

PROCURAÇÃO

PARTE OUTORGANTE:

Nome: FABIO PEREIRA DOS SANTOS
brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO, profissão: COMERCIANTE,
RG nº 5238384 SSP/PE, CPF/MF nº 024.794.354-90, com
endereço residencial na RUA MANICORE, Nº 266 - MANGABENA
RECIFE PE CEP 50.720-345

PARTE OUTORGADA:

GISELLE VALENÇA DE MEDEIROS e BRUNA VITALINO DA CONCEIÇÃO, brasileiras,
sendo a primeira advogada, devidamente inscrita na OAB/PE sob o nº 17.828 e a
última estudante de direito, todos com endereço profissional à Rua Francisco
Alves, 105, sala 104, Recife – PE, onde recebem as intimações legais.

PODERES:

Para representar a PARTE OUTORGANTE em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal,
com poderes incluídos nas cláusulas “ad judícia” e “ad judícia et extra”, podendo
propor ações, requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, transigir,
recorrer, desistir, renunciar a crédito, receber valores e dar quitação, levantar
quantias em depósito judicial através de Alvará, firmar compromissos,
substabelecer no todo ou em parte, bem como todos os poderes permitidos em
direito sempre no interesse do outorgante.

Recife, 30 de junho de 2020.

Fábio Pereira dos Santos
outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, FABIO PEREIRA DOS SANTOS,
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 5238384 SSP/PE,
inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 034.794.854-90, residente
na RUA MANICORE, Nº 366 - MADALENA RECIFE
PE CEP 50.720-145

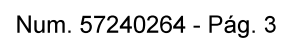
declaro para os devidos fins, sob as penas da Lei de Assistência Judiciária nº 1.060/50 e demais legislações aplicáveis à espécie, e sob minha própria responsabilidade, que não tenho condições financeiras de pagar custas do processo, despesas com publicações e/ou outras despesas concernentes, sem prejuízos próprios.

Recife, 30 de Janeiro de 2020

Fábio Pereira dos Santos
Declarante



PROIBIDO PLASTIFICAR
1024003467





CTC RECIFE PE PL1
FABIO PEREIRA DOS SANTOS
RUA MANICORE 266
MADALENA
50720-145 - RECIFE - PE



7213512820 28643 00004010051 30 210119





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DIRES - DEPARTAMENTO DE REPRESSAO AO CRIME ORGANIZADO - DRACO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E4172000074**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/11/2019** às **16:58**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/10/2018** às **19:45**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1 - Bairro: CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL / BR 408, CARPINA -PE.**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
TEMISTOLES PERICLES C. DE ALBUQUERQUE (OUTRO)
FÁBIO PEREIRA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **FÁBIO PEREIRA DOS SANTOS**

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

FÁBIO PEREIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: GILVANETE DE PAULA PEREIRA DOS SANTOS Pai: EDVALDO EVANGELISTA DOS SANTOS Data de Nascimento: 17/4/1979
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5218384/SDS/PE (RG), 02479415490 (CPF)**
Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **COMERCIANTE**
Endereço Residencial: **RUA MANICORE, 266 - CEP: 55000-000 - Bairro: MADALENA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

TEMISTOLES PERICLES C. DE ALBUQUERQUE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TEMISTOLES PERICLES C. DE ALBUQUERQUE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FÁBIO PEREIRA DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/PALIO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLV7806 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**



Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE NO LOCAL ACIMA MENCIONADO VINHA CONDUZINDO VEÍCULO ANTERIORMENTE CITADO, QUANDO UM VEÍCULO DE CONDUTOR E PLACA NÃO IDENTIFICADOS, LHE DEU UM TRANCA, FAZENDO COM QUE O MESMO PERDESSE O CONTROLE O CARRO E CAPOTASSE, ONDE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UPA DE CARPINA.

