



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SEÇÃO DE MUTIRÕES DE CONCILIAÇÃO DA CAPITAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autor(a): Agenorina Maria da Silva

inscrito no CPF: 096.810.684-67, vem solicitar com respaldo no Art. Nº 1 da Instrução Normativa nº 8 do TJPE de 28.08.2013, publicada em: 30.08.2013, edição 160/2013, que os presentes autos que versam sobre Indemnização de DPVAT, sejam remetidos imediatamente à Seção Seção Especializada de Mutirões de Conciliação a Capital, antes da distribuição para alguma das Varas Cíveis, para que o feito possa ser inserido em pauta de Mutirões de acordo com o cronograma anual da Seção.

Recife, 08 de novembro de 2018.

“DE ACORDO”;

Agenorina Maria da Silva
Autor(a)



Pinheiro

Advogados

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: *Josiane maria da Silva, brasileira, solteira, de 30, inscrita no cadastro de identidade 8523.498, S051PE e CPF 096.810.684-67, domiciliada na Rua 66 Barro de Jure 1, QD-16, n° 1, Ciganos Pretos Pernol, 55550-000, Ciganos Pretos - PE.*

OUTORGADOS:

Paulo Roberto Fernandes Pinheiro, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 14.088, **Bruno Vieira Fernandes Pinheiro**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 27.264 e **Guilherme Trindade H. B. Cavalcanti**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 27.322, com Escritório na Rua Francisco Alves, 105, sala 307, Ilha do Leite, Recife - PE, onde recebem notificações e intimações.

PODERES CONCEDIDOS:

Amplos poderes, admitidos os das cláusulas “AD JUDÍCIA” e “EXTRA-JUDÍCIA”, para o foro em geral em qualquer instância ou Tribunal de Justiça Federal ou do Estado de Pernambuco, bem como em todo Território Nacional, para em nome da outorgante propor ação, contestar, embargar, agravar, recorrer, firmar compromisso, reconvir, concordar, discordar, oferecer provas, desistir, transigir, fazer declaração, confessar, protestar, receber e dar quitação ingressar em qualquer juízo, receber cheque referente ao pagamento da complementação da indenização do seguro DPVAT, intimações/notificações, receber alvarás, podendo reter os honorários contratuais com percentual de 30% do valor do acordo eventualmente firmado, aceitar ou impugnar laudos, contas, habilitações, avaliações e partilhas, interpor qualquer tipo de recurso tanto nas fases administrativas, como judiciais, requerendo e acompanhando tudo quanto for de direito dos outorgantes. Enfim, os outorgados podem praticar todos e quaisquer atos conexos e consequentes a fim de agir em defesa dos direitos e interesses pessoais da outorgante, podendo inclusive substabelecer esta procuração a quem lhe prover, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bem, firme e valioso.

Recife, 21 de junho de 2013.

Josiane maria da Silva

Rua Francisco Alves, 105, sala 307, Ilha do Leite, Recife - PE.
Fone/Fax's.: (0xx81) 3241.7111 E-mail: fernandospinheiro@hotmail.com CNPJ 03.659.003/0001-20





3182-055767
096.810.684-67



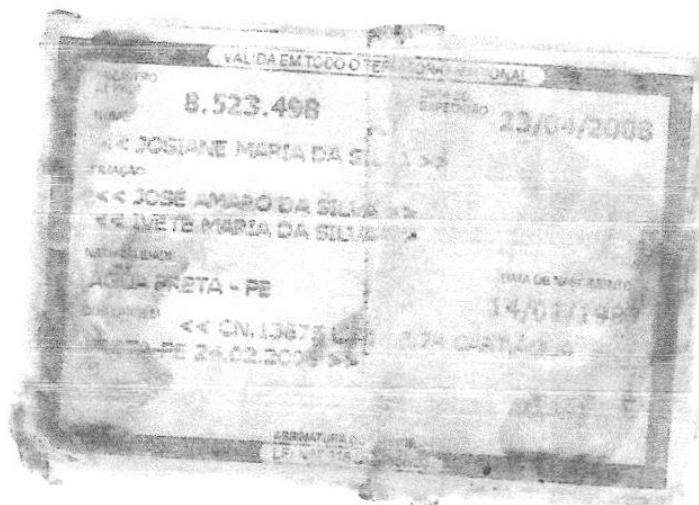
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
096.810.684-67

