

PROCURAÇÃO

PARTE OUTORGANTE:

Nome: Fábio Pereira dos Santos
brasileiro (a), estado civil: sóteiro profissão: comecante,
RG nº 5238384 SSI/PE, CPF/MF nº 094.794.354-90, com
endereço residencial na Rua Manicore, nº 266 - Manaíra
Recife PE CEP 50720-345

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 judicia” e “ad judicia 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 janeiro de 2020.

Fábio Pereira dos Santos
outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

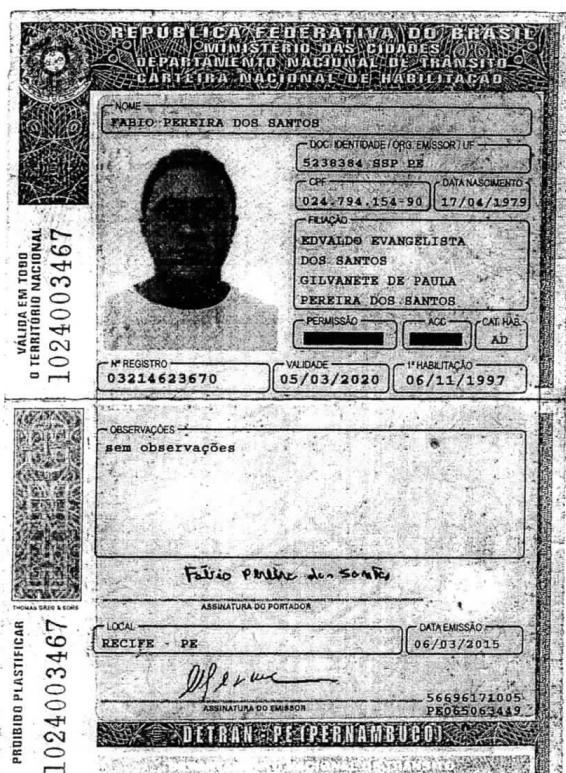
Eu, FÁBIO PERCIRH DOS SANTOS, brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 52 38384 SSP/PE, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 034.794.854-90, residente na RUA MANICORE, N° 366 - MADALENA RECIFE PE CGP 50.720-345

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

X Fábio Percirh dos Santos
Declarante





Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 31/01/2020 14:50:57
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013114505779400000056303745
Número do documento: 20013114505779400000056303745

Num. 57240264 - Pág. 3



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
DIRESP - DEPARTAMENTO DE REPRESSAO AO CRIME ORGANIZADO - DRACO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **19E4172000074**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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** Mão: **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, QUIANDO 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 MOTTA DE ARAÚJO JÚNIOR** - Matrícula: **3847721**





Nome: FABIO PEREIRA DOS SANTOS
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;
Nr pág.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

PCTE REFERE DOR EM MSE, APOS ACIDENTE DE VEICULO ONTEM
QUE ONTEM FOI A EM EMERGÊNCIA 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:

5.25 - Fratura da extremidade distal do rádio | Fratura de
4.8 - Ferimento de outras partes do punho e da mão |

Resultados de Exames:

RX - FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO SEM DESVIO

Evolução do paciente:

EVOLUTIVO
TALA AXILO-PALMAR

Dr. SERGIO COSTA TAVARES DA SILVA
CRM: 9741

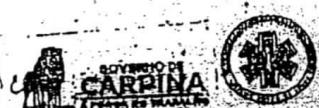
Rua Leonardo da Vince, nº 68, Curado II
CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE
Contato: (81) 3184-4465

