

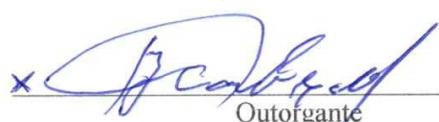
## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Nome: PEDRO JOSÉ CABRAL,  
nacionalidade: BRASILEIRO,  
estado civil: SOLTEIRO, profissão: AVIÔNOMO,  
inscrito no CPF sob o n.º 084.241.014-72, portador do RG n.º  
469.666 - SDS/PE, residente e domiciliado no endereço:  
RUA JOSÉ VICENTE XAVIER, n.º 15, JONÓ PAULOSSI,  
MONCHÔ-PE.

**OUTORGADO:** DANILO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR e MARCOS ANDRÉ BARBOSA CAMPELLO, brasileiros, casados, advogados, respectivamente inscritos na OAB/PE sob os n.º 19.845 e 21.118, com endereço profissional na Rua Arquimedes de Oliveira, n.º 205, Santo Amaro, Recife-PE, CEP. 50.050-510.

Pelo presente Instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado Outorgado, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante de consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados- CNSP e revigorado pela Lei n.º 8.441/92.

Recife-PE, 20 de JULHO de 2020.

  
Outorgante



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

PEDRO JOSÉ CABRAL,  
inscrito(a) no CPF sob o n.º 084.241.014-72, DECLARA, sob as  
penas da lei, que é pobre e 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-PE, 20 de JULHO de 2020.

  
Declarante



## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

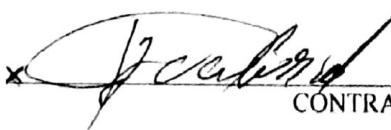
Pelo presente instrumento particular de prestação serviços advocatícios, de um lado como **CONTRATANTE**: PEDRO JOSÉ CABRAL, BRASILEIRO, SOLTEIRO, AVIÔNOMO, CAF 084 241.014-72, RG 469.666 SDS/PE, RESIDENCIAL NA RUA JOSÉ VIEIRAS, XAVIERA N° 15, JOÃO PAULO II, MACEIÓ - PE.

e de outro como **CONTRATADO** o advogado **DANILO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PE sob o nº 19.845, com endereço profissional na Rua Arquimedes de Oliveira, n.º 205, Santo Amaro, Recife-PE, CEP. 50.050-510, fica certo e ajustado o que adiante segue:

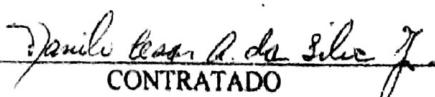
- 1) O presente contrato tem como objeto uma ação de reparação de danos, para recebimento da **Diferença do Seguro Obrigatório – DPVAT**, a ser interposta pelo CONTRATADO em favor do CONTRATANTE.
- 2) Caso haja recebimento por parte do CONTRATANTE, este pagará ao CONTRATADO **30% (trinta por cento) do valor total apurado, com os devidos acréscimos legais, se houver**. Ao tempo em que, se porventura **não lograr êxito a Ação ajuizada, nada deverá o CONTRATANTE ao CONTRATADO**. Ressaltando que os honorários advocatícios sucumbenciais, caso existam, pertencerão ao CONTRATADO, sob qualquer hipótese, independentemente do percentual acima acertado.
- 3) O (A) CONTRATANTE obriga-se a fornecer todos os documentos indispensáveis para a propositura da referida ação;
- 4) Se, no correr da Ação e sem justa causa, for revogado o mandato conferido ao CONTRATADO, poderá este de uma só vez cobrar os honorários, ainda em débito. Para essa obrigação, o CONTRATADO utilizará da via executoria, nos exatos termos dos artigos 22, 23, 24 e seus parágrafos, da lei nº 8.906 de 04/07/94 (Estatuto da Advocacia e da OAB) e artigo 585, do CPC;
- 5) O (A) contratante **AUTORIZA** desde já que a autoridade judicial competente proceda à retenção dos honorários advocatícios, ora firmados, por ocasião da expedição do alvará.
- 6) As partes elegem o foro da Cidade do Recife-PE, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

E por estarem assim, justos e combinados, assinam o presente contrato, em duas vias de igual teor e forma, para os seus fins legais.

Recife, 20 de JULHO de 2020



CONTRATANTE



CONTRATADO

Rua Arquimedes de Oliveira, n.º 205, Santo Amaro, Recife-PE, CEP 50.050-510 | (81) 3222-1806

Digitalizado com CamScanner







CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2  
ATENDIMENTO: RUA 1 DE MAIO - NUM. - 00004 - CENTRO MORENO PE  
54800-000

DADOS DO CLIENTE  
PEIRO JOSE CABRAL  
R JOSE VICENTE XAVIER, N. 00015 - JOAO PAULO II MORENO PE 54800-000  
INSCRIÇÃO: 094.320.191.0255.000 GRUPO:18 DEB.AUTOMATICO: 015420944

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A09S118405	DATA LEIT. ANTERIOR 13/01/2020	DATA LEIT. ATUAL 12/02/2020	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL / N MEDIDO	

ÁGUA:  
LEIT ANT: 772 CONSUMO:7  
LEIT ATU: 779  
LEIT FAT: 779

ESGOTO:  
LEIT ANT: VOLUME: 7  
LEIT ATU:  
LEIT FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

12/2019 09 /09  
11/2019 07 /07  
10/2019 04 /04  
09/2019 05 /05  
08/2019 05 /05  
07/2019 07 /07

MÉDIA: 06 /06

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG.	PORT.	ANALISES
TURBIDEZ	MS 2.914/11	REALIZ.	A LEGIS
COR APARENTE			
CLORO RESIDUAL			
COLIF. TOTAIS			
E. COLI			

Qualidade de Água: [www.compresa.com.br](http://www.compresa.com.br)

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS ABSENÇIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2)OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	7 MB	44,08
CONSUMO DE ÁGUA		
ESGOTO 40,00 % DO VALOR DE ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	7 MB	17,63
CONSUMO DE ESGOTO		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 12/2019		1,28
DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA 01/2020		2,50

IMPRESSO EM: 12/02/2020 09:21:27

VALOR DE FONTE	VALOR DE CÁLCULO	VALOR DE VENCIMENTO	VALOR DO IMPÔSTO
61,71 COPFINS	61,71	1,65 7,60	1,02 4,69

VENCIMENTO: 25/02/2020 TOTAL A PAGAR: 65,49

MENSAGEM:

VIA DO CLIENTE





## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E2093000099

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/04/2020** às **08:28**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**, que aconteceu no dia **24/1/2020** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CLETO CAMPELO, 1** - Bairro: **CENTRO** -  
**MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **54800-000**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
SELMA ADRIANA VIEIRA ( OUTRO )  
PEDRO JOSE CABRAL ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

**PEDRO JOSE CABRAL (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALZIRA MARIA SANTOS** Pai: **JOSE DANIEL CABRAL** Data de Nascimento: **29/6/1940** Naturalidade: **MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **469666/SDS/PE (RG) 08424101472 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**  
Endereço Residencial: **RUA JOSE VICENTE XAVIER, 15 - CEP: 0 - Bairro: JOAO PAULO II - MORENO/PERNAMBUCO /BRASIL**

**SELMA ADRIANA VIEIRA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **SELMA ADRIANA VIEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGA5210** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)



Complemento / Observação

**INFORMA A VITIMA QUE, TENTAVA ATRAVESSAR A AVENIDA CITADA, QUANDO UMA MOTOCICLETA DE PLACA KGA-5210, LHE ATROPELOU, ONDE A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOF, COMFORME PRONTUARIO DE NUMERO 1104980, E ATENDIMENTO DE NUMERO 3425041. CASO AFETO A DELEGACIA DO MORENO.**

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

**PEDRO JOSE CABRAL  
(VITIMA)**



B.O. registrado por: **ADEILTON PEREIRA GOMES** Matrícula: 159741-8  
(Liberado em 22/04/2020 às 08:35)







# HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

## EMERGÊNCIA



### 3 - Evolução / Exames

19:15	# C6 #
Paciente vítima de atropelamento por moto há 1 hora, chega ao pronto- atendimento acompanhado da equipe do SAMU. Encontra-se desacordado, sem humor, com TCE. Referiu dor em MIE. Nega comorbidades ou alergias. Paciente em prisão dolorosa, com doloroso envolvimento da coluna cervical. A: nas áreas pélvica + estabilizada da coluna cervical. B: MVT em AHT, s/RA, sem alteração palpável de areos costais. C: RER em 2T, PNF, Ns, FC = 79, SPO2 1. = 97%, abd: globoso, de pressão, dor de intensidade moderada. D: ECG = NS, pupilas não é fotonegativa, e presença de taquicardia em MIE. E: Hb: Poliquimiotizado. CD: ( ) Soclito na coluna cervical ( ) Alterado C6 ( ) Lesão direcionada ( ) Eletrocardiograma ( ) Aos cuidados da ortopedia ( ) Paciente ( ) Familiar	
<b>Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido</b>	

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura

<b>Autorização de Procedimento</b>		( ) Paciente ( ) Familiar
Nome: _____	RG: _____	
Endereço: _____	Tel.: _____	
Procedimento: _____		

Assinatura

Diag. Definitivo: \_\_\_\_\_

<b>Destino do Paciente</b>					
( ) Alta	( ) Cirurgia	( ) Óbito	( ) Evadiu-se	( ) Termo de Alta a Pedido	
( ) Transferência: _____ ( ) Internamento _____					

<b>Condição de Alta</b>					
( ) Curado	( ) Melhorado	( ) Inalterado	( ) Óbito		

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

24/01/2020 18:40:34  
2 de 2

Usuario do Atendimento  
JANAINAFL





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
**Hospital Otávio de Freitas**

Nome: **PEDRO JOSE CABRAL** Idade: **79 Anos 6 Meses 26 Dias** Nasc. **29/06/1940**  
Sexo: **MASCULINO** CNS: **707003896355432**  
Endereço: **RUA JOSE VICENTE CHAVIER , N.º 15 - BAIRRO: LOTEAMENTO JOAO PAULO SEGUNDO - CIDADE: MORENO - UF: PE**  
Mãe: **ALZIRA MARIA SANTOS**  
Contatos: **81. 91147028 | Celular: 81.**

**Dados do Atendimento:**  
Data/Hora Atend.: **24/01/2020 18:40**  
Prontuário: **1104980**  
Nº. Atendimento: **3425041**  
Serviço: **CIRURGIA**

**Enfermaria/Leito:**

**Médico:**  
**HERIVELTO ALEXANDRE DA SILVA FILHO**

## Admissão

### — Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HA 2,5H, EVOLUI COM FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO E

### — História Clínica

### Exame Físico

**FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO**

### Observações

### — Conduta

AO BLOCO CIRURGICO

ESSES MACEDO BARBOSA - CRM: Nº.CRM26541

Hora: **24/01/2020 19:48**

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70  
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



Assinado eletronicamente por: DANIO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR - 16/12/2020 11:34:54  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121611345426300000071183622>  
Número do documento: 20121611345426300000071183622

Num. 72611098 - Pág. 3



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
SES/PE

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: PEDRO JOSE CABRAL	REGISTRO Nº 1104980
CLINICO: ORTOPEDISTA	Nº DO LEITO: EMERGENCIA
OPERADOR: DR EDSON SOUZA	
1º ASSISTENTE: DR ARTUR SOARES	2º ASSISTENTE: DR ULYSSES BARBOSA
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DRA TACIANA
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA	DURAÇÃO:
DATA DA OPERAÇÃO: 24/01/2020 INÍCIO: FIM:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO	
OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO	

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. OBSERVADO EXPOSIÇÃO COMPLETA DE TIBIA DISTAL EM REGIÃO MEDIAL DE TORNOZELO
5. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9%
6. APOSIÇÃO DE FIXADOR TRANSARTICULAR TUBO A TUBO EM TORNOZELO ESQUERDO E CHECADA BOA REDUÇÃO SOB RADIOSCOPIA
7. CURATIVO
8. BOA PERFUSÃO DISTAL
9. À SR

**ORTOMÉDICA**

- 1 FIXADOR TRANSARTICULAR TUBO A TUBO DE TORNOZELO  
4 PINOS DE SCHANZ  
4 CONECTORES BARRA-BARRA  
4 CONECTORES PINOS-BARRA  
4 BARRAS





## RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: PEDRO JOSÉ CABRAL	Nº DO REGISTRO: 1104980
CLÍNICO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Nº DO LEITO: 10-03

OPERADOR: DR DILAMAR
----------------------

1º ASSISTENTE: DR JANDERSON	2º ASSISTENTE: DR GEOVANE
INSTRUMENTADOR: BRUNA	ANESTESISTA: DRA CECILIA
ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA	DURAÇÃO:

DATA DA OPERAÇÃO:	INÍCIO:	FIM:
12/02/20		

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO
---

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO
-------------------------------------

OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO
--

OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA
-----------------------------

### DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO EM REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO + DIVULSÃO DO POR PLANOS
4. VISUALIZAÇÃO DE FRATURA COMINUIDA
5. FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 DE CANO COM 4 PARAFUSOS CORTICais E 02 ESPONJOSOS
6. VISUALIZAÇÃO SOB RADIOSOCPIA
7. LIMPEZA COM SF 0,9%
8. SUTURA POR PLANOS
9. CURATIVO
10. A SR

EMPRESA:	MATERIAL USADO:
ORTOMÉDICA	02 PARAFUSOS ESPONJOSOS 04 PARAFUSOS CORTICais 01 PLACA 3,5MM 1/3 DE CANO

*Janderson Carvalho*  
Janderson Carvalho  
Médico  
CRM 27896 PE





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200177872      Vítima: PEDRO JOSE CABRAL

Data do Acidente: 24/01/2020      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO JOSE CABRAL

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: PEDRO JOSE CABRAL

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000836-2

Conta: 000000003523-8

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