Nome
JOSIANE MARIA DA SILVA

Nascimento
14/01/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Assinado eletronicamente por: GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA CAVALCANTI - 05/12/2018 14:37:46
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18120514374608400000038207440>

Número do documento: 18120514374608400000038207440

Num. 38762473 - Pág. 3

Nota Fiscal - Conta de Energia :: Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B, nº 1347673795

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.335.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0005943-93



www.celpo.com.br

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO
IVETE MARIA DA SILVA- MCID244P08	22/12/2017
ENDERECO	TOTAL A PAGAR
EG BARRA DE OURO 1 - QD- 16 - RURAL/AGUA PRETA -55550-000 AGUA PRETA PE -	R\$ 74,54
PERÍODO CONSUMO	CONSUMO
26/10/2017 a 24/11/2017	89
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 16,90	VIA PARA PAGAMENTO
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25/06/02
Aterroamento ao débitante auditivo ou de fala: 0800 261 0142
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco - ARPE: 0800 727 0167 -
Ligação Grátis da Telefônica Fixa e Celular
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167 -
Ligação Grátis da telefônica fixa e tarifada
na origem para telefones celulares

Ouvintes: 0800 282 5599
Número da Nota Fiscal: 003130668
B1



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, Josiane Maria da Silva,

DECLARO, nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Recife, 08 de novembro de 2018.

Josiane Maria da Silva



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JOSIANE MARIA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180295950**
Vitima: **JOSIANE MARIA DA SILVA**
Data do Acidente: **02/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **ERICK MOURA DOS SANTOS**

Assunto: **NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180295950**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **02/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Pag. 00277/00278 - carte_04 - INVALIDEZ

Carta nº 13261315



Relatório de Ocorrência do SIA

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) DESCONHECIDO posse do(a) Sr(a) DESCONHECIDO, que estava em Calegaria/Marca/Modelo MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/MÁO INFORMADA Objeto apresentado: N.G.

Quando: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

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

INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
DESGONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: N/A
CEP: 66800-000 - Bairro: CENTRO - AGUA PRETA/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Residencial: NUMERO DE AQUA PRETA, 01, QUADEA 01, CASA 01, SUDOCIA -
MARIANA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Feminino N/A - IATE
Josiane Maria da Silva (presente no plantão) - Sexo: Feminino N/A - VITIMA
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)



ATROPELAMENTO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumo adol) que aconteceu no dia 21/12/2017 no período da Tarde

Ocorrência registrada nessa unidade policial no dia 04/12/2017 às 09:05

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N. 17E0165000692

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 075^a CIRCUITO NCRIGAO - AGUA PRETA -
DPT5^aCIRC DINTER1H3-DESEC



2736624

B.O. registrado por: HUGSON RAFAEL ESPINOLA DE OLIVEIRA - Matrícula:

JOSIANE MARIA DA SILVA
(VITIMA)

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

INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA NA AVENIDA PRIMIGIAPAL DIA 02/12/2017 DAS 14:30 HORAS, PROXIMO A PRAGA DOS TRÊS PODERES, QUANDO A MESMA FOI ATRAVESSAR A CALÇADA E VIU UMA MOTOCLICETA, A QUAL HAVIA SABE NEM MARCA NEM COR, PEGOTADA POR DESCONHECIDO, E BATEU NA DESCALAMPE QUANDO A MESMA ESTAVA JA DESCONHECIDO, E GRAVIDADE DOS FERIMENTOS.

DESPITAL MUNICIPAL, E NA SEGUINTE ENCAMINHADA AO HOSPITAL REGIONAL DOS PALMARES DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS.

