

**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:** José Marcelo Rodrigues brasileiro(a), Estado Civil solteiro, Profissão: operador de máquinas RG: 4514410 Expedido: SSP /PE, CPF nº 831419524-34 residente e domiciliado na Rua Augusto Cavalcante Bairro Jacqueline Cidade: Exercício /PE

**OUTORGADO:** JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Salas 09/10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm\_adv08@hotmail.com.

**PODERES**

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judícia", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarmar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

**DECLARAÇÃO DE POBREZA:** declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Recife, 16 de Agosto de 2019.

José Marcelo Rodrigues  
Outorgante

Rui Padre Rocha, 177, São José, Carpiná, PE. (81) 999535-9693/37220606  
Av. Fagundes Varela, 988, Sl. 09 e 10, Jardim Atlântico, Olinda, PE. (81) 3431.6171  
jm\_adv08@hotmail.com

<https://mail.google.com/mail/u/1/#inbox/FMfcgxwDqTXnHPqBJgRCnSzrvWGQczTk?projector=1&messagePartId=0.1>



# DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu José Marcelo Rodrigues  
RG 4514410, CPF 831 419 524-34  
Residente na Rua Augusto Cavalcante, Bairro Jaquarã  
Cidade Goed, Estado de Perнам buro

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização a que tenho direito.

Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

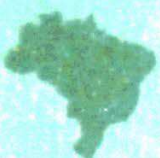
Recife, 16 de agosto de 2019

José Marcelo Rodrigues

Assinatura do Declarante







VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1683853528

NOME  
**JOSE MARCELO RODRIGUES**



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**4514410 SSP PE**

CPF DATA NASCIMENTO  
**831.419.524-34 25/08/1973**

FILIAÇÃO  
**JOSE AMARO RODRIGUES**  
**MARIA JOSE DA SILVA RO**  
**DRIGUES**

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
**AD**

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO  
**01395623672 23/10/2023 10/08/2000**

OBSERVAÇÕES  
**EAR**  
**CETCI**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
30 JAN 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graças - Recife / PE CEP: 53011-040

*Jose Marcelo Rodrigues*

ADMINISTRADOR PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO  
**CABO DE SANTO AGOSTINHO, PE 30/10/2019**

*[Signature]*  
Diretor Presidente

54993465952  
PE886432392

PERNAMBUCO







Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

JOSE MARCELO RODRIGUES

CPF 831 419 524-34

## CLASSIFICAÇÃO

TIPO RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA AUGUSTO CAVACANTE S/N

JAGUARIBE/PE  
ESTADO PE  
55500-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
039203363	UNICA	14/11/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
4/11/2018	2001248214	1058438

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2461591011	11/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA
22/11/2018	17/12/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	45,01

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Vb)	54.0000000	0.73645882	39.76
Atresim - Bandeira AMARELA			1.38
Atresim - Bandeira VERMELHA			1.38
Contribuição Folia Municipal			1.11
IMS Subvenção DE NEF 03116297			1.28



## TAL DA FATURA

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

SO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO
DO	FUNÇÃO	DATA	DATA	DIAS			
873294	CAI	18/10/2018	14/11/2018	28	1.200.00		54





Secretaria Municipal de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. José Marcelo Rodrigues, portador da Carteira de Identidade RG n.º 451.4410 -SSP-PE- e inscrito no CPF/MF sob o CPF n.º 831.419.524-34, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência N.º S. 548439, que no dia 04 de novembro de 2018, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Base Descentralizada Escada - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de moto (Fratura na clavícula), às 18:34:30 hs, ocorrência na BR.101 Km, sendo removido para o Hospital Dom Helder Câmara.

Escada, 26 de novembro de 2018.

  
Eliete Carvalho de Sousa  
Coordenadora da Base SAMU – Escada.  
COREN/PE – 382.910

Eliete Carvalho de Sousa  
COREN-PE: 382.910-ENF.





# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo: Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e Hora retirada da senha: 04/11/2018 19:41

Nome Paciente: JOSE MARCELO RODRIGUES  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 25/08/1973  
Sexo: Masculino  
Idade: 45  
Senha: 0041  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 04/11/2018 19:46 - 04/11/2018 19:49

ELEUZA MENDES DE OLIVEIRA - COREN: 428767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

EMERGENCIA - VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO DO SAMU COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO, CHEGA CONCIENTE.  
ORIENTADO  
PA 130/90  
HGT 128  
SPO2 98  
FC 76  
NEGA HAS, DM E ALERGIAS

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

411118

22:43

Planta curado 4  
Moto sem curado  
Sub Hemiparesia (7)  
(+) Ritmo Arritmico

Assinatura: Eleuza

04/11/18 23:30h

Lucas Jacob. 1075 1050

Acolhido(a) por: ELEUZA MENDES DE OLIVEIRA - COREN: 428767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/11/2018 19:50





# HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARÁ



Atendimento: 465743

Senha da Classificação:

0041

Data e Hora: 04/11/2018 19:52

Paciente: 97393 JOSE MARCELO RODRIGUES

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 25/08/1973 Idade: 45 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA RODRIGUES

Nome do Pai: JOSE AMARO RODRIGUES

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA AUGUSTO CAVALCANTE -- JAGUARIBE

500

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ESCADA

PE

Usuário Atendimento: JOCILENEOML

RG (Identidade): 4514410

SSP PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

Cartão SUS: 898002966581052

Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso

Altura

Temperatura

Hora

Queixa Principal

Paciente vítima de queda de bicicleta com  
lesão no joelho. Sinal de guinea de 10  
cm circunferência. Flutua por baixo.

Exame Físico

Flutua com dor, tumefação, acúmulo de líquido, dor à palpação

A- Vítima de queda de bicicleta com lesão no joelho

B- Flutua de 10 cm circunferência

C- Dor à palpação, dor ao movimento, edema e rubor

D- Flutua de 10 cm circunferência

E- Flutua de 10 cm circunferência

Conduta Terapêutica

HD 1) fixação de clavicula politransferrida

Prescrição Médica

→ Rx de joelho AP

- Rx Cervical AP e perfil

- Rx Bacia AP

Carimbo/Médico

Dr. Alisson Barbosa Gonçalves  
Cirurgião ortopédico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE

DEPARTAMENTO

Dr. Mariana S. de Almeida  
Médica  
MAPE 2011.2





DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DE AT  
ACIDENTE NÃO VERIFICADO  
30 JAN 2019  
Genre seguradora SIA  
R. Muribatu, 115 loja 5  
Cidade: JEP-1211-040

04/11/18  
Cidade: JEP-1211-040

RAIO-X	
LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE
4	1







HOSPITAL  
DOM HELDER CAMARA



Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: Antônio Leirada Silva Registro: 47393  
Enfermaria: Unidade Leito: 01  
Data: 04.11.18

Plantão Noturno

Exame físico: 20.0  
Dieta: 1 SNE: 1 GTT: ( ) Dieta zero: ( )  
Pulsos: 1 espontâneos: ( ) AVM: ( ) VNI: ( ) Cat. 02: ( ) Venturi: ( )  
Líquidos: 1 Central: ( ) Local: ( ) Data de troca: 07.11.18  
Sinais vitais: 1 Sim: ( ) Não: (X)  
Outros: ( )  
Presença: 1 Ausente: (X)  
Observações: 1 Antônio Leirada Silva, com histórico de queda de moto, com fratura de braço direito, em tratamento com gesso e analgésicos.

Alta: 1 Local: (X) Melhorada: ( ) Óbito: ( ) Evasão: ( )

Assinatura em enfermagem:

Antônio Leirada Silva  
COREN: 51261428-11

SINAIS VITAIS

CONTROLE HÍDRICO

GANHOS

PERDAS

Horário	HGT	FC	PA	Sat. O2 e FR	TEMP.	DIETA	NPT	HDT	MEDIC.	Transfusão	DRENO	DIUR.	EVAC.	HDL	Sond. gástrica
20															
21															
22															
23															
24															
01															
02															
03															
04															
05															
06															
07															
08															



LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento

Nº PRONTUÁRIO:

NOME DO PACIENTE:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CID:

OBS.:

Nº DI

AFASTAMENTO DO TRABALHO

Dr. Eduardo de Oliveira  
Ortopedista  
CRM 14508 TEOT 10552Assinatura do Médico  
CarimboDEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DE VIT  
ACIDENTE NÃO VERIFICADO  
30 JAN 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 115 Loja 5  
Recife - PE CEP: 52011-00





SECRETARIA MUNICIPAL  
DE SAÚDE

PACIENTE José Marcelo Rodrigues

Paciente sofreu acidente de  
moto com lesão em ombro ①

CID 10 - S40

Contusão clavícula ②  
Apresenta na Avaliação de  
Fisioterapia, redução da  
Amplitude de Movimento em  
Adução / Abdução + elevação  
de M.D.

