

PROCURAÇÃO

Outorgante(s)	ANTONIO ALUINO DOS REIS , brasileiro, solteiro, pedreiro, portador do RG sob o nº 3.673.359 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 649.797.174-20, residente e domiciliado na Rua 13, Lote X7, nº SN, Enseada de Serrambi, Serrambi, Ipojuca/PE, CEP 55.590-000
Outorgado(s)	Bel CLAYTON ANTONIO DA SILVA , brasileiro, solteiro, advogado, portador do RG sob o nº 4943771 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 021.034.834-80 residente e domiciliado na cidade de Recife/PE, sócio da CLAYTON A. SILVA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA , inscrita no CNPJ sob o nº 30.509.679.0001-00, sob o registro da OAB/PE nº 2677 com sediada na: RUA CARLOS PORTO CARREIRO, Nº 190, EDF. CELSIUS, SALA 202, BOA VISTA – RECIFE/PE, CEP: 50.070-090, local que declina para receber as notificações, intimações e demais comunicações processuais de estilo.
Poderes	Para o foro em geral, com a cláusula “ad judicá”, pelo que poderá, nesta ou em outra Comarca, em qualquer Juízo, Tribunal, órgão ou Repartição Pública, onde se tornar necessário e com esta se apresentar, receber citações e intimações, prestar declaração, renunciar direitos, defender todos os direitos do(s) outorgante(s), em todas as causas movidas ou por mover, sejam civis, comerciais, em que for(em) autor(es) ou réu(s), assistente(s) ou oponente(s), para o que lhe concede e outorga todos os poderes necessários e permitidos em Direito, afim de que, em nome do(s) mesmo(s) e como se eles próprios fossem, possam, em juízo ou fora dele, requerer tudo quanto for em seu benefício; alegar, defender todos os seus direitos em quaisquer das causas ou demandas à que tenha de comparecer, sejam de quaisquer espécies e em qualquer foro, fazendo citar, oferecer ações, libelos, exceções, recursos, embargos, suspeição ou outros quaisquer artigos; contrariar, produzir, dar provas, perguntar, reperguntar, e contraditar testemunhas, e dar-se por citados por elas; dar e receber quitação; transigir em juízo ou fora dele; assinar autos, requerimentos, protestos e contra protestos, termos, folhas, e papéis precisos, ainda que os de confissão, negação, louvação ou desistência; apelar, agravar ou embargar qualquer sentença ou despacho e seguir os respectivos ou mesmos outros recursos nas instâncias superiores; fazer justificações, reclamações e promover habilitações e retificações; variar de ações, execuções e intentar outra de novo; tirar cartas de sentenças, requerer a execução delas, sequestros, penhoras, arrematações adjudicações; requerer todas as precatórias necessárias; oferecer embargos de terceiros senhor e possuidor, juntar quaisquer documentos e tornar a recebê-los; receber alvará; fazer acusações e assistir atos de conciliações perante quaisquer juízes, para os quais também lhes concede(m) poderes especiais e expressos para aceitar e rejeitar acordos; substabelecer no todo ou em parte, ficando-lhes os mesmos poderes em vigor e os substabelecidos em outros, podendo revogar os substabelecimentos feitos; enfim, praticar todos os atos, por mais especiais que sejam, desde que permitidos em lei e que lhe sejam facultados, indispensáveis ao desempenho amplo deste mandato, seguindo suas ordens e avisos, que assim se consideram como parte integrante deste instrumento e usando esta procuração por palavra ou por escrito, para tudo o que for em benefício do(s) outorgante(s), defesa dos seus direitos e pendências judiciais, sem restrições de poderes; e tudo quanto for feito e produzido pelo seu dito procurador, haverá por firme e valioso.

Recife/PE, 15 de janeiro de 2020.


ANTONIO ALUINO DOS REIS



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **ANTONIO ALUINO DOS REIS**, brasileiro, solteiro, pedreiro, portador do RG sob o nº 3.673.359 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 649.797.174-20, residente e domiciliado na Rua 13, Lote X7, nº SN, Enseada de Serrambi, Serrambi, Ipojuca/PE, CEP 55.590-000, declaro que sou pobre na forma da lei e que não tenho condições de arcar com as custas do processo sem prejudicar o meu próprio sustento e de minha família.

Recife, (PE) 15 de Janeiro de 2020.


