

## INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

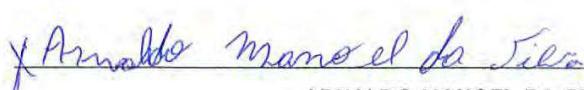
**OUTORGANTE: ARNALDO MANOEL DA SILVA**, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob o nº 021.114.434-76 portadora da cédula de identidade nº 55.451.353-5 SSP-SP, com endereço na Rua João Batista Ramos nº 58 -Centro- Orobó- PE - Cep. 55.745-000.

**OUTORGADOS: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERS ON VILAR DE LIMA**, advogados, portadores, respectivamente, da **OAB/PE n. 22.362, 28.570**, ambos com endereço profissional na Avenida Governador Agamenon Magalhães, nº 4318, sala 1510 - Paissandú - Recife - PE - Cep. 50070-160 - Fone: (81) 3445.0715.

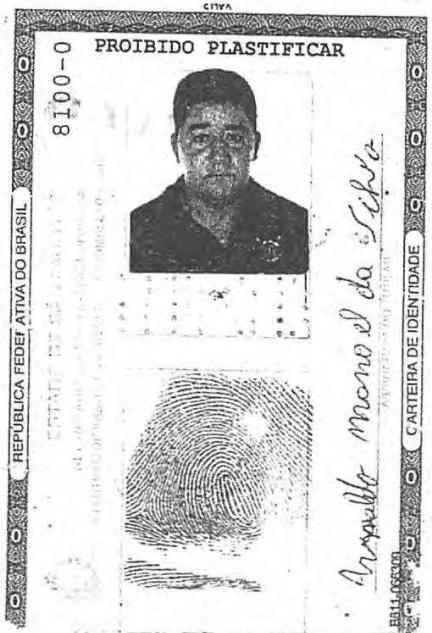
**PODERES:** Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

**CONTRATO DE HONORÁRIOS:** Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar ao **OUTORGADO** o percentual de **30 % (trinta por cento)** sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

Orobó-PE, 30 de Abril de 2018.

  
\_\_\_\_\_  
ARNALDO MANOEL DA SILVA  
Outorgante









**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 117ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOM JARDIM - DP117ªCIRC  
DINTER1/16ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17E0207000844**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/12/2017** às **13:10**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **16/10/2017** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, PE-88** - Bairro: **ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PERDA DO NAVIO**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**JOSÉ VITOR DA SILVA (AUTOR \ AGENTE )**  
**ARNALDO MANOEL DA SILVA (VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ VITOR DA SILVA**

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

**JOSÉ VITOR DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA HERMELINDA DA SILVA**  
Pai: **JOAO MANOEL DA SILVA** Data de Nascimento: **22/5/1992** Naturalidade: **OROBO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8408733/SDS/PE (RG), 09387049400 (CPF), 05717513717 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)**  
Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ALMOXARIFE** Motivo da Viagem: **OUTROS**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE OROBO, 32, RUA JOÃO BATISTA RAMOS - CEP: 55730000 - Bairro: CENTRO - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A CRECHE**

**ARNALDO MANOEL DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA JARDELINA DA CONCEIÇÃO** Pai: **MANOEL FRANCISCO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/3/1976** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PARAIBA / BRASIL** Documentos: **554813636/SSP/SP (RG), 02111443476 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)**  
Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Motivo da Viagem: **OUTROS**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BOM JARDIM, 21, RUA ALTO SÃO JOSÉ - CEP: 55730000 - Bairro: CENTRO - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A CHICO CALÇADOS**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ VITOR DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ VITOR DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

Placa: **PEX9880** (PERNAMBUCO/OROBO) Renavam: **357594320** Chassi: **9C2KC1670CR403449**  
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

05/10/2017 10:3



Complemento / Observação

**RELATA O SENHOR JOSE VITOR DA SILVA, QUE NO DIA E HORA JÁ MENCIONADOS, CONDUZIA SUA MOTOCICLETA JA CARACTERIZADA, PELA RODOVIA PE 88, NA ALTURA DO SITIO PEDRA DO NAVIO, NESTE MUNICÍPIO, NO SENTIDO ENCRUZILHADA/BOM JARDIM, TRANSPORTANDO NA GARUPA A PESSOA DE ARNALDO MANOEL DA SILVA, QUANDO FOI DESVIAR DE UM BURACO NA RODOVIA, FAZENDO UMA MANOBRA BRUSCA, PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEICULO CAINDO AS MARGENS DA RODOVIA, CAUSANDO LESOES NOS DOIS OCUPANTES E DANOS NA MOTOCICLETA. INFORMA AJNDA, QUE ARNALDO VARGAS, NA CAPITAL PERNAMBUCANA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA UNIDADE FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL LOCAL E EM SEGUIDA REMOVIDO AO HOSPITAL GETULIO POLICIAL, QUE ANEXA AO BO.**