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 de Ocorrência

544768

1. Hora do chamado	2. Chegada ao local	3. Saída do local	4. Hora da conclusão	5. Saída do hospital					
10:08	10:17	10:18	10:50	10:50					
6. Motivo/Solicitação	Capturante								
7. Tipo de recurso:	<input checked="" type="checkbox"/> 1. USA	<input type="checkbox"/> 2. UBB	<input type="checkbox"/> 3. VIR	<input type="checkbox"/> 4. Helicóptero					
8. Origem do acionamento	<input type="checkbox"/> 1. Domicílio	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Via Pública	<input type="checkbox"/> 3. Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> 5. Móvel					
9. Médico responsável	Dr. Henrique Belanha								
10. Paciente:	Fabio Pereira dos Santos								
11. Rádio operador	Daniela								
12. Paciente:	Fabio Pereira dos Santos								
13. Solitário	Sí								
14. Data de nascimento	14/01/79	15. Idade	39	16. Sexo					
				<input checked="" type="checkbox"/> 1. Masculino					
				<input type="checkbox"/> 2. Feminino					
17. Logradouro	BR 408								
18. Bairro	Centro								
19. Zona	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Urbana	<input type="checkbox"/> 2. Rural	22. Referência	Ponto do Ponto Bom Jesus e Juazeiro					
23. Local de ocorrência	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Via Pública	24. Ocorrência relacionada ao trabalho	25. Tipo de atendimento						
	<input type="checkbox"/> 2. Domicílio		<input type="checkbox"/> 1. Clínico	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Causa externa					
			<input type="checkbox"/> 3. Odontológico	<input type="checkbox"/> 4. Pediatrício					
			<input type="checkbox"/> 5. Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> 6. Remoção/Sanha:					
				Unid. Solitária:					
26. Tipo de vítima	1. Pedestre	2. Condutor	3. Passageiro	27. Melhor locomoção da vítima					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Automóvel	<input type="checkbox"/> 2. Moto	<input type="checkbox"/> 3. A pé	28. Mecanismo de trauma		
				<input type="checkbox"/> 4. Bicicleta	<input type="checkbox"/> 5. Outro		<input type="checkbox"/> 1. Capotamento	<input type="checkbox"/> 2. Explosão	<input type="checkbox"/> 3. Impacto contínuo
							<input type="checkbox"/> 4. Impacto lateral	<input type="checkbox"/> 5. Impacto frontal	
29. Natureza do acidente	1. Colisão/abafamento	2. Tombamento ou Capotamento	3. Choque com objeto fixo	8. Ignorado					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5. Queda em/do veículo						
			<input type="checkbox"/> 6. Outro						
30. Uso de cinto de segurança pela vítima	1. Sim	2. Não	31. Uso de cinto pela vítima	32. Uso de bebida alcoólica pela vítima					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não					
			<input type="checkbox"/> 3. Não se aplica	<input type="checkbox"/> 4. Não se aplica					
33. Intoxicação Exógena	1. Álcool	2. Drogas ilícitas	3. Medicamentos	34. Queda					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5. Outros						
				<input type="checkbox"/> 1. Própria altura					
				<input type="checkbox"/> 2. Outra altura/Aproximadamente: _____m					
35. Agressão	1. Arma de fogo	2. Arma branca	3. Agressão feia	36. Quimiotrauma					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Fogo					
				<input type="checkbox"/> 2. Fumaça					
				<input type="checkbox"/> 3. Substância química					
				<input type="checkbox"/> 4. Substância química					
				<input type="checkbox"/> 5. Choque elétrico					
37. Tentativa de suicídio	1. Sim	2. Não	38. Outros acidentes	39. Circulação/pulso					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Afogamento	<input type="checkbox"/> 1. Ausente					
			<input type="checkbox"/> 2. Boletramento	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Presente					
			<input type="checkbox"/> 3. Nada rel.	<input type="checkbox"/> 3. Choro					
				<input type="checkbox"/> 4. Pingo					
40. Vias náreas	10. Respiração	41. Circulação/pulso	42. Perfuração parietérica						
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Livre	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal	<input type="checkbox"/> 1. Ausente	<input type="checkbox"/> 1. > 2. Registros						
<input type="checkbox"/> 2. Obstruída	<input type="checkbox"/> 2. Apneia	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Presente	<input type="checkbox"/> 2. < 2. Registros						
	<input type="checkbox"/> 3. Tórax com deformidades ou lesões	<input type="checkbox"/> 3. Choque							
43. Neurológico	44. Escala de CINCINNATI	45. Pupilas	46. Dificuldade de fala						
<input type="checkbox"/> 1. Normal	<input type="checkbox"/> 2. Sonolência	<input type="checkbox"/> 1. Molas	<input type="checkbox"/> 1. Dérrol motor						
	<input type="checkbox"/> 3. Agitação	<input type="checkbox"/> 2. Midriase	<input type="checkbox"/> 2. Desvio da terminação final						
	<input type="checkbox"/> 4. Coma	<input type="checkbox"/> 3. Hiperfisi.	<input type="checkbox"/> 3. Dificuldade de fala						
	<input type="checkbox"/> 5. Convulsão	<input type="checkbox"/> 4. Isocriose							
47. Coloração da pele	48. Uso medicamento	49. Alguma patologia							
<input type="checkbox"/> 1. Normal	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não						
<input type="checkbox"/> 2. Palido	<input type="checkbox"/> 2. Não								
<input type="checkbox"/> 3. Cinzenta		Qual?							
<input type="checkbox"/> 4. Hiperemia									
<input type="checkbox"/> 5. Ictérico									
50. Alteração ocular (AO)	51. Resposta verbal	52. Resposta Motor	53. Sinal vitais - B3V						
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Espontânea (4)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Orientada (5)	<input type="checkbox"/> 1. Obediência a comandos (0)	HORA 20:30						
<input type="checkbox"/> 2. À voz (3)	<input type="checkbox"/> 2. Confusa (4)	<input type="checkbox"/> 2. Localiza dor (5)	PA 120x70						
<input type="checkbox"/> 3. À dor (2)	<input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas (3)	<input type="checkbox"/> 3. Movimento de retirada (4)	FC 62						
<input type="checkbox"/> 4. Nenhuma (1)	<input type="checkbox"/> 4. Palavras incompletas (2)	<input type="checkbox"/> 4. Flexão anormal (3)	FR 13						
	<input type="checkbox"/> 5. Nenhuma (1)	<input type="checkbox"/> 5. Nenhuma (1)	TEMP 36,7°C						
TOTAL	score 15	score 15	HGT 96cm						
54. Principais lesões	Crânio	Face	Pescoco	Dorsó	Tórax	Abdômen	Pelve	Membro Superior	Membro Inferior
Ampulheta								Brachial	Dirito
Contusão								Brachial	Esquerdo
Escrachão									
Esmagamento									
Périturante									
Contuso									
Fratura fechada									
Fratura aberta									
Lacerção									