ANTONIO ALUINO DOS REIS

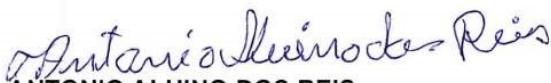


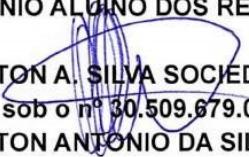
INSTRUMENTO PARTICULAR DE CONTRATO DE HONORÁRIOS QUOTA LITIS

Por este instrumento particular de contrato de honorários advocatícios e na melhor forma de direito, de um lado, como CONTRATANTE: **ANTONIO ALUINO DOS REIS**, brasileiro, solteiro, pedreiro, portador do RG sob o nº 3.673.359 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 649.797.174-20, residente e domiciliado na Rua 13, Lote X7, nº SN, Enseada de Serrambi, Serrambi, Ipojuca/PE, CEP 55.590-000 do outro lado como CONTRATADO: **CLAYTON A. SILVA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, inscrita no CNPJ sob o nº 30.509.679.0001-00, sob o registro da OAB/PE 2677, sediada na: RUA CARLOS PORTO CARREIRO, Nº 190, EDF. CELSIUS, SALA 202, BOA VISTA – RECIFE/PE, CEP: 50.070-090, representada pelo Bel. **CLAYTON ANTÔNIO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da cédula de identidade sob o nº 4943771 SSP/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº. 021.034.834-80, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, sob o nº. 35.981, residente e domiciliado na cidade de Recife, (PE), têm entre si, justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

- A. OS CONTRATADOS obrigam-se, face ao mandato que lhe é outorgado, que faz parte integrante deste contrato, a prestar serviços advocatícios no patrocínio de uma ação de cobrança de seguro DPVAT.
- B. Pelos serviços prestados e especificados na cláusula anterior, a CONTRATADA, receberá a título de honorários contratuais, o percentual correspondente à (30%) trinta por cento sobre todo o proveito econômico da ação a ser pago mediante depósito judicial, complemento positivo, RPV – requisitório de pequeno valor e precatório, depósito bancário estando desde já por este instrumento autorizado a reter o percentual conforme dispõe o art. 22, § 4º, do Estatuto da OAB e o art. 35, § 2º, do Código de Ética da Advocacia.
- C. A parte que descumprir qualquer das cláusulas deste contrato dará à outra, o direito de rescindir o presente instrumento, sem qualquer interpelação, judicial ou extrajudicial, ficando desobrigada a parte inocente a dar continuidade a este contrato, ficando acordado entre as partes que, em caso de necessidade de ajuizamento de ações relativas a esse instrumento, a citação se dará por via postal, com aviso de recebimento (AR), cabendo ao vencedor, honorários, sobre o valor da causa, a título de verba sucumbêncial.
- D. Fica, eleito o Foro da Comarca Ipojuca, para dirimir as dúvidas oriundas deste contrato, renunciando as partes, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.
- E. E, por estarem, assim, justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias, de igual teor e forma, para um só efeito.

Recife/PE, 15 de janeiro de 2020.


ANTONIO ALUINO DOS REIS


CLAYTON A. SILVA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA OAB/PE 2677
CNPJ sob o nº 30.509.679.0001-00 r/p
CLAYTON ANTONIO DA SILVA
OAB/PE Nº 35.981



98923 - 2151



Assinado eletronicamente por: CLAYTON ANTONIO DA SILVA - 17/01/2020 12:34:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011712340705800000055672070>
Número do documento: 20011712340705800000055672070

Num. 56592143 - Pág. 4



Antennae eines der Rei-



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VÍA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS



Assinado eletronicamente por: CLAYTON ANTONIO DA SILVA - 17/01/2020 12:34:07
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001171234072920000055672074>
Número do documento: 2001171234072920000055672074

