

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ANGELA VALESCA DA SILVA portador (a) BRASILEIRA,
do RG nº 4751310, inscrito (a) no CPF sob o nº 922.565.384-00, residente
e domiciliado (a) à Rua CLAYTON ERLANDINI K DOS SANTOS, nº 216,
bairro JARDIM PAULISTA, complemento _____, CEP 53407-600,
cidade PAULISTA.

OUTORGADOS: **SABRINA DE LIMA LIRA**, brasileira, Advogada, OAB-PE nº 48.323, CPF nº 106.519.154-57, com domicílio e endereço profissional na Rua São José, nº 60, Água Compridas, Olinda-PE, CEP 53.200-350, endereço eletrônico: sabraliraadtype@gmail.com e estagiário **GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR**, brasileiro, Estagiário, OAB-PE nº, CPF nº 112.922.984-05, endereço de e-mail: gera.jr2@live.com, com domicílio a Rua três, nº 215, 5ª etapa de Rio Doce-Olinda - PE. Cep: 53090-340.

PODERES: Plenos para o foro em geral, de acordo com os poderes das cláusulas "AD et EXTRA JUDITIA" implícitas no Art. 38 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), podendo o Outorgado, acompanhar quaisquer inquérito, ações ou recursos até a sentença final, especiais para acordar, discordar, desistir, impugnar, comprometer, transigir receber alvarás, representar o OUTORGANTE perante quaisquer entidades Públicas ou Privadas, enfim, tudo o que for necessário para suprir as necessidades de defesa dos interesses do OUTORGANTE, inclusive subestabelecer com ou sem reservas de direitos e, especificamente neste ato, para propor Ação na Justiça Comum.

CONTRATO DE HONORARIOS ADVOCATÍCIOS

Cláusula Única – Pelo presente Contrato particular de prestação de serviços, o OUTORGANTE infra-assinado se compromete a pagar aos OUTORGADOS, honorários advocatícios na ordem de 20% (vinte por cento) sobre o total de todos os proventos advindos do processo patrocinado quer seja no total da condenação ou mediante conciliação, sendo esta última hipótese vedada sem a anuência dos OUTORGADOS, que se obrigam a prestar seus serviços profissionais; ficando de logo esta MM Vara autorizada a reter o referido percentual, independente dos de sucumbência.

Recife-PE, 24 de ABRIL de 2019.

Angela Valesca da Silva
OUTORGANTE

entrevista com pessoa do(a) tipo: **MAYANNE MICAELA WALESKA DA CRUZ**
Categoria do veículo/Modelo: **AUTOMÓVEL/VW VARIANT** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OCB0365** (PERMANÊNCIA NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

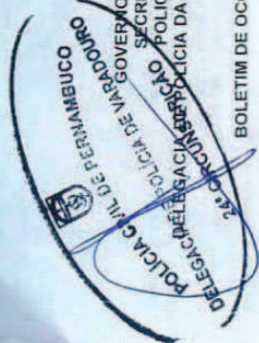
NOTICIOU A VITIMA ANGELA WALESKA DA SILVA QUE TRASITAVA DENTRO DO VEICULO FOX DE PLACA OCB 0365, DIRIGIDO PELA OUTRA VITIMA, SUA FILHA, MAYANNE MICAELA WALESKA DA CRUZ, QUE EM DADO MOMENTO PERCEBERAM QUE ESTAVAM SENDO PERSEGUIDA POR UM AUTOMÓVEL, QUE ESTE AUTOMÓVEL CHEGOU PROXIMO AO CARRO DA VITIMA E UM DOS OCUPANTES DO VEICULO APONTOU UMA ARMA DE FOGO PARA ELAS. A VITIMA MOTORISTA ASSUSTOU-SE E PERDEU O CONTROLE DO CARRO, VINDO A CAOTAR, QUE OS BOMBEIROS, QUE EFETIVARAM O SOCORRO, LEVARAM AS VITIMAS PARA UPA DE JARDIM PAULISTA, SENDO POSTERIORMENTE, TRANSFERIDAS PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS.

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


ANGELA WALESKA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JEYMSON RICARDO DAS NEVES** Matrícula: **272953-9**





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0114003784

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 16/2/2019 às 22:40

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE MIRUEIRA (BAIRRO), 1, ESTRADA DE MIRUEIRA - PAULISTA - (Bairro): MIRUEIRA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL
local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)
 FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA NASCIMENTO (OUTRO)
 MAYANNE MICHAELA WALESKA DA CRUZ (VITIMA)
 ANGELA WALESKA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvidos(s) na ocorrência:
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de(n) Sr(a): HAYANE HIGUCHI WALSCHA DA CRUZ

MAYANNE MICHAELA WALESCA DA CRUZ (não presente ao plantão) - *Grav. Feminista* (the ANGELA WALESCA DE SILVA) - *For. MOABE FELIX DA CRUZ* (Data de Nascimento, 3/7/1996) *Habituada: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL*
Endereço: Boulevard: RUA CENTO E CINQUENTA E DOIS, 216, ALTO - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM PAULISTA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

ANGELA WALESCA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino/*Mais* AZIVONETE COSTA
MARTINHO DE HOLANDA PIA JOÃO FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: 28/5/1973 Nacionalidade: RECIFE /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentação: 4751310/SDS-PE (RG) 922560338040 (CPF) Estado Civil: CASADO(A)
Indicações Culturais:

Endereço Residencial: RUA CENTO E CINQUENTA E DOIS, 216, ALTO - CEP: 55000-000 - Balneário JARDIM PAULISTA - PAULISTA/PERNAMBUCO-BRASIL

FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo masculino. Matriculado: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL.

