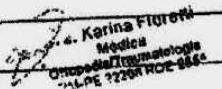
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. GARROTE EM MID
3. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO ANTEROLATERALEM TIBIA E + REDUÇÃO DIRETA + ESTABILIZAÇÃO COM PLACA L 4,5
5. INCISÃO LATERAL DA Perna E + REDUÇÃO DIRETA + ESTABILIZAÇÃO COM PLACA L 4,5
6. LAVAGEM DA FERIDA COM SFC 0,5%
7. SUTURA DA PELE COM NYLON 2,0
8. CURATIVO
9. RETIRADO GARROTE E VISUALIZADO BOA PERFUSÃO TECIDUAL PERIFÉRICA
10. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente:	Williane S. da Nascimento	Nº do Registro:	
Clinica:	Osteopedia	Nº do Leito	
Operador:	Dra Karina		
1º Assistente:	Dr Tiago Antônio	2º Assistente:	
Instrumentador:		Anestesiista:	
Anestesia:	Roxiquinestesia	Duração:	
Data da Operação:	07/10/18	Inicio:	Término:
Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura exposta tipo oba perna E			
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Operação Proposta: Tratamento cirúrgico da fratura da coxa perna E			
Operação Realizada:			
<b>DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO</b>			
1) Paciente em decúbito dorsal sob roxiquinestesia 2) Antissepsia + assepsia + aposição de campos esterilizados 3) Visualização fratura exposta tipo oba perna E 4) Reduzir o maior anatômico possivel + cirurgia cirúrgica e/ou ELSOFT 5) Sutura de ferida em face anterior perna E 6) Fixação com fixador externo tubo ou tubo n° 5 7) Curativo occlusivo 8) I.S.R.P.A.			
 Dra. Karina Flórez Médica Ortopediatra/Reumatologista CRMPE 7220/RCE 8856			



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **055.614.524-01**

Nome: **WILLAME SILVA DO NASCIMENTO**

Data de Nascimento: **22/05/1981**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **26/08/2002**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:11:04** do dia **12/07/2019** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **2B2A.25D3.9F99.001B**



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”  
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).



12/07/2019

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





**Unidade Mista Nossa Senhora do Bom Parto**  
**Secretaria Municipal de Saúde**



Identificação	Médico Regulador 26. SILVA			TARM			Operador de frota L. M. Y.	
	Data 07/06/2018	Hora 1503	ID 01	Nº ocorrência 01	Unidade Móvel AMB	Base da unidade Camocim		
	Endereço da ocorrência P E 103 1x13					Nº		
	Bairro Zona Leste	Município Camocim 26 São Félix						
	Ponto de referência Praça A Cais 26 20260-022 Zona Padreiro							
	Nome da vítima William Silva de Souza						Idade M	Sexo F
	Solicitante / Fone Pai William						Cartão de saúde - SUS	
	Queixa Dor							
	Comunicação	Saída da base	Chegada no local	Saída do local	Chegada no destino	Saída do destino	Chegada na base	

Transferência ( senha ): \_\_\_\_\_

Tipo de Agravio:

- Acidente Trânsito
- Pedestre
- Condutor do veículo
- Passageiro do veículo
- Agressão
- Clínico
- Desabamento / Soterramento

- Eletrocussão
- FAB
- FAF
- Gineco-obstétrico
- Lesões térmicas
- Pediátrico
- Psiquiátrico
- Quase Afogamento

- Queda Metro
- Queimadura
- Térmica
- Química
- Elétrica
- Outros

Antecedente:

- AIDS
- Alcoolismo
- Alergia
- AVC
- Cirurgias Realizadas

- Convulsões
- Diabetes
- Doença Cardíaca
- Doença Infecto contagiosa
- Doença Mental
- Doença Renal

- Drogadição
- Hipertensão Arterial
- Internamentos anteriores
- Medicamento
- Problemas Respiratórios
- Outros

Exame Clínico:

- Principais sintomas / Queixas
- Agitação/agressividade
- Alergia
- Ausência de pulso
- Cianose

- Convulsão
- Diarréia
- Dificuldade Respiratória
- Dor Local
- Febre
- Inconsciente / Desmaio

- Palidez
- Sangramento
- Vômito
- Outros: \_\_\_\_\_

Início dos Sintomas:  Menos de 1 hora  1 a 3 horas  Mais de 4 horas  Mais de 24 horas  Não sabe

Dados Vitais:

Horas	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O <sub>2</sub> %	Escala de Glasgow
Inicio:	170x80	82	70	-	-	97-1	65
Fim:							

**RESPIRAÇÃO:**

Via Aérea:

- Livre
- Obstrução Parcial
- Total
- Corpo Estranho
- Bronco Aspiração
- Edema de Glote
- OBS

Respiração/Ventilação:

- Espontânea
- Parada Respiratória
- Assistida
- Rítmo irregular

Auscultação:

- Normal
- Roncos/sibilos
- Estertores
- Diminuição MV
- Ausência MV

Expansibilidade:

- Normal
- Superficial
- Regular
- Irregular

Achados:  Crepitação  Enfisema Subcutâneo  Expectorado mucosa/purulenta  Hemoptise  Hálito Ético  Outros

**CIRCULAÇÃO:**

- |           |                                  |                                     |  |                                   |                                       |                                     |                               |                                 |
|-----------|----------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Pele:     | <input type="checkbox"/> Cianose | <input type="checkbox"/> Fria       | <input type="checkbox"/> Úmida             | <input type="checkbox"/> Normal   | <input type="checkbox"/> Palidez      | <input type="checkbox"/> Quente     | <input type="checkbox"/> Seca | <input type="checkbox"/> Outros |
| Edema:    | <input type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> Palpebral  | <input type="checkbox"/> Retardada         | <input type="checkbox"/> Ausente  | <input type="checkbox"/> M Inferiores | <input type="checkbox"/> Anasarcina |                               |                                 |
| Perfusão: | <input type="checkbox"/> Normal  |                                     |  |                                   |                                       |                                     |                               |                                 |
| Pulso:    | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Irregular  | <input type="checkbox"/> Atrasado          | <input type="checkbox"/> Fino     | <input type="checkbox"/> Chelo        | <input type="checkbox"/> Ausente    |                               |                                 |
| Ausculta: | <input type="checkbox"/> Normal  | <input type="checkbox"/> Hipofonese | <input type="checkbox"/> Atrito Pericardio | <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Sopro        |                                     |                               |                                 |
| ECG:      | <input type="checkbox"/> Normal  | <input type="checkbox"/> Alterado   | <input type="checkbox"/> Não realizado     |                                   |                                       |                                     |                               |                                 |



Principais Lesões	Crânio	Face	PESCOÇO	DORSO	TÓRAX	ABDÔMEN	PELVE	MS		ML	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoriação											
Esmagamento											
Perfurante											
Contuso											
Frat. Fechada											
Frat. Aberta											
Lacerção											
Luxação											
Queimadura %											

#### OBSERVAÇÕES:

Vitória de cima  
fez reato da  
platina espalha  
em reto e fez  
cicatrizes  
16/02/02

#### EXAME NEUROLÓGICO:

- Agitação
- Sonolência
- Coma
- Confusão
- Convulsão
- Otorragia Direita
- Otorragia Esquerda
- Sinal Battle Direito
- Sinal Battle Esquerdo
- Sinal de Guaxinim Direito
- Sinal de Guaxinim Esquerdo
- Rigidez de Nuca
- Afasia

- Miase Direita
- Miase Esquerda
- Midriase Direita
- Midriase Esquerda
- Paralisia
- Paresia
- Anestesia

- Parestesia
- Arreflexia
- Pupila reage
- Pupila não reage
- Outros:

#### SEGMENTO:

- PESCOÇO:  
 Desvio Traqueia  
 Normal  
 Turgescência Jugular  
 Eufisema Subcutâneo  
 Outros:

- **Abdômen:**  
 Distensão  Ascite  
 Doloroso / Defesa  
 Espplenomegalia  
 Hepatomegalia  
 Irritação peritoneal  
 Normal  
 Outros:

- Urogenital:**  
 Anúria  
 Giordano Direito  
 Giordano Esquerdo  
 Hematuria  
 Outros:

#### GINECO-OBSTÉTRICO:

- Abortamento
- Hemorragia vaginal
- Normal semanas
- Outros:
- Trabalho de parto:  01 cont./10m  1-3 cont./10m  3-5 cont./10m  Bolsa rota
- Sangramento
- Nascimento
- Parto único
- Gemelar
- Líquido Meconial
- APGAR:

- PROCEDIMENTOS:**  
 Desobstrução Vias Aéreas  
 Entubação Nasoatraqueal  
 Câmla Orofaríngea  
 Cricotriquépsidostomia  
 Ventilação Mecânica Ambu.  
 Respirador  
 Inalação O2  
 Toracocentose c/ Agulha Direita

- Toracocentose c/ agulha esquerda
- Drenagem Torácica Direita
- Drenagem Torácica Esquerda
- Massagem Cardíaca Externa
- Desfibrilação/Cardiovessão
- Controle Hemorragia
- Curativo
- Puncão Venosa Periférica
- Puncão Venosa Central

- Sonda Gástrica
- Sonda Vesical
- Sedação
- Imobilização Membros
- Colar Cervical
- Tálas/Tração
- Catetosmo Orotáqueo
- Tracheostomia
- Monitorização Cardíaca / Oximetria
- Outros

#### Diagnósticos:

#### TERAPÊUTICA:

Reposição volêmica	Volumen	Medicações	Dose	Via	Horário
Ringer Lactato	500 ml				
Sol. fisiológico 0,9%					
Sol. Glicosado 0,5%					
Outros					

#### DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: *Hospital São João Batista*

MUNICÍPIO: *Caetés*

INTERCORRÊNCIA:

#### PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

#### EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
<i>DR. SILVA</i>	<i>DR. SILVA</i>	<i>Auxiliar de Enfermagem</i>	<i>Condutor</i>

#### TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE, nesta oportunidade:

RG ou CPF: \_\_\_\_\_ / Assinatura: \_\_\_\_\_

COD.: 148 - Gráfica Lima: (81) 3728-0305



Atendimento: 452027

Pedido:   
116422

Data Pedido: 13/11/2018

Controle: 94348

Paciente: 326661 WILLAME SILVA DO NASCIMENTO  
Leito.: 323 009-50 Unid. Intern: 8

ORTOPEDIA

Nascimento: 22/05/1981 (37a 5m 24d)

Medico Solicitante: 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Sexo: MASCULINO

Setor Solicitante: ALA DIREITA - ORTOPEDIA II

Local: SALA DE EXAME

Setor Executante: RADIOLOGIA

Plano: PLANO UNICO

Convenio: SUS - INTERNACAO

Motivo: ROTINA

Observações:

Médico Executante:	0 - Não Informado		Entrega
Accession Number	*Access. N. Hex.	Código	Descrição
244830	 3BC5E	1019	RADIOGRAFIA DA Perna ESQUERDA (AP)
244831	 3BC5F	1018	RADIOGRAFIA DA Perna ESQUERDA (PERFIL)

RX - REALIZADO  
DATA 13 / 11 / 18  
HORA 23:00  
TC 

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE | SES/PE



Assinado eletronicamente por: AMANDA KARLA SOARES DA SILVA - 15/07/2019 21:44:57  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071521445776200000047122102>  
Número do documento: 19071521445776200000047122102

Num. 47854117 - Pág. 3

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA**

**RESUMO DE ALTA**

Nome: Wallyanne Lívia do Amaral R

Prontuário: 326681

Data: 14 / 11 / 18

Hora: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO:**

Fratura dos ossos da perna

**AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:**

Alta hospitalar sob supervisão da Dr. Amanda Braga

Quintais sobre os cuidados

Retorno ao ambulatório de Ortopedia.

**TRATAMENTO REALIZADO:**

Tratamento clínico

Alta Hospitalar: Data: 14 / 11 / 18

14/11/18  
FH

Dr. M. Mesquita

Hora:

Maria  
Ribeiro  
K1  
Ass. do Médico e CRM  
Carimbo





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste DR. WALDEMIRO FERREIRA

HRA

SETOR DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que o Sr.(a) **WILLAME SILVA DO NASCIMENTO**,

Esteve Interno nesta Unidade Hospitalar, no dia, 07/10/2018 À 014/11/2018.

Registro: 326.661

Diagnóstico: RETIRADA DE PLACA.

Tratamento: CIRURGICO.

1.OBS.: ACIDENTE MOTOCICLETA.

2.OBS.: CID 10 S82

**ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

Caruaru , 14 de Novembro de 2018

*Rosy Katiely de Souza Cavalcante*

Rosy Katiely de Souza Cavalcante

031-975/0200/07  
Caruaru - Hospital Regional  
Br. 232 - Km 130  
031-975/0200/07  
Caruaru - PE

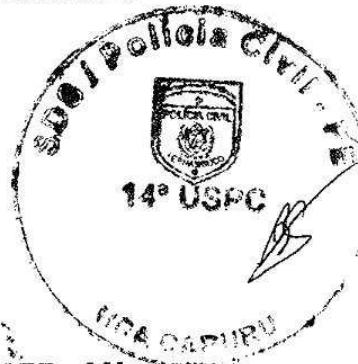
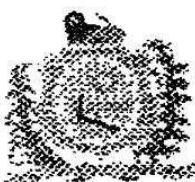
Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232- Km 130 S/N- Bairro Indianópolis Caruaru – PE- CEP  
55.024.000

CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719.9400 (SAME)



Assinado eletronicamente por: AMANDA KARLA SOARES DA SILVA - 15/07/2019 21:44:57  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071521445776200000047122102>  
Número do documento: 19071521445776200000047122102

Num. 47854117 - Pág. 5



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 90º  
CIRCUNSCRICAO CARUARU**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E2106000209**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/04/2019** às  
**11:37**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia **7/10/2018** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CAMOCIN DE SAO FELIX, 1, PE  
103, KM 18, PROXIMO A GIA DA GOALHADA** - Bairro: **DO CAMPO -  
CAMOCIN DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**JOSE EDSON VILA NOVA TORRES** (AUTOR / AGENTE )  
**WILLAME SILVA DO NASCIMENTO** (VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VETCULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): **JOSE EDSON VILA NOVA TORRES**

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

**JOSE EDSON VILA NOVA TORRES** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  
**MARIA QUITERIA VILA NOVA TORRES** Pai: **JOSE JOAO TORRES** Data de Nascimento:  
8/10/1987 Naturalidade: **BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:  
**7533515/SDS/PE (RG), 67367289431 (CPF), 64635726169 (CMH)** Estado Civil:  
**SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones:  
Celulares:  
- **81994173221**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RUA ANTONIO  
VIEIRA DE ARAUJO, 360, PROXIMO A POLICLINICA. - CEP: 6 - Bairro: SÃO DOMINGOS  
- BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**WILLAME SILVA DO NASCIMENTO** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  
**ELVIRA MARIA SILVA DO NASCIMENTO** Pai: **JOSÉ BERNARDO DO NASCIMENTO** Data de  
Nascimento: 22/5/1961 Naturalidade: **CORTES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:  
**6686766/SDS/PE (RG), 66681462401 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º.  
GRAU INCOMPLETO** Profissão: **SERVENTE DE PEDREIRO** Telefones Celulares:  
- **81993697298**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA ALFREDO**

26/04/2019 11:37



**FRANCISCO DE FARIA, 102, PERTO DO TERCEIRO POSTO DE ZÉ BADÚ - CEP:  
56666-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): WILLANE SILVA DO NASCIMENTO, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE EDSON VILA NOVA TORRES**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAM KS** Objeto apreendido: **Moto**  
 Cor: **Preta** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFS2217** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **472678623** Chassi: **SC2JC4110CR520452**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**

