

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Edson da Silva  
brasileiro, solteiro, desempregado  
portador(a) do ~~RG~~ nº CTPS-019465/00067/PE, inscrito(a) no CPF sob o nº  
064.136.754-09, residente e domiciliado(a) à Rua  
1ª Traversa Vidal de Negreiros, 31  
Itambi, CEP: 55920-000.

**OUTORGADO:** **RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB-PE sob o número 31.915, domiciliado na cidade do Recife-PE e estabelecido na Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551, Sala 01 – Piedade – Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010.

**PODERES:** Plenos para o foro em geral, de acordo com os poderes das cláusulas "AD et EXTRA JUDITIA" implícitas no Art. 38 do Código de Processo Civil, podendo o Outorgado, acompanhar quaisquer inquéritos, ações ou recursos até a sentença final, especiais para acordar, discordar, desistir, impugnar, comprometer; transigir receber alvarás, representar o OUTORGANTE perante quaisquer Entidades Públicas ou Privadas, enfim, tudo o que for necessário para suprir as necessidades de defesa dos interesses do OUTORGANTE, inclusive subestabelecer com ou sem reservas de direitos e, especificamente neste ato, para propor ação na Justiça Comum.

### CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

**Cláusula Única** - Pelo presente Contrato particular de prestação de serviços, o OUTORGANTE infra-assinado se compromete a pagar aos OUTORGADOS, honorários advocatícios na ordem de 30% (trinta por cento) sobre o total de todos os proventos advindos do processo patrocinado quer seja no total da condenação ou mediante conciliação, sendo esta última hipótese vedada sem a anuência dos OUTORGADOS, que se obrigam a prestar seus serviços profissionais; ficando de logo esta MM Vara autorizada a reter o referido percentual, independente dos de sucumbência.

Recife, 04 de Dezembro de 2018.

Edson da Silva

**NOME DO OUTORGANTE**

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade  
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 - Fone: (81) 3204.4039



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Edson da Silva  
marilino, solteiro, desempregado,  
portador(a) do RG nº <sup>CTPS</sup> 019465/00067 PE, inscrito(a) no CPF sob o nº  
064.136.754-09, residente e domiciliado(a) à Rua  
1- Travessa Vidal de Negreiros, 31  
Itambé - PE, CEP: 55920-000, declara, para  
fins de prova junto à Assistência Judiciária, na forma dos artigos 98 e ss, da CPC/2015,  
que não apresenta condições financeiras de arcar com o ônus processual deste feito,  
sem que haja prejuízo próprio ou sua família. Declaração esta que faz sob as penas da  
Lei e sob sua inteira responsabilidade

Recife, 04 de Dezembro de 2018.

Edson da Silva







**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**CERTIFICADO DE DISPENSA**  
**DE INCORPORAÇÃO**  
**23ª CSM**

RA: 23111202084 8

**EDSON DA SILVA**

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE

FILIAÇÃO

PAI **NÃO DECLARADO**

MAE **MARIA JOSÉ DA SILVA IRMA**

DATA NASC.

NATURALIDADE

**09out87**

**Itambé-PE**

Dispensado do Serviço Militar Inicial em **05.01.06**

por **RESIDIR EM MUNICÍPIO NÃO TRIBUTÁRIO**

(Art. 105 do Regulamento Lei de Serviço Militar)

Cmt/Ch ou Dirr

**FRANCISCO ALVES DOS SANTOS - 1º Tm**

Delegado da 1ª Del SM/23ª CSM

MINISTÉRIO DA FAZENDA



**Receita Federal**  
**Cadastro de Pessoas Físicas**  
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**



Número

**064.135.754-09**

Nome

**EDSON DA SILVA**

Nascimento

**09/10/1987**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

**5759.DAD8.0A90.38A5**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

**www.receita.fazenda.gov.br**

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às **10:33:45** do dia **03/03/2016** (hora e data de Brasília)

digito verificador: **00**





**QUALIFICAÇÃO CIVIL**

Nome EDSON DA SILVA  
 Loc. Nasc. ITAMBÉ PE Est. PE Data 09/10/57  
 Filiação MARCELA JOSE DA SILVA IRMA  
 Doc. Nº EN. 197291450 F. 215-0001711996 PE  
CM 28.09.88