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA NASCIMENTO. (100)



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

ANGELA WALESCA DA SILVA
BRASILERA, _____
portador(a) do RG nº 1751310 SDS/PE, inscrito(a) no CPF sob o nº
92256538600, residente e domiciliado(a) à Rua
CENTO E CINQUENTA E DOIS 916, JARDIM PAULISTA,
PAULISTA, CEP: 52407600, declara, para
fins de prova junto à Assistência Judiciária, na forma dos artigos 98 e ss, da CPC/2015,
que não apresenta condições financeiras de arcar com o ônus processual deste feito,
sem que haja prejuízo próprio ou sua família. Declaração esta que faz sob as penas da
Lei e sob sua inteira responsabilidade

Recife, 24 de ABRIL de 2019.

Angela Waleuca da Silva.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANGELA WALESCA DA SILVA
RG nº 47.91310, data de expedição 22/05/2007 Órgão SDS PC
CPF nº 922.565.384-00, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA CENTRO E RINGUENTA E DOIS</u>
Número	<u>216</u>
Apto / Complemento	<u>LOTE 8</u>
Bairro	<u>SARIM PAULISTA</u>
Cidade	<u>PAULISTA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53407600</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 987293855</u>
E-mail	<u>ANGELA.WDA@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PAULISTA 26.04.2019

Assinatura do Declarante: Angela Walesea da Silva



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.751.310

DATA DE
EXPEDIÇÃO

22/05/2007

NOME

<< ANGELA WALESCA DA SILVA >>

FILIAÇÃO

<< JOÃO FRANCISCO DA SILVA >>

<< AZIVONETE COSTA MARINHO DE HOLANDA >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

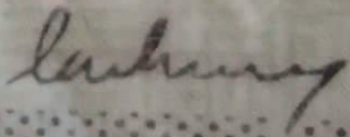
DATA DE NASCIMENTO

28/05/1973

ORIGEM

<< CN.39354.L.32AA-F.262.CART.ARRUDA,
RECIFE PE 27.02.1981 >>

922.565.304-00


ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7 116 DE 29/08/83







PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO



MIGUEL ARRAES



IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando F. Gomes

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / ESCLARECIMENTO

NOME: Angela Valéria do Silva REG: 103041
IDADE: 45 SEXO: F DATA DA ADMISSÃO 20/02/19 DATA DA ALTA 25/02/19

DIAGNÓSTICO: Trauma esplínico fechado

TRATAMENTO REALIZADO:
1. Tratamento clínico com observação e repouso absoluto
2. Tratamento cirúrgico com laparotomia exploratória e sutura da ferida
3. Sutura da ferida com fio 3/0 e pontos de compressão
4. Sutura da ferida com fio 3/0 e pontos de compressão
5. Sutura da ferida com fio 3/0 e pontos de compressão

ORIENTAÇÕES:
*Dieta líquida com 4-8 refeições
(após 4-8 semanas)

RECEITÁRIO (USO ORAL)
Dipirona 500mg 20 comp (Tomar 01 comprimido por via oral de 6/6h se sentir dor)
Paracetamol 500mg 15 comp (Tomar 01 comprimido por via oral de 8/8h se sentir dor)

→ DEIXAR A FERIDA OPERATÓRIA SEM CURATIVOS
→ LAVAR A FERIDA OPERATÓRIA COM ÁGUA E SABÃO
→ NÃO USAR POMADAS, CREMES, UNGÜENTOS, RIFOCINA, MERCURIO OU SIMILARES SOBRE A FERIDA
→ EVITAR ESFORÇOS FÍSICOS ATÉ O RETORNO AO AMBULATÓRIO
→ ANDAR E SE MOVIMENTAR LIVREMENTE
→ COMPARECER À EMERGÊNCIA MAIS PRÓXIMA DE SUA CASA SE:
A. DOR DE BARRIGA QUE NÃO MELHORA COM AS MEDICAÇÕES
B. VÔMITOS PERSISTENTES
C. FEBRE PERSISTENTE
D. VERMELHIDÃO OU SAÍDA DE PUUS PELA FERIDA OPERATÓRIA
E. FALTA DE AR
CPRE: SIM() / NÃO() Jejum às 22:00h e comparecer a emergência de 06:30h da manhã no dia do exame.

PROGRAMA APÓS ALTA: SIM() / NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 15/03/19 (CHEGAR ÀS 13:00H)

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM
ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS