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

X *Fábio Pereira dos Santos*

**FÁBIO PEREIRA DOS SANTOS
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **GERALDO MOTA DE ARAÚJO JÚNIOR** - Matrícula: **3847721**





Nome: **FABIO PEREIRA DOS SANTOS** Nº registro: **711178**
Dt. Nasc.: 17/04/79 - 39 ano (S)
Sexo: Masculino Mãe: GILVANET'S DE PAULA PEREIRA DOS SANTOS Fone: 81987325402
Endereço: R MANUEL ALVES DEUS DARÁ, nº 199, ENGENHO DO MEIO. RECIFE - PE
Data/hora: 27/10/2018 - 09:50
Nº pág.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

PCTE REFERE DOR EM MSE, APOS ACIDENTE DE VEICULO ONTEM
QUE ONTEM FOI A EM EMERGENCIA EM CARPINA E FOI MEDICADO PRA DOR E
APRESENTA TALA NA IMOBILIZAÇÃO TEMPORARIA
NEGA OUTRAS QUEIXAS
NEGA DM E HAS

EXAME FÍSICO:

Peso: Altura: IMC: () Temperatura: °
PA: mmHg HGT: mg/dL
ESTADO GERAL BOM, CORADO EUPNEICO, HIDRATADO,
SISTEMA LOCOMOTOR: DOR EM COTOVELO E ANTEBRAÇO ESQUERDO E FERIMENTO SUTURADO
EM MÃO ESQUERDA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S.25 - Fratura da extremidade distal do rádio | Fratura de
S.28 - Ferimento de outras partes do punho e da mão |

Resultados de Exames:

RX FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO SEM DESVIO

Evolução do paciente:

CURATIVO
TALA AXILO-PALMAR

Dr. SERGIO COSTA TAVARES DA SILVA
CRM: 9741

Rua Leonardo da Vince, nº 68, Curado II
CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE
Contato: (81) 3184-4465

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: SERGIO COSTA TAVARES DA SILVA. CRM: 9741. Data e Hora: 27/10/2018 10:41:40.
Rua Leonardo da
Vince, nº 68, Curado II CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE
Contato: (81) 3184-4465





SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
192

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº da Ocorrência

544768

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|------------------------------------|
| 1. Hora do chamado: 20:04 | 2. Chegada ao local: 20:11 | 3. Saída do local: 20:28 | 4. Hora da conclusão: 20:50 | 5. Saída do hospital: | 7. Data: 26/10/18 |
| 6. Motivo/Solicitação: <u>Cardiotamato</u> | 8. Tipo de recurso: <input checked="" type="checkbox"/> 1. USA <input type="checkbox"/> 2. USB <input type="checkbox"/> 3. VIR <input type="checkbox"/> 4. Helicóptero <input type="checkbox"/> 5. Mola <input type="checkbox"/> 4. SAD | | | | |
| 9. Origem do acionamento: <input type="checkbox"/> 1. Domicílio <input checked="" type="checkbox"/> 2. Via Pública | 10. Médico regulador: <u>Dra. Maria Betânia</u> | | | | 11. Rádio operador: <u>Danielo</u> |
| 12. Paciente: <u>Edson Pereira dos Santos</u> | 13. Solicitante: <u>Edson</u> | | | | |
| 14. Data de nascimento: <u>14/06/1991</u> | 15. Idade: <u>27</u> | 16. Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino | 18. Nº: | | |
| 17. Logradouro: <u>BR. 408</u> | 19. Bairro: <u>Centro</u> | | | 20. Município: <u>Carpião</u> | |
| 21. Zona: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Urbana <input type="checkbox"/> 2. Rural | 22. Referência: <u>Perto do Posto Bom Jesus e Jardim</u> | | 25. Tipo de atendimento: <input type="checkbox"/> 1. Clínico <input checked="" type="checkbox"/> 2. Causa externa <input type="checkbox"/> 3. Oncofármaco <input type="checkbox"/> 4. Pediátrico <input type="checkbox"/> 5. Psiquiátrico <input type="checkbox"/> 6. Remoção/Senha: <input type="checkbox"/> 7. Unid. Solicitante: | | |
| 23. Local de ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Via Pública <input type="checkbox"/> 2. Domicílio | 24. Ocorrência relacionada ao trabalho: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não | | 26. Mecanismo do trauma: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Capotamento <input type="checkbox"/> 2. Ejeção <input type="checkbox"/> 3. Impacto frontal <input type="checkbox"/> 4. Impacto lateral <input type="checkbox"/> 5. Impacto inferior | | |
| 27. Tipo de vítima: <input type="checkbox"/> 1. Pedestre <input type="checkbox"/> 2. Condutor <input type="checkbox"/> 3. Passageiro <input checked="" type="checkbox"/> 4. Pessoa condutora em local inadequado | 28. Natureza da lesão: <input type="checkbox"/> 1. Colisão/Abalo <input checked="" type="checkbox"/> 2. Tombamento ou Capotamento <input type="checkbox"/> 3. Choque com objeto fixo <input type="checkbox"/> 4. Atropelamento <input type="checkbox"/> 5. Queda em/da veículo <input type="checkbox"/> 6. Outro | | 29. Uso de cinto pela vítima: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não se aplica | | |
| 30. Uso de capacete pela vítima: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não se aplica | 31. Uso de cinto pela vítima: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não se aplica | | 32. Uso de cintos de segurança pela vítima: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não se aplica | | |
| 33. Intoxicação Exógena: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Alcool <input type="checkbox"/> 2. Drogas ilícitas <input type="checkbox"/> 3. Medicamentos <input type="checkbox"/> 4. Animais peçonhentos <input type="checkbox"/> 5. Outros | | | 34. Queda: <input type="checkbox"/> 1. Própria altura <input type="checkbox"/> 2. Outra altura/Aproximadamente: _____m | | |
| 35. Agressão: <input type="checkbox"/> 1. Arma de fogo <input type="checkbox"/> 2. Arma branca <input type="checkbox"/> 3. Agressão física <input type="checkbox"/> 4. Abuso sexual <input type="checkbox"/> 5. Outros | | | 36. Queimadura: <input type="checkbox"/> 1. Fogo <input type="checkbox"/> 2. Fumaça <input type="checkbox"/> 3. Térmica (exceto fogo) <input type="checkbox"/> 4. Substância química <input type="checkbox"/> 5. Choque elétrico | | |
| 37. Tentativa de suicídio: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não | | | 38. Outros acidentes: <input type="checkbox"/> 1. Afogamento <input type="checkbox"/> 2. Boterramênto <input type="checkbox"/> 3. Não sei <input type="checkbox"/> 4. Outros | | |
| 39. Vias aéreas: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Livre <input type="checkbox"/> 2. Obstruída | | 40. Respiração: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Traqueal <input type="checkbox"/> 3. Bradipnéia <input type="checkbox"/> 4. Apnéia <input type="checkbox"/> 5. Tórax com deformidades ou lesões | | 41. Circulação/pulso: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Ausente <input type="checkbox"/> 2. Presente <input type="checkbox"/> 3. Chato <input type="checkbox"/> 4. Fino | |
| 42. Neurologia: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Sonolência <input type="checkbox"/> 3. Agitação <input type="checkbox"/> 4. Coma <input type="checkbox"/> 5. Convulsão | | 43. Estado de consciência: <input type="checkbox"/> 1. Débil motor <input type="checkbox"/> 2. Desvio da hemisfério lateral <input type="checkbox"/> 3. Dificuldade de fala | | 44. Pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Mioses <input type="checkbox"/> 2. Midríase <input type="checkbox"/> 3. Heteropupila <input type="checkbox"/> 4. Não reage <input type="checkbox"/> 5. Isocóricas <input type="checkbox"/> 6. Anisocóricas | |
| 45. Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Palido <input type="checkbox"/> 3. Cianose <input type="checkbox"/> 4. Hiperemia <input type="checkbox"/> 5. Ictérico | | 46. Alergia: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não | | 47. Usa medicamento: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não | |
| 48. Qual? | | 49. Qual? | | 50. Qual? | |
| 51. Abertura ocular (AO): <input checked="" type="checkbox"/> 1. Espontânea (4) <input type="checkbox"/> 2. Apx (3) <input type="checkbox"/> 3. A dor (2) <input type="checkbox"/> 4. Nenhuma (1) | | 52. Resposta verbal: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Orientada (5) <input type="checkbox"/> 2. Confusa (4) <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas (3) <input type="checkbox"/> 4. Palavras incompletas (2) <input type="checkbox"/> 5. Nenhuma (1) | | 53. Resposta motora: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Obediência a comandos (5) <input type="checkbox"/> 2. Localização dor (4) <input type="checkbox"/> 3. Movimento de retirada (4) <input type="checkbox"/> 4. Flexão anormal (3) <input type="checkbox"/> 5. Extensão anormal (2) <input type="checkbox"/> 6. Nenhuma (1) | |
| TOTAL: 15 | | SCORES: 15 | | 54. Sinais vitais - BSVV | |
| HORA: 20:30 | | PA: 120x70 | | FC: 62 | |
| FR: 13 | | TEMP: 36.7°C | | HGT: 96 mmHg | |
| SpO2 %: 99% AHA | | | | | |
| 55. Principais lesões | | Crânio | | Face | |
| Pernão | | Dorso | | Tórax | |
| Abdômen | | Pelve | | Membro Superior | |
| Membro Inferior | | Requerido | | Direito | |
| Amputação | | | | | |
| Contusão | | | | | |
| Escorção | | | | | |
| Esmagamento | | | | | |
| Perfurante | | | | | |
| Contusão | | | | | |
| Fratura fechada | | | | | |
| Fratura aberta | | | | | |
| Laceração | | | | | |



Nome: **FABIO PEREIRA DOS SANTOS**

Nº registro: 711178

Dt. Nasc.: 17/04/79 - 39 ano (s)

Sexo: Masculino Mãe: Fone:

Endereço: , nº , -

Data/hora: 27/10/2018 - 09:46

Nº pág.: 1/1

RISCO DE QUEDA:

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SENHA: N088

27/10/2018 - IRANEIDE SILVA

Classificação de Risco: URGÊNCIA - AMARELO
Especialidade: ORTOPEDIA

QUEIXA PRINCIPAL:

- Dor MMSS/MMII

- PCTE REFERE DOR EM MSE, APOS ACIDENTE DE VEICULO ONTEM
QUE ONTEM FOI A EM EMERGENCIA EM CARPINA E FOI MEDICADO PRA DOR E APRESENTA TALA
NA IMOBILIZAÇÃO TEMPORARIA
NEGA OUTRAS QUEIXAS
NEGA DM E HAS

ALERGIA: NEGA

EXAME FÍSICO:

Peso: Altura:

IMC: ()

Temperatura:

o

PA: 120 x 80 mmHg HGT: mg/dL

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: IRANEIDE AMARAL DA SILVA. Data e Hora: 27/10/2018 09:54:18.

Vince, nº 68, Curado II CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE
Contato: (81) 3184-4455

Rua Leonardo da



Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 31/01/2020 14:50:58

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013114505795900000056303749>

Número do documento: 20013114505795900000056303749

| | |
|--|--|
| <p>55. Conduta</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Imob. Coluna cervical <input type="checkbox"/> 2. Utilização de prancha</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Imob. Membros <input type="checkbox"/> 4. KED</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Oxigenoterapia</p> | |
| <p>56. Unidade de destino: <u>VMC</u></p> <p>57. Médico que recebeu: <u>Dr. Rogério Alves de Santana</u></p> <p>58. Equipe</p> <p>Médico assistente: <u>Antônio</u></p> <p>Enfermeiro: <u>Rátia</u></p> <p>Técnico de enfermagem: <u>Marcos</u></p> <p>Condutor/Piloto: <u>Rátia Barroso do Nascimento</u></p> <p>Responsável pelo preenchimento: <u>Rátia Barroso do Nascimento</u></p> <p>Solicitou apoio da U11 <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>Observações:</p> | <p>62. Outras descrições:</p> <p>Ojeto vítima de capotamento na BR 408, sentido, apresentou tórax enfiado. 51 fratura óssea, O+ corte em mão. (E), abdômen + pelve livre. nega vômitos + diarreia. verbalizando; e iniciante a brentado, instável, AVP de fratura Calibre: + fratura de fratura. Segui p/ VMC. Conclusão 20.50h</p> <p><u>Rátia Barroso do Nascimento</u> COREN/PE 381.976 - ENF</p> |
| <p>Redirecionamento <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>Causa:</p> <p>Destino:</p> <p>Obs: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações.</p> | |
| <p>59. Cancelamento da ocorrência</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Pelo médico regulador <input type="checkbox"/> 2. Pelo solicitante</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Por lote <input type="checkbox"/> 4. Por cenário de risco, para a equipe</p> | |
| <p>60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE</p> <p>O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica.</p> <p>Testemunha:</p> <p>Assinatura:</p> <p>RG:</p> <p>Data: <u>7</u> / <u>1</u> / <u>2020</u></p> | |
| <p>61. Múltiplas vítimas: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>Nº de vítimas:</p> <p>Cenário:</p> | |



SINISTRO 3200011704 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FABIO PEREIRA DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO FABIO PEREIRA DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 02479415490

Posição em 30-01-2020 14:59:52

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