Refere dor Moderada ao  
movimento.

Deve iniciar ao tratamento  
e permanecer sob o meu  
atendimento até que possa  
retornar às suas ativida-  
des laborais.

Dra. Camilla Brena  
Fisioterapeuta  
CREFITO 215941-F

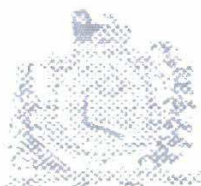
DATA: 19/12/2018

Médico - CRM

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ: 10.291.311/0001-00 - CEP: 55.500-000  
1º. Trav. Com. José Pereira, s/n - Atalaia - Escada / PE





**Jailson Lapenda L. da Silva**  
Comissário de Polícia  
Mat. 350.755-6

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 063ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESCADA -**  
**DP63ªCIRC DINTER1/12ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0153002080**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/12/2018** às **11:17**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **4/11/2018** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR CENTO E UM, 1, PROXIMO A URU**  
**EVENTOS - Bairro: CIADADE NOVA - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**SEM AUTORIA (AUTOR VAGENTE)**  
**JOSE MARCELO RODRIGUES (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em  
**Sr(a): JOSE MARCELO RODRIGUES**



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

**JOSE MARCELO RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA**  
**JOSE DA SILVA RODRIGUES Pai: JOSE AMARO RODRIGUES Data de Nascimento: 25/8/1973**  
**Naturalidade: ESCADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4814410/SSP/PE (RG).**  
**83141052434 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO Profissão:**  
**OPERADOR Telefones Celulares:**  
**85151822**

**Endereço Residencial: RUA AUGUSTO CAVALCANTI, 508 - CEP: 0 - Bairro: JAGUARIBE -**  
**ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**SEM AUTORIA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE MARCELO RODRIGUES,**  
que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MARCELO RODRIGUES**  
**Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 180 FAN ESI Objeto apreendido: Não**  
**cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NAO INFORMADA)**

**placa: K1K9328 (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO) Renavam: 846422594 Chassi:**





14/12/2018 12:17

Relatório de Ocorrência

file:///C:/Users/cmtech/.infopol/xml/BOEPreview.html

9C2KC1678DR498641

Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013 Combustível: ALCO/GASOL

### Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP JOSE MARCELO RELATANDO QUE ESTAVA TRAFEGANDO COM SUA MOTO PELA BR 101 PROXIMO A URU EVENTOS QUANDO FOI ULTRAPASSADO POR UM CAMINHÃO VINDO A PERDER O CONTROLE E CAIR NA PISTA. QUE FOI SOCORRIDO PELA UNIDADE DO SAMU N. S. 548439 CONFORME DECLARAÇÃO DA COORDENADORA ELEIETE CARVALHO DE SOUSA COREN 382810. QUE FOI CONDUZIDO AO HOSPITAL DOM HELDER CAMARA COM PRONTUARIO 97393 SENDO ATENDIDO PELA ENFERMEIRA ELEUZA MENDES COREN 428767 E DOUTOR ALISSON BARBOSA ( CRM ILEGIVEL ) . VITIMA COM FRATURA DE CLAVICULA .

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

\* José Marcelo Rodrigues  
JOSE MARCELO RODRIGUES  
(VITIMA)

B.O. registrado por: JAILSON LAPENDA LOPES DA SILVA - Matrícula: 350755-6





(1)



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 : final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3190260462 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE MARCELO RODRIGUES

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO JOSE MARCELO RODRIGUES

CPF/CNPJ: 83141952434

## Posição em 08-08-2019 16:17:24

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
25/07/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

## Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
02/08/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Za5HPpOvSv4FhOugWt7gtapi_key=X3ndwUbwbtb34EZmjpqEBc__4bSsD2uGD0fYZ6bHwy9z8=)

