

**RENATHA
CAVALCANTI**
ASSESSORIA JURÍDICA

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTES: ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES -REPRESENTADO POR:

ALBANO DA SILVA GONCALVES, Solteiro, Pescador, portador da cédula de identidade sob o RG de nº 39256 MT/PE, inscrito no CPF/MF sob o n.º 045.532.984-22, residente e domiciliado Rua Ribeirão, nº 76, Bairro: Bairro Novo, na Cidade Itamaraca, Estado de Pernambuco.

OUTORGADOS: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON

VILAR DE LIMA, brasileiros, advogados, casados, portadores, respectivamente, da OAB/PE n. 22.362 e 28.570, ambos com endereço profissional na Av. Agamenon Magalhães, n. 4318, sala 1510 – Paissandú – Recife – PE – CEP. 52010-040 – Fone: (81) 3445.0715/9982.1579/ 8610.8166.

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, os **OUTORGANTES** se obrigam a pagar ao **OUTORGADO** o percentual de **30 % (vinte 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.

Recife, 11 de Fevereiro de 2019.

Albano da Silva Gonçalves
ALBANO DA SILVA GONÇALVES

Outorgante/Declarante

Scanned with CamScanner



DECLARAÇÃO

Eu, ISABEL ALBANI ALVES GONÇALVES -REPRESENTADO POR: ALBANO DA SILVA GONÇALVES , Solteiro, Pescador, portador da cédula de identidade sob o RG de nº 39256 MT/PE, inscrito no CPF/MF sob o n.º 045.532.984-22, residente e domiciliado Rua Ribeirão, nº 76, Bairro: Bairro Novo, na Cidade Itamaracá, Estado de Pernambuco. 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.

Recife, 11 de Fevereiro de 2019

Albano da Silva Gonçalves

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA - 11/06/2019 12:06:35
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061112063581200000045805501>
Número do documento: 19061112063581200000045805501

Num. 46513774 - Pág. 2

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ISABEL ALBANI ALVES GONÇALVES -REPRESENTADO POR: ALBANO DA SILVA GONÇALVES , Solteiro, Pescador, portador da cédula de identidade sob o RG de nº 39256 MT/PE, inscrito no CPF/MF sob o n.º 045.532.984-22, residente e domiciliado Rua Ribeirão, nº 76, Bairro: Bairro Novo, na Cidade Itamaracá, Estado de Pernambuco Que surta seus efeitos legais.

Recife, 11 de Fevereiro de 2019.