**Complemento / Observação**

**COMPARECERAM A SEDE DO PLANTÃO DA POLICIA CIVIL NESTE HOSPITAL, HRA, AS PESSOAS ENVOLVIDAS NESTA OCORRÊNCIA E NARRARAM QUE SAIRAM DAS CIDADES ONDE RESIDEM, PARA UMA VISITA NA CIDADE DE CAMOCIM DE SÃO FELIX EM UMA MOTOCICLETA ONDE A VÍTIMA ERA O GARUPA E O CONDUTOR O OUTRO ENVOLVIDO, JOSE EDSON, E NAS PROXIMIDADES DA CIA DA COALHADA HA UMA CURVA PRA DIREITA E ANTES UM BURACO NA VIA ENTÃO O CONDUTOR FEZ UMA MANOBRAS PRA DESVIA DAQUELE BURACO E PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO NAO CONSEGUINDO FAZER A MANOBRAS DESEJADA QUE SERIO O CAMINHO DA CURVA E FOI EM DIREÇÃO RETA SAINDO DA RODOVIA E indo AO SOLO, DEPOIS O CONDUTOR LEVANTOU E SEM SENTIR DORES E VIU DO ESCORIACÔES NO CORPO ENTÃO FOI OLHAR O AMIGO E GARUPA QUE ESTAVA NO SOLO COM DORES E FRATURAS EXPOSTA NA Perna ESQUERDA ENTÃO EN SEGUIDA CHEGOU VARIOS CURIOSOS E UM DESTE ACIONOU O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO SAMU E PARA CONSTA NESTAATO APRESENTAM UMA COPIA DO RESUMO DA OCORRÊNCIA DAQUELE ORGÃO ONDE CONSTA Queda DE MOTO E APOS OS PRIMEIROS SOCORROS NO LOCAL A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA ESTA UNIDADE HOSPITALAR ONDE RECEBEU O PRONTUÁRIO DE NUMERO 320061 FICANDO NESTA UNIDADE POR CERCA DE 40 DIAS E FOI SUBMETIDO A CIRURGIAS.**

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

*José Edson Vila Nova Torres*  
**JOSE EDSON VILA NOVA TORRES**  
 (AUTOR / AGENTE)

**WILLANE SILVA DO NASCIMENTO**  
 (VITIMA)

*Willame Silva do Nascimento*

B.O. registrado por: **ANTONIO JOSE RIBEIRO SOARES** - Matrícula: **381004-8**





Avenida Cruz Cabuga - Num. 1387 - Santo Amaro Recife PE  
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195  
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2  
CNPJ: 09.769.035/0001-64  
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 20190521441864 Escritório: SANTA CRUZ DO CABIBARIBE

### FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 02144186.4			05/2019-7	
ELINANDO FEITOSA R ALFREDO FRANCISCO DE FARIAS 00072 - STA TEREZA II - CRUZ ALTA SANTA CRUZ DO INSCRIÇÃO: 125.205.255.0263.000		GRUPO: 8			OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 02144186.4	
RESPONSÁVEL	ENDEREÇO PARA ENTREGA					
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO	
HIDROMÉTRICO A12U104174	DATA LEIT. ANTERIOR 02/05/2019	DATA LEIT. ATUAL 31/05/2019	TIPO DE CONSUMO (A/B) REAL /			
ÁGUA LEIT. ANT.: 285 LEIT. ATUAL: 291 LEIT. FAT.: 291	CONSUMO: 6	ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:	VOLUME: 0			
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS			
04/2019 03/2019 02/2019 01/2019 12/2018 11/2018 MÉDIA	10/ 9/ 9/ 13/ 8/ 9/ 9/ 0	TURBIDEZ COR APARENTE CLORO RESIDUAL COLIFORMES TOTAIS <i>E. Coli</i>	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11 67 67 67 67 67	ANÁLISES REALIZADAS 67 67 67 67 67	ATENDEM A LEGISLAÇÃO 49 9 67 67 67	
OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.						
DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS			CONSUMO POR FAIXA		VALOR R\$	
AGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2019 JUROS DE MORA 02/2019			6 M3		41,30 0,83 0,43	
TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO			
PIS COFINS	41,30 41,30	1,65 7,60	0,68 3,14			
VENCIMENTO:	15/06/2019	TOTAL A PAGAR: 42,56				
IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 42,70. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA- TIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.						
Emitido por:	INTERNET	Emitido em:	13/06/2019			
compesa			Arpe Agência de Regulação de Pernambuco			
ATENDIMENTO: 0800-0810195 VAZAMENTOS: 0800-0810185			0800-2813844			
VENCIMENTO:	15/06/2019	MATRÍCULA: 02144186.4	05/2019-7			
CÓDIGO DE BARRAS	TOTAL A PAGAR: 42,56					
82860000000-2 42560018125-2 02144186401-8 05201970003-5						
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA						



Assinado eletronicamente por: AMANDA KARLA SOARES DA SILVA - 15/07/2019 21:44:57  
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071521445786800000047122104>  
Número do documento: 19071521445786800000047122104

Num. 47854119 - Pág. 1