Complemento / Observação



SAMU
192



SAMU ÁGUA PRETA-PE

Hora do Chamado	13:21
Chegada ao Local	13:51
Saída ao Local	13:55
Hora da Conclusão	14:11
Saída do Hospital	14:12

FICHA DE ATENDIMENTO

Data da Solicitação: 27/01/17
Motivo / Solicitação: VIA PÚBLICA

Districts

Número da Ordem

5418986

		Nº da Ocorrência: 5411986	
<input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA		<input type="checkbox"/> DOMICÍLIO	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Clínico		<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Básica
<input type="checkbox"/> Causas Externas		<input type="checkbox"/> Causas Externas	<input type="checkbox"/> Helicóptero
		<input type="checkbox"/> EVENTROS	<input type="checkbox"/> OBSTÉTRICO
		<input type="checkbox"/> HANGAR	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
		<input type="checkbox"/> METROPOLITANO	<input type="checkbox"/> TROTE / CANCELADAS
		<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO-senha:
IDENTIFICAÇÃO			
PACIENTE: ...			

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE: JOAQUÍN MIGUEL ALMENDRO
SEXO: MASC. FEM. PROPIEDAD:

IDADE. 30 ANOS.

SEXO: Masc. Fem. PROFISSÃO

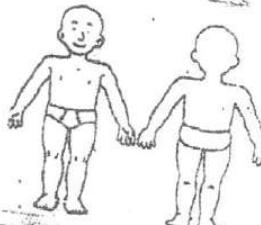
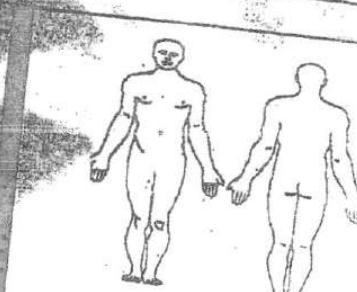
END. _____ PROFESSAO. _____ IDADE. 30 ANOS. _____
SOLICITANTE _____ FONDE. _____

ANOS. PONE: ()

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE AVULSA)

EXTERNA (ACIDENTE AVISANDO)	
<input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro/Frente <input type="checkbox"/> Passageiro/Trás <input type="checkbox"/> Uso do Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Motociclista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Uso de Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>

<input checked="" type="checkbox"/>	Electro
<input type="checkbox"/>	Immunological



CAUSAS CLÍNICAS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA CONHECIDA

AVALIAÇÃO CI (NUCA)

TEMPERATURA	GLICEMIA (HGT)	Agitação Psicomotora	Sudorese	Gemido/Estridor
Vias Aéreas FR: 57/15	Pulso 97	<input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora <input type="checkbox"/> Desidratado <input type="checkbox"/> Lesões de Face <input type="checkbox"/> Ictérico <input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Bagimento Asa Nariz <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Desfazimento	<input type="checkbox"/> Obst. Das Vias Aéreas, <input type="checkbox"/> Rotação



EXAME NEUROLÓGICO
AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

		SINAIS DE DISF. CEREBRAL	AVALIAÇÃO DAS PUPILAS	NATUREZA DA
<input type="checkbox"/>	Alerta	<input type="checkbox"/> Déficit Motor	<input type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> Lesão Intra-abdominal
<input type="checkbox"/>	Resposta Verbal	<input type="checkbox"/> Desvio de comissura Labial	<input type="checkbox"/> Anisocôricas	<input type="checkbox"/> Lesões Intra-Tóricica
<input type="checkbox"/>	Resp. Estímulo Dolar	<input type="checkbox"/> Dificuldade na Fala	<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Presença / Sangue
<input type="checkbox"/>	Irresponsivo		<input type="checkbox"/> Miase	<input type="checkbox"/> Fratura - Ossos Longos
				<input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Pechada

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA: OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	TOTAL DE PONTOS
Abertura Ocular Espontânea	4.	Orientado	15.
Abertura Ocular a Voz	3.	Confuso	5.
Abertura Ocular a Dor	2.	Resposta inapropriada	4.
Sem abertura Ocular	1.	Sons Ininteligíveis	3.
		Sem Resposta Verbal	2.
			1.
		Obedece Comando	
		Localiza Estímulo Doloroso	
		Retirada ao Estímulo Doloroso	
		Flexão Anormal (Decorticção)	
		Extensão Anormal (Descerebração)	
		Sem Resposta Motora	

CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

<input type="checkbox"/> Aspiração de Sangue e Secrções	<input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica	Outras Condutas:
<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	Modelo de des	<i>Intubado</i>
<input type="checkbox"/> Imobilização da Coluna Cervical	2002:	<i>Intubado</i>
<input type="checkbox"/> Infusão de Fluidos	Adaptação Ventilação	Intercorrências:
<input type="checkbox"/> Reanimação Cardiopulmonar	<input type="checkbox"/> Bem <input type="checkbox"/> Mal	
<input type="checkbox"/> Imobilização de Membros		
02. <input type="checkbox"/> Cateter <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Venturi	% ET	Máscara / Reservatório

USO DE ÁLCOOL E / OUTRAS DROGAS

<input type="checkbox"/> Álcool	<input type="checkbox"/> Anfetamina	<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Cola	<input type="checkbox"/> Crack	<input type="checkbox"/> Maconha	<input type="checkbox"/>
Informante: <input type="checkbox"/> A Própria Vítima	<input type="checkbox"/> Familiares	<input type="checkbox"/> Outros - Especificar				
<input type="checkbox"/> Alteração de Humor	<input type="checkbox"/> Agitado / Irritado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente			Refere Ingestão de Bebida Alcoólica
<input type="checkbox"/> Alteração de Marcha	<input type="checkbox"/> Agressivo	<input type="checkbox"/> Hálito Alcoólico	<input type="checkbox"/> Sonolento			Há _____ hs;

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE	<i>União</i>	<input type="checkbox"/> Maca Retida na Unidade Hospitalar
Registro do Hospital:		<input type="checkbox"/> Orientação para o Ambulatório
Médico que Recebeu:		<input type="checkbox"/> Óbito Antes do Atendimento
Assinatura do Médico Responsável:		<input type="checkbox"/> Óbito durante o Atendimento
		<input type="checkbox"/> Prancha Retida
		<input type="checkbox"/> Removido antes do Atendimento

EQUIPE

Médico Regulador:	<i>Guilherme Trindade Henriques Bezerra Cavalcanti</i>	Médico Assistente:	
Enfermeira:		Socorrista:	<i>Guilherme Trindade Henriques Bezerra Cavalcanti</i>
Condutor / Piloto:	<i>Guilherme Trindade Henriques Bezerra Cavalcanti</i>	On. de Resgate / OEE:	
Função do Responsável pelo Preenchimento:		ASS:	<i>Guilherme Trindade Henriques Bezerra Cavalcanti</i>
SOLICITOU APOIO DA UTI	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Obs.			

EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O Subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação Médica

Ass.: _____

TESTEMUNHA:





Data do Atendimento:

03/12/2017

Hora: 14:23:41

PRONTUÁRIO:

221642

No. Atendimento: 676409

Prioridade: VERDE - NÃO URGENTE

Urgência / Emergência
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Colaborador: KATIAVDS

CNS: 702007875263388

Nome: JOSIANE MARIA DA SILVA

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 14/01/1987

Idade: 30 Anos, 10 Meses e 19 Dias

C.I.:

País ou responsáveis: IVETE MARIA DA SILVA

Endereço: QUADRA 16, 1 - EUDOCIA/ - 55550000

Cidade: AGUA PRETA

Tel.: 81995772159

Hora do Atendimento: / / Hs

Queixa Principal:

Paciente refere que foi atropelada ontem.
 Apurado no clube culto (E).
 Sem alterações neurovesiculares.