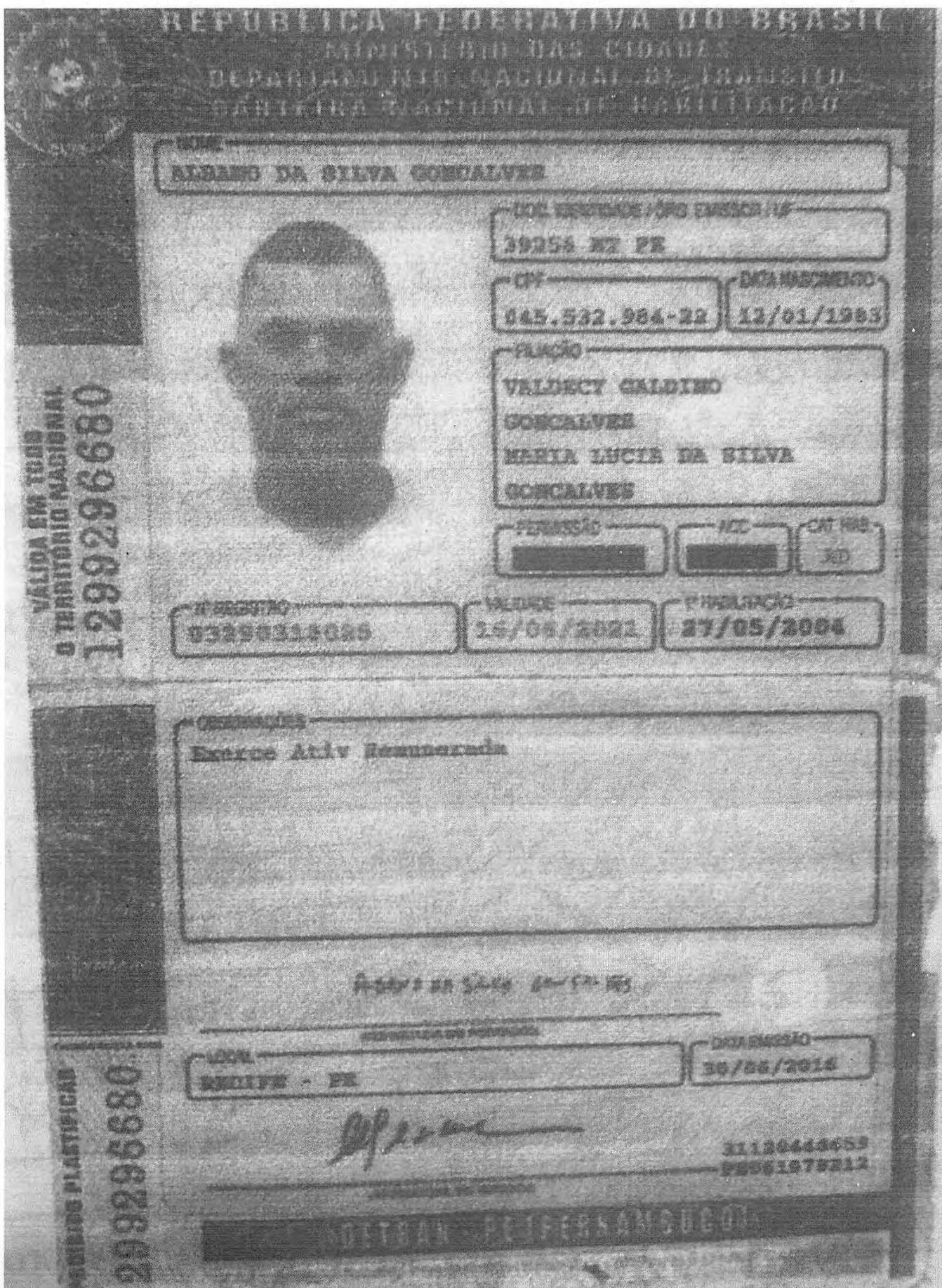
Isabel Albani Alves Gonçalves

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA - 11/06/2019 12:06:35
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061112063581200000045805501>
Número do documento: 19061112063581200000045805501

Num. 46513774 - Pág. 3



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA - 11/06/2019 12:06:35
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061112063581200000045805501>
Número do documento: 19061112063581200000045805501

Num. 46513774 - Pág. 4



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 030ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMARACÁ - DP30ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0120000762

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/04/2018 às 11:00**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **12/4/2018** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JOAO P GUERRA, 1 - Bairro: RIO AMBAR - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUGUSTO JOSÉ DA SILVA OLIVEIRA (AUTOR / AGENTE)
ALBANO DA SILVA GONÇALVES (NOTICIANTE)
I.A. A. G. (MENOR) (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): AUGUSTO JOSÉ DA SILVA OLIVEIRA

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

AUGUSTO JOSÉ DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de Nascimento: 26/11/1991 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA SENADOR PAULO GUERRA, 1, VILA ELDORADO - CEP: 0 - Bairro: BAIXA VERDE - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ALBANO DA SILVA GONÇALVES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARILENE MARIA ALVES Pai: VALDECY GALDINO GONÇALVES Data de Nascimento: 12/1/1983 Naturalidade: IGARASSU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6053428/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: PESCADOR
Telefones Celulares:
- 91476920

Endereço Residencial: **RUA RIBEIRAO, 76 - CEP: 0 - Bairro: RIO AMBAR - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

I.A. A. G. (MENOR) (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARILENE MARIA ALVES Pai: **ALBANO DA SILVA GONGALVES** Data de Nascimento: 11/1/2003 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7308101/SDS/PE (RG) Estado Civil: VIUVO(A) Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares:
- 991476920
- 986353475

Endereço Residencial: **RUA PESQUEIRA, 20 - CEP: 0 - Bairro: RIO AMBAR - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