**ESTRANGEIROS**

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. Nº .....  
 Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....  
 Obs.: .....  
 Data Emissão 10/01/2003 DRT PE

Francisco Cordeiro Nunes Assinatura do Funcionário  
 RG. 2.689.717-SSP-PE  
 MAT. 013

**ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE**  
 (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome .....  
 Doc. ....  
 Nome .....  
 Doc. ....  
 Nome .....  
 Doc. ....  
 Est. Civil .....  
 Doc. ....  
 Est. Civil .....  
 Doc. ....  
 Nascimento .....  
 Doc. ....

Você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricitista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

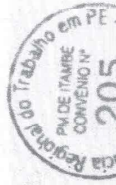
Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

**MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO**  
**CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**



00067

019465

Número

Série

*Edson da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR







**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ**  
Secretaria de Saúde  
UNIDADE MISTA DR. HERCÍLIO DE MORAES BORBA

**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

Idade: 31  
Nº Cartão SUS 709 8090 8836 2697 Data de Nascimento: 01/10/1988  
Nome de Paciente: Dilson da Silva Sexo: M Raça: Pardo  
Estado Civil: Solteiro Nome da Mãe: Maria Joze de S. F. R.  
Endereço: Rua J. F. Branco nº 31 Bairro: Vila  
Cidade: Itambé CEP: \_\_\_\_\_ PSF: 11  
Data do Atendimento: 19/11/2018 Hora da Chegada: 14 h 15 min.

Pré - Consulta: P.A. PESO: PULSO: TEMP. GLICEMIA:

QUEIXA PRINCIPAL: Fratura exposta CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:  
( ) Vermelha ( ) Amarela ( ) Verde ( ) Azul

ENFERMEIRO DA TRIAGEM: 5º gado dactilo (E) Assinatura/Carimbo

QUEIXAS/DIAGNOSTICO: EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO: ⓐ Tixatil 0,5 amp EV - Feito 14:40  
ⓑ Nipirona 0,5 amp EO

DIAGNÓSTICO: PROCEDIMENTO 01: PROCEDIMENTO 03:  
PROCEDIMENTO 02: PROCEDIMENTO 04:

MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA  
2 - INTERNADO

ENCAMINHADO: REMOVIDO:

ÓBITOS ÀS: \_\_\_\_\_ MIN DO DIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA SAÍDA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA DA SAÍDA: \_\_\_\_ H. \_\_\_\_ MIN.

Assinatura do Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_ Assinatura / Carimbo CRM: \_\_\_\_\_





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMBÉ -  
DP49ªCIRC DINTER1/K1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0139001656**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/12/2018 às  
19:55

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 19/11/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITAMBÉ, 01, RUA RODOLFO GOMES FILHO (CENTRO) - Bairro: CENTRO - ITAMBÉ/PERNAMBUCO /BRASIL -** Ponto de Referência: **A RUA DO SRADESCO DE ITAMBÉ**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**DESCONHECIDO (AUTOR - MOENTE / EDSON DA SILVA - VÍTIMA)**

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

**VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDSON DA SILVA**  
**VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a):**  
**DESCONHECIDO**

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

**EDSON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSÉ DA SILVA IRMÃ Pai: NÃO DECLARADO Data de Nascimento: 6/19/1987 Naturalidade: ITAMBÉ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7420036/SDS/PE (RG) Escolaridade: 2ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: SEGURANÇA Telefones Celulares: - 51991517276**

**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ITAMBÉ, , 1 TRAVESSA VIDAL DE NEGREIROS - CEP: 55069-000 - Bairro: CENTRO - ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL, COLEGIO DA VILA**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ND Pai: ND Data de Nascimento: 1/1/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ITAMBÉ, 01, DESCONHECIDO - CEP: 55069-000 - Bairro: CENTRO - ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): EDSON DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): EDSON DA SILVA**  
**Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA HONDA NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO**  
**Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**





Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/3DE1/infopol/xml/BOEPreview.html

Placa: **PGQ7620** (PERNAMBUCO/TAMBE)  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

**CAMINHONETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**Complemento / Observação**

A VITIMA INFORMA QUE SEGUIA NO LOCAL INDICADO QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UMA CAMINHONETE QUE TERIA SAIDO DE FORMA REPENTINA DO ESTACIONAMENTO QUE SE ENCONTRAVA. QUE NÃO CONSEGUIU DESVIAR EM TEMPO, OCASIONANDO UMA BREVE COLISÃO QUE TERIA OCASIONADO A FRATURA DO SEU DEDO MINIMO DO PÉ DIREITO. OBS: QUE FOI APRESENTADO NESTA DELEGACIA DOCUMENTOS DE COMPROVAÇÃO DO SEU ATENDIMENTO E OS PROCEDIMENTOS TOMADOS NO HOSPITAL LOCAL E TAMBÉM DO MIGUEL ARRAES DE PAULISTA.

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

*Edson da Silva*  
**EDSON DA SILVA**  
**(VITIMA)**

**B.O. registrado por: JOSE JOSE DE OLIVEIRA - Matrícula: 319361-8**





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edson da Silva,

RG nº <sup>CTPS</sup> 01465100067, data de expedição \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, Órgão \_\_\_\_\_,

CPF nº 064.136.754-09, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>1ª Travessa Vidal de Negreiros</u>
Número	<u>31</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	
Cidade	<u>Itambé</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55920-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 04 de dezembro de 2018.

Assinatura do Declarante: Edson da Silva





**FICHA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTE E VIOLÊNCIA**

**1- IDENTIFICAÇÃO:** DATA DO ATENDIMENTO: 19/11/2018 HORA DA CHEGADA: 14 H 10 MIN.  
Nº CARTÃO SUS 7091809088362617 DATA DE NASCIMENTO: 09/10/198  
NOME DO PACIENTE: Edson de Silva SEXO: M RAÇA: Parda  
ESTADO CIVIL: Solteiro NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: Rua 10, Trav. Waldemar Nº 51 BAIRRO: Vilas  
PONTO DE REFERÊNCIA DA OCORRÊNCIA: frente do Bradeseo Stanley  
CIDADE: Stanley CEP: \_\_\_\_\_ PSF: Vilas  
Paciente e/ou Responsável: \_\_\_\_\_ Recepcionista: Me. Jose Borges

<b>2- TRIAGEM</b>	<b>P.A.:</b> <u>1000</u>	<b>PESO:</b>	<b>PULSO:</b>	<b>TEMP:</b>	<b>GLICEMIA:</b>
<b>QUEIXA PRINCIPAL:</b> <u>Fratura exposta em dedo mínimo (se dedo) pé E</u>	<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</b> <input type="checkbox"/> Vermelha <input checked="" type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul				
<b>TIPO DE OCORRÊNCIA:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Violência <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outros Especificar: _____	<b>ENFERMEIRO/TRIAGEM</b> <u>Rafaelle Chaves M Pinto</u> Assinatura / Carimbo <b>COREN-PB/PE-256214 - ENF</b>				