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:
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 _____ Rua Leonardo da

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



Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 31/01/2020 14:50:58
<https://pjje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013114505795900000056303749>
Número do documento: 20013114505795900000056303749

Num. 57240268 - Pág. 3

<p>85. Conduta</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Imob. Cofuna cervical <input type="checkbox"/> 2. Utilização de prancha <input type="checkbox"/> 3. Imob. Mambros <input type="checkbox"/> 4. KED <input type="checkbox"/> 5. Oxigenoterapia</p>	
<p>86. Unidade de desíntio <u>UMG</u></p> <p>87. Médico que recebeu <u>Dr. Rogério Alves de Santana</u></p> <p>88. Equipe <u>MÉDICO</u> CRM/PB: 11159 / CRM/PE: 26014</p> <p>Médico assistente: <u>Anônimo</u></p> <p>Enfermeiro: <u>Rátila 91</u></p> <p>Técnico de enfermagem: <u>Rátila Barroso do Nascimento</u></p> <p>Condutor/Piloto: <u>Rátila Barroso do Nascimento</u></p> <p>Responsável pelo preenchimento: <u>Rátila Barroso do Nascimento</u></p>	
<p>89. Soltou apolo da U11 <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>Observações: _____</p>	
<p>90. 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>92. Cancelamento da ocorrência</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Pelo médico regulador <input type="checkbox"/> 2. Pelo solicitante <input type="checkbox"/> 3. Por trote <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: _____</p>	
<p>61. Muitas vítimas: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>Nº de vítimas: _____</p> <p>Cenário: _____</p>	

82. Outras descrições:

Objeto vitimado de capotamento na BR 408, sentido Apresentando: cunhagens. Si fraturado, contuso, D+ corte em maca (E), abdômen + pele livre. nega náuseas + desmaios. verbalizando; concussão cerebral, insuf. SVP: de forma Calibre: + pressionamento. Segue p/ UMC. Conclusão: 20.500

Rátila Barroso do Nascimento
CORRENTE: 381.976 - ENF

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.