Scanned with CamScanner



oletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/BOEPreview.html

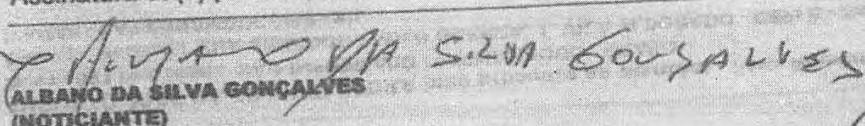
VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AUGUSTO JOSÉ DA SILVA OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **AUGUSTO JOSÉ DA SILVA OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SHINERAY/XY 50 Q-2** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDL6181** (PERNAMBUCO/TAMARACA)
Ano Fabricação/Modelo: **2014/NÃO INFORMADO** Combustível: **GAS**

Complemento / Observação

SEGUNDO RELATA O NOTICIANTE, QUE A SUA FILHA MENOR, I.A.A.G(MENOR), QUE SE ENCONTRARA NO MENCIONADO LOCAL,E, AO TENTAR ATRAVESSAR A VIA, FOI ATROPELADA PELO MENCIONADO VEICULO,E SENDO PILOTADO PELA PESSOA DE JOSÉ AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA(AUTOR);,ADANTOU AINDA QUE IMEDIATAMENTE CHEGOU AO LOCAL, UMA EQUIPE DA GUARDA MUNICIPAL LOCAL, E QUE MAIS TARDE, A MENOR I.A.A.G., FERIDA, FOI REMOVIDA PELO SAMU DE ITAPISSUMA, PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES.

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


ALBANO DA SILVA GONCALVES
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **BENEVAL DOS SANTOS BANDEIRA** - Matrícula: **3809951**

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA - 11/06/2019 12:06:36
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061112063598100000045805502>
Número do documento: 19061112063598100000045805502

Num. 46513775 - Pág. 2



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº, 020/2018
EM: 23/04/2018

Declaramos que no dia 12 de abril de 2018, o Sta. ISABEL ALBANI ALVES GOMES, portador do Documento de Identidade RG nº 7.308.101 SDS/PE e CPF: 077.830.444-27, atendida pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano de Itapissuma, sobre o QTC: S 463073, vítima ATROPELAMENTO próximo ao Templo Fazenda, no município de ITAMARACÁ/PE, por volta das 18h00minhs, paciente removida para o Hospital MIGUEL ARRAES/PE.

Itapissuma, 23 de ABRIL de 2018.

Gladys Accioly
Coord. SAMU Itapissuma
Mat. 045.122

Dra. GLADYS ACCIOLY DE MENEZES DE BARROS E SILVA
Coordenadora Geral do SAMU metropolitano - Itapissuma

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA - 11/06/2019 12:06:36
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061112063598100000045805502>
Número do documento: 19061112063598100000045805502

Num. 46513775 - Pág. 3

Atendimento: 424238

Senha da Classificação:

0034

Data e Hora: 12/04/2018 19:26

Paciente: 114041 ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES Sexo: FEMININO
Nome Social:
Data do Nascimento: 11/01/2003 Idade: 15 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: MARILENE MARIA ALVES Nome do Pat: ALBANO DA SILVA GONCALVES CRM: 12347.
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL
Endereço: RUA PESQUEIRA 20 Bairro: BAIXA VERDE
Cidade/UF: ILHA DE ITAMARACA PE Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

_____ com deficiência auditiva, é admitida referindo
que em tempos recentes ter sido atropelada. Na moto
_____.

Exame Físico

_____ exibe ferimento contuso cr. de ferro
localizado na região da face lateral da tênia L 2cm com
uma profundidade de 1cm.

_____ ferimento B. profundo 7mm com 2mm de altura de
tecnologia 15 cm profundo 2cm cr. 10.

Hipótese Diagnóstica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
() Transferido: Para _____
() Encaminhado ao setor de Internação

ct: Atº de Curr. Senha: _____

Assinatura e Cachorro/Médico



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 424244

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES** Prontuário: 114041
Idade: 15a-3m 0d Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 11/1/2003
Profissão: **ESTUDANTE** Escolaridade:
R.G.: 73081C1 C.P.F.: 07783044425 Telefone: CEP 53900000
Endereço: RUA PESQUEIRA , 20 BAIXA VERDE - ILHA DE ITAMARACA - PE

Dados da Internação

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 12/4/2018 20:53
Convênio: SUS - INTERNACAO Piano: GERAL

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2EXTRA

Médico Internação: THIAGO MENDONÇA FERREIRA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: _____ R.G.: _____ C.P.F.: **026.057-8**
Endereço: _____ Número: **CLAUDIO VIAN COSSA**
Telefone: _____ Cidade: _____ Estado civil: **UNIAT**