Num. 56592147 - Pág. 1



SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
FICHA DE ATENDIMENTO

U Pn

ADESIVO

Nº REGISTRO 65 481	DATA E HORA DO NASCIMENTO 28/12/68	EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL		
PACIENTE: ESTADO CIVIL	PACIENTE: PROFISSÃO:	NASCIMENTO: NATURALIDADE: IDADE: SEXO: COR: NACIONALIDADE:		
Nº DE IDENTIDADE	FILIAÇÃO	PAI MÃE		
ENDEREÇO: BAIRRO: Serrambi	CIDADE: Ipajuca	COMPLEMENTO: UF: PE TELEFONE: 93 28-3001		
ORIENTAÇÃO:				
PROCEDÊNCIA:	MEIO DE TRANSPORTE:			
CONSULTA DE ENFERMAGEM				
DATA: 18/12/19	HORA: 10:42	ENFERMEIRO:	COREN:	
SITUAÇÃO QUEIXA:				
ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> CARDIOPATIAS <input type="checkbox"/> DOENÇA NEUROLÓGICA <input type="checkbox"/> TABAGISMO <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO/DROGAS <input type="checkbox"/> PNEUMOPATIAS <input type="checkbox"/> HEPATOPATIAS <input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL OUTROS:				
MEDICAÇÃO EM USO:				
PA: X mmHg	RHS: bpm	FC: bpm	FR: lpm	T: °C
ECG: ABERTURA OCULAR SCORE	RESPOSTA VERBAL SCORE	RESPOSTA MOTORA SCORE	DEFICIÊNCIAMOTORA MSD <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	PUPILAS ISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICA <input type="checkbox"/>
DOR: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SUDORESE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		PALIDEZ	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
EXAME FÍSICO:				
DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:				



ATENDIMENTO MÉDICO

História do Trauma:

Perda de Consciência

Sim Não

Episódio Emélico: Sim Não

Acidente de Trabalho: Sim Não

Acidente de Trabalho:

Sim Não

Tipo:

Colisão:

Sim Não

Tipo:

Motorista:

Passageiro:

Atropelamento:

Sim Não

Local do Impacto:

Vítima de Ferimento

Sim Não

Tipo:

Sofreu Queda: Não Sim Altura: m

Queimadura

Sim Não

Por:

Transporte realizado por:

Condições de Imobilização Adequada: Sim Não

Por Que:

EXAMES FÍSICOS:

Foi vítima de queda de motocicleta em +/− 16 hs, apresentando ferimento contuso-aberto em face anterior do joelho esq. VAT (−).

EXAMES SOLICITADOS: LABORATORIAIS:

abs → Reponor atendimento / saiu em Hospital de Serrambi, outem.

DIAGNÓSTICO:

EXAMES ESPECIALIZADOS: TOMOGRAFIA

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

ANGIOGRAFIA

ENDOSCOPIA

X RX

ULTRASSONOGRAFIA

LCR

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

DATA: / /

HORA: :

*— Rx do joelho esq. (já identifico suspeita) / profilaxia anti-fetaína
— Antibiótico oral / profilaxia anti-fetaína
— Sustento / curativo.*

*Dr. Luciano Pinheiro da Silva
Traumatologista CRM: 18277
18 DEZ 2019*

INDICAÇÃO CIRÚRGICA: SIM NÃO

CLASSIFICAÇÃO RESERVA:

DEFINIÇÃO DO CASO

CONDICÃO DE ALTA

INTERNAMENTO CIRURGIA ÓBITO TERMO DE ALTA PEDIDO EVADIU-SE

CURADO

MELHORADO

TRANSFERIDO PARA:

INALTERADO

PIORADO

INTERNADO NA CLÍNICA:

ÓBITO

INFORMAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

CONFIRMAÇÃO DO NOME:

ASSISTENTE SOCIAL

CONFIRMAÇÃO DO ENDEREÇO:

PROVIDÊNCIAS: ALTA TRANSFERÊNCIA

EXAME EXTERNO

ASSISTENTE SOCIAL

OBSERVAÇÕES:

*En. Luciano Pinheiro da Silva
Traumatologista CRM: 18277*

AUTORIZAÇÃO PARA ALTA/INTERNAÇÃO/TRANSFERÊNCIA:

ENFERMEIRA: *18 DEZ. 2019* COREN:

MÉDICO:

CRM:

DATA:

HORA:

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA INTERNAMENTO:

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgico, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____

Nome completo: _____

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possa advir.