Exame Físico:

A: Geral via aerea está pérvia? SIM NÃO O paciente fala? SIM NÃO Temperatura:

B: Respiratório:

C: Circulatório:

COMPLETO

ORIGINAL

28/12/17

D: Exame Neurológico : Deficiência motora:

Glasgow: Abertura Ocular

MSD MSE MID MIE Pupilas: Isoconicas Anisoconicas

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore:

E: Abdomen:

Hora:

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

Diagnóstico Inicial:

~~Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica~~

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

~~1) Bucagom composto susp + 100ml SF e.~~
~~2) Propranol susp im.~~

Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:

PACIENTE DEU ENTRADA COM ENCAMINHAMENTO SEM SENHA PARA AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA, REFERE ACIDENTE DE MOTO HA
 MAIS OU MENOS 01 DIA, QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO ESQUEDOR APRESENTANDO LIMITAÇÕES DO MOVIMENTO.

Alergia:

Observação:

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES. PA:100X60MMHG

Evolução de Enfermagem

* Destino do paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Melhorada () Alta a Pedido
 () Transferência para outra unidade () Óbito () Outro _____

* Condição do Paciente () Maltratado () Inalterado () Piorado

Silvia Helena Cavalcante
 DE 17.340



PEL

Pernambuco

HRP

Data do Atendimento: 02/12/2017
No. Atendimento: 676182
Prioridade: AMARELO - URGENCIA

Urgência / Emergência
CIRURGIA GERAL

PRONTUÁRIO: 221642
Colaborador: JESSICALPS
CNS: 702007875263388

Nome: JOSEANE MARIA DA SILVA

Data de Nascimento: 14/01/1987

Idade: 30 Anos 10 Meses e 18 Dias

Sexo: Feminino

País ou responsáveis: IVETE MARIA DA SILVA

C.I.:

Endereço: RUA RIBEIRAO QUADRA 2. 11 - COHAB/ - 55550000

Cidade: AGUA PRETA

Tel.:

8136618450

Hora do Atendimento: 15:00 Hs

Queixa Principal:

Trazer pra SAMU pra fazer
Na noite anterior tive dor
Dei banho e (Ribeirão povoado) e fui
Da a polpa (as - juntas)

Exame Físico:

A: Geral via aerea está pérvia? SIM NÃO O paciente fala? SIM NÃO Temperatura: _____

B: Respiratório: expiratório

C: Circulatório:

Pulso: 150

ADP: Normal Pressão arterial

D: Exame Neurológico: Deficiência motora:

MSD MSE MID MIE Pupilas: Isoconicas Anisoconicas

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: 15

Escore:

Fracção: 0/10

Escore:

E: Abdomen:

Abdômen: normal, Pânico

Escore:

Diagnóstico inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Abdome: dor abdominal

CONFIRME DATA

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

Atropelamento - 15/12/2017

Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU QUE RELATA ATROPELAMENTO. REFERE DOR EM MIE E MSE

Alergia:

Alérgico: Pano, amido, creme e, couro, gelo

Observação:

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA
PA 130X90MMHG

Evolução de Enfermagem:

Sens. Alterações Tumorais

CD - Pano - > Gastrope; Nas mamas de

Destino do paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Melhorada () Alta a Pedido
Transferência para outra unidade () Óbito () Outro
Condição do Paciente () Maltratado () Inalterado () Piorado

Além de pano, ótimo V. Agor





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA ÁGUA PRETA.
HOSPITAL MUNICIPAL CIENTISTA NELSON CHAVES

RECEITUÁRIO

Ao Drº Peixoto.

Encaminho paciente com F. JOSEANE
Ma de Silva, 30 anos com
história de diabetes de tipo II
O dia - foi atendida e liberada
ONDE. pessoa não fala na emergência
de Agulheta com Dr. Peixoto - SI.
Foi medicada.

Continua com Dr. em Júlio Silveira
já faleceu a paciente e não pode
ser encaminhado a Dr. Peixoto.

3/12/12

DATA

Assinatura e Carimbo

CRM-PE 26060

7

MÉDICO

Dr. Ewerthon L. Soares Silva

RUA: PROJETADA S/N ENGENHO BARRA D' ORO
CEP: 55.550-000 ÁGUA PRETA - PE (81) 98987-1541
hospitalaguapreta@hotmail.com
CNPJ: 10.316.445/0001-39