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: **14 / 04 / 18** Hora da Alta: **16 : 00**

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: **Resposta à cirurgia**

Diagnóstico Principal.....: **Fractura de tibia esquerda**

Diagnóstico Secundário01.: **REVISADO**

Diagnóstico Secundário02.: **CCIH-HMA**

Procedimento.....: **Transferência**

Dr. Icaro Molim de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 26560

Médico e CRM:

Assinatura e RG do paciente

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Scanned with CamScanner





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	<i>APT. 21242-44</i>	2 - CNES 6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES		4 - CNES 6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES	6 - N° Prontuário 114041			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento 11/01/2003	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	10 - Raça/Cor 03 - Parda	11 - Etnia 0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe MARILENE MARIA ALVES	12 - Telefone de Contato 8191476920			
13 - Nome Responsável MAIZA	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro) RUA PESQUEIRA, 20 - BAIXA VERDE	16 - Município ILHA DE ITAMARACA	17 - IBGE 280780	18 - UF PE	19 - CEP 63990000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
 TE COM LIMITAÇÃO AUDITIVA E ADMITIDA APRESENTANDO DOR EM TOPOGRAFIA DE PERNAS ESQUERDA; NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA;
 RÁFIA REVELA FRATURA DIAFÍSARIA DE TIBIA ESQUERDA; AO EXAME: EVIDENCIADO SAÍDA DE HEMATOMA FRATURÁRIO EM FERIMENTO <1 CM

21 - Condições que justificam a internação:
 ANAMNESE • EXAME FÍSICO • RADIOGRAFIAS

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
 AS SUPRA CITADAS

23 - Diagnóstico Inicial / Código FRATURA DIAFÍSARIA DE TIBIA ESQUERDA EXPOSTA	24 - CID 10 Principal S822	25 - CID 10 Secundário 2000	26 - CID 10 Causas Associadas V02.1 030106007-0
--	--------------------------------------	---------------------------------------	---

27 - Descrição do Procedimento Solicitado REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFÍSARIA / LESÃO FÍSARIA DISTAL DA TIBIA C/ OU S/ FRATURA DA FIBUL.	28 - Código do Procedimento 0406050225		
29 - Especialidade CIRÚRGICA	30 - Caráter da Atendimento 2	31 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 709808066554290
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente THIAGO MENDONÇA FERREIRA	34 - Data da Solicitação 12/04/2018	35 - Assinatura e Cântimo (Nº Registro no Conselho)	36 - Número do Conselho 24726

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - N° Bilhete	41 - Série
37 - <input type="checkbox"/> Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - <input type="checkbox"/> Acid. Trabalho Trajetô			

45 - Vínculo com a Previdência	46 - Empregado	47 - Empregador	48 - Autônomo	49 - Desempregado	50 - Aposentado	51 - Não Segurado
--------------------------------	----------------	-----------------	---------------	-------------------	-----------------	-------------------

AUTORIZAÇÃO

52 - N° da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)	53 - N° da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
47 - Cód. Órgão Emissor E260000001	54 - N° da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

55 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	56 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado
57 - Data da Autorização 01/06/2018	58 - Assinatura e Cântimo (Nº Registro do Conselho)

**AIH
261810158979-6**

Código do Laudo: 424238

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA - 11/06/2019 12:06:36
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061112063616800000045805503>

Num. 46513776 - Pág. 3

Número do documento: 19061112063616800000045805503



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES (1614050)

Admissão: 279026

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 08

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA TIBIA ESQ

CID 10.

S82.2

CIRURGIA REALIZADA:

*ATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISE TIBIA ESQ
JM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA
EM 16 de abril de 2018

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. JUAREZ

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2- DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; AUTORIZADO A PISAR COM AUXÍLIO DE MULETAS.
- 4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO ÀS SEGUNDAS-FEIRAS, 7H, SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS.
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR NOVENTA (90) DIAS.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 16/04/2018 as 16:48

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: 15595

DR. Rômulo de Souza
Medico CRM: 19.774

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA - 11/06/2019 12:06:36
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061112063616800000045805503>
Número do documento: 19061112063616800000045805503

Num. 46513776 - Pág. 4