Data: _____

Nome completo: _____

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____





DECLARAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTO

**DECLARO QUER O SENHOR ANTONIO ALUINO DOS REIS CPF: 649.797.174-20
BRASILEIRO, COM RG: 3.673.359, ESTEVE AQUI SOLICITANDO UMA SEGUNDA VIA
DO ATENDIMENTO PARA DÁ ENTRADA NO DPVAT.**

*CULPINAIS AUT.
ADM HOSPITALAR
SPACIATRABE*





IPOJUCA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

ADESIVO

Nº REGISTRO 19346	DATA-NASCIMENTO 01/01/1963	EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL		
PACIENTE Antônio Lucas da Silva	SEXO M	IDADE 50 anos	COR: B	
ESTADO CIVIL Solteiro	PATERNAL Araújo	MATERNAL Araújo	NACIONALIDADE Brasil	
N. DE IDENTIDADE 3.673.359	PAI Araújo	MÃE Araújo	COMPLEMENTO Av. Presidente Vargas, 1000 - Centro	
ENDEREÇO R. 83				
BAIRRO Sumaré	UF SP	CEP 99328-3006		
ORIENTAÇÃO				
PROCEDÊNCIA			MOD. TRANSPORTE	
CONSULTA DE ENFERMAGEM				
DATA 17-02-19	HORA 20:30	COLETA DE SAMPLER	COREN:	
SITUAÇÃO CLÍNICA				
ANTECEDENTES: <input checked="" type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> HEPATITE C <input type="checkbox"/> CARCINOMA <input type="checkbox"/> DOENÇA NEUROLOGICA <input type="checkbox"/> TABAGISMO <input type="checkbox"/> ALCOOLICO <input type="checkbox"/> JUGAS <input type="checkbox"/> EPNEUMONIA <input type="checkbox"/> HISTORICO DE DOENÇA MENTAL <input type="checkbox"/> OUTROS				
+ HISTÓRICO FAMILIAR				
EXAMES:				
EXAMEN	EXAME	TESTES	TESTES	TESTES
ESCORRE	ESCORRE	TESTES	TESTES	TESTES
DIAGNOSTICO PROBABILÍSTICO				
<p>Paciente com dores no torso</p> <p>(c) nos extremitades inferiores</p> <p>constante em compriamento</p> <p>distensão da barriga, sem dor.</p>				
<p>Liquor, urina, excreto.</p> <p>Maria Cícilia Gusmão COREN 482.158 ENFERMEIRA</p> <p><i>X C. G. 20</i></p>				
<p>* Paciente consciente orientado, foco(s) de suspeita</p> <p>APGAR se encontram sem níveis baixos</p>				





Assinado eletronicamente por: CLAYTON ANTONIO DA SILVA - 17/01/2020 12:34:07
<https://pj.e.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011712340767700000055672079>
Número do documento: 20011712340767700000055672079

Num. 56592152 - Pág. 3



IPOJUCA



SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA

ADESIVO

Nº REGISTRO 19 326	DATA E HORA DO NASCIMENTO 28-12-1995		EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL	
PACIENTE: Antônio Almeida dos Reis	DATA 50 anos	SEXO: M COR: B	NACIONALIDADE	
ENDEREÇO: Av. Antônio Almeida dos Reis	EDAD 60 kg	COMPLIMENTO		
BAIRRO: Quinamby	CIDADE: Ipojuca	TELEFONE: 99328-3006		
PROCEDIMENTO:				

CONSULTA DE ENFERMAGEM		DATA 18-12-19	HORA 6:56	POSIÇÃO CORON	ORIENTAÇÃO
ANTECEDENTES: FUMAR 10 CIGARROS DIA, ALCOOLISMO TABAGISMO ALCOOLISMO DRUGAS CPNE, HISTÓRICO DE MEDICAMENTOS OUTROS					
MEDICAÇÃO EM USO:					
PA: X mmHg	RR: bpm	FC: bpm	IPM: s	T: °C	
ECG: ABERTURA OCULAR: RESPOSTA FÍSICA: RESPOSTA MOTORIA: INFLUENZA NO DIA:				PUPILAS: ISOCÔNICAS: ANISOCÔNICAS:	
SCORE:	ECG:				
DOR: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				TAUDEZ: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	

EXAME FÍSICO	
<p>Paciente encontra-se acordado e ansioso</p> <p>Sofre tiques em todos os membros</p> <p>Pressão arterial: 140x90 mmHg</p>	

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM: URG-43361 28+1001 SF EV JF
07.2
Maria Lda S. Filha
Tec. Enfermagem
COREN: 1294438
Medico
DATA: 19/01/2020





Assinado eletronicamente por: CLAYTON ANTONIO DA SILVA - 17/01/2020 12:34:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011712340767700000055672079>
Número do documento: 20011712340767700000055672079

Num. 56592152 - Pág. 5