- 3- Local da Ocorrência:**  Via Pública  Domicílio  Trabalho **4- Condição do Paciente:**  Consciente  Inconsciente  óbito  
**5- Meio de Locomoção até a Unidade:**  Veículo part.  Viatura Policial  SAMU  Ambulância  A pé  Outro: \_\_\_\_\_  
**6- Tipo de Vítima:**  Pedestre  Condutor  Passageiro  Pessoa Conduzida em local Inadequado **7- Uso de Capacete:**  Sim  Não  
**8- Meio de Locomoção da Vítima:**  Automóvel  Moto  Bicicleta  A pé  Outro: \_\_\_\_\_ **9- Uso de Cinto:**  sim  Não  
**10- Modo do Trauma:**  capotamento  Ejeção  Impacto frontal  Impacto Lateral  impacto traseiro **11- Hálito Etilico:**  sim  não  
**12- Natureza do Acidente:**  Colisão/Abalroamento  Tombamento ou Capotamento  Choque c/Objeto Fixo  Queda em/do veículo  
 Atropelamento  Ignorado  Outro: \_\_\_\_\_ **13- Queda:**  Própria Altura  Outra Altura: \_\_\_\_\_ m  
**14- Intoxicação:**  Álcool  Drogas Ilícitas: \_\_\_\_\_  Exógena: \_\_\_\_\_  Animais Peçonhentos \_\_\_\_\_  
**15- Agressão:**  Arma de fogo  Arma Branca  Agressão Física  Suspeita de Abuso Sexual  Outros: \_\_\_\_\_

**16 - História Clínica Atual, Evolução e Conduta Médica:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**17 - Evolução em Até 12 horas do Atendimento no Serviço:**  
 Alta  Encaminhamento Ambulatorial  Internação Hospitalar  
 Transferência para Outra Unidade de Saúde  Evasão ou Fulga  Óbito

Assinatura e Carimbo Médico

**18 - Regulado/ Transferido para:** \_\_\_\_\_  
Data da Transferência: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora da Transferência: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min **19- Técnico:** \_\_\_\_\_  
Assinatura / Carimbo







**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

UNIDADE MISTA DE ITAMBÉ

guilhermina 5559980

Encaminhamento de: Itambé Para: Miguel Araoz  
Nome: Edson da Silva Família Nº: \_\_\_\_\_

Consulta Médica  Serviço Complementar  Hospitalização

Motivo: paciente com protrusão do pé de quinto  
metatarso de p. (5)

Último Tratamento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura

19 / 11 / 18

Data

Retorno de: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Família Nº: \_\_\_\_\_

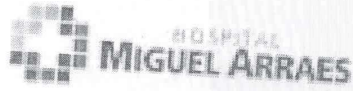
Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Orientação: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura

Data





## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: EDSON DA SILVA REG: 120470

IDADE: 31 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO 19/11/2018

DATA DA ALTA 20/11/18

DIAGNÓSTICO:

Lesão exposta IFP de PDD

### TRATAMENTO REALIZADO:

Limpeza cirúrgica + Redução + sutura

### ORIENTAÇÃO:

- Agendar retorno ao Ambulatório de ortopedia com 15 dias
- Realizar 5 dias 6/6 horas por 14 dias
- Não trazer sutura até retorno Ambulatório
- Paracetamol 1000mg e celecoxib 200mg a/cp de até 8 dias se dor intensa

### PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO  SIM  NÃO ( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

Dr. Filipe Guedes  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 29.009

+ Dr. Filipe Belfort

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM





JUNTADA DE PETIÇÃO REQUERENDO INCLUSÃO CNPJ DAS DEMANDADAS (ANEXO)



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE RECIFE – PE.

PROCESSO Nº: 0116684-44.2018.8.17.2001

Seção B

**EDSON DA SILVA**, já devidamente qualificado nos autos da ação em epígrafe, movida contra **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, já devidamente qualificadas nos autos da ação em epígrafe, vem requerer a Vossa Excelência a retificação das partes Demandadas, para que sejam incluídos os seus CNPJ, quais sejam: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**: 09.248.608/0001-04 e **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, CNPJ 60.831.344/0001-74.

Nestes Termos,

Pede deferimento.

Recife, 10 de dezembro de 2018.

**RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI**

**OAB-PE 31915**

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade  
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 – Fone: (81) 3204.4039  
E-mail: renatomalheiros@outlook.com