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

**JOSÉ VITOR DA SILVA  
(AUTOR / AGENTE)** *X José Vitor da Silva*

**ARNALDO MANOEL DA SILVA  
(VITIMA)** *X Arnaldo manoel da Silva*

B.O. registrado por: **JOSÉ IGLÉSIO CAMPOS DE MORAIS** - Matrícula: **134881-7**



  
 PREFEITURA DO  
**BOM JARDIM**

127

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR**

Secretaria Municipal de Saúde

**SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO**

Data / 10 - 10 - 17	Hora 17:32	Registro 5498 35
Nome completo da vítima		Referência
Alto de São José		
Sexo	Cidade <u>Castanhal</u> BA	
ade 41	Cor	Profissão
Responsável		
Responsável		Fone:
Residência 24 - 03 - 1976		
CEP 65000-000 - BOM JARDIM - PB		

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
TODO	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Capotagem	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado

AGRESSÃO

OR	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma Branca	<input type="checkbox"/> Escapamento	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
TODO	<input type="checkbox"/> Assalto Briga	<input type="checkbox"/> Ação Policial	<input type="checkbox"/> Agressão Sexual	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado

ACIDENTE DE TRABALHO

RIGEM	<input type="checkbox"/> Construção Civil	<input type="checkbox"/> Indústria	<input type="checkbox"/> Agricultura	<input type="checkbox"/> Comércio	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
-------	---	------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO

<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Queda de Nível	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---	--------------------------------	-----------------------------------

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

<input type="checkbox"/> Intoxicação Acidental	<input type="checkbox"/> Queda Acidental	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Queimaduras	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
--	--	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

LOCAL DE OCORRÊNCIA

<input checked="" type="checkbox"/> Via Pública	<input type="checkbox"/> Deserto	<input type="checkbox"/> Ambiente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Escola	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
---	----------------------------------	---	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

EXAMES

*(Assinatura)*

CADASTRO FÍSICO

PA	PC	PULSO	TEMPERATURA
----	----	-------	-------------

PÓTÉSE DIAGNÓSTICA

*(Assinatura)*

DOCUMENTOS

<i>(Assinatura)</i>	CÓDIGO
---------------------	--------



HOSPITAL

# Getúlio Vargas

Av. General San Martin, s/n, Cordeiro, Recife/PE

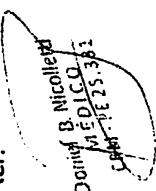
**ARNALDO MANOEL DA SILVA**

REG.: 488045

## SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA -----20 SESSÕES  
PARA GANHO DE ADM EM MÃO DIREITA

ACF.



Dr. Nicolleto  
Domingo 25/3/17

6/11/17





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

H O S P I T A L

**Getúlio Vargas**

Av. General San Martin, s/n, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

para os devidos fins que o paciente **ARNALDO MANOEL DA SILVA** internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumato-ortopedia, 10/17 ao dia 16/11/17, para tratamento médico-hospitalar. Necessita (QUINZE) dias de afastamento das atividades habituais, para juir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CID 10:S62.7

16/11/17

Daniel B. Nicollotti  
M.B.O.C.O.  
M.B.E.P.F.33V  
CRM - PE 25.311

Recife, 16/11/17

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente **ARNALDO MANOEL DA SILVA**, esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumato-ortopedia, de 18/07/17 ao dia 16/11/17 para tratamento médico-hospitalar. Patologia CID 10: **S62.7**

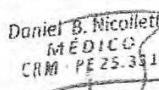
Deixo a cargo de o **MÉDICO PERITO** avaliar questões trabalhistas e afins.

Daniel B. Nicollotti  
M.B.O.C.O.  
M.B.E.P.F.33V  
CRM - PE 25.311



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas

SUMÁRIO DE ALTA

NOME:	ARNALDO MANOEL DA SILVA			02 (DUAS) VAS				
NOME DA MÃE:				CARTÃO SUS:				
CLÍNICA:	ORTOPEDIA	ENFERMARIA:	01	LEITO:	04	Nº DO REGISTRO: 492045		
DATA DE NASCIMENTO:		IDADE:	41	PESO:		ALTURA:		SEXO: F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <i>FRATURA EXPUESTA DE F2 EM 32 QDD + FRACTURA FEMORAL DE</i>								
COMORBIDADE: <i>F2 DE 43 A 52 QDD.</i>								
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>INTERVIMENTO DE F2 CAVOICO</i>								
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):								
DATA DA INTERNAÇÃO: 16/10/17		DATA DA ALTA: 10/11/17		DIAS DE INTERNAÇÃO: _____				
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:				CID:		CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO		
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL				MATRÍCULA		
1	CIRURGÃO							
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO							
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO							
4	ANESTESISTA							
5	CLÍNICO							
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS								
<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/>	HEMODIÁLISE	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/>	USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/>	USO DE OXIGÉNIO	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)								
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS REALIZADOS								
<i>16/10/17 LMC4 REVISÃO MEDICA + AGENDA DE CT FIC K. 20 10 QDD + SURGICAL TACO MEDICO RADIOPAQUIA ACCORD CON SANTO DE CONSOLACION ESTAD.</i>								
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:								
<i>CEFALOMIA + DORTONÍAS</i>								
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:								
<i>O MESES INICIAIS.</i>								
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:								
<i>BEM CONVOCES</i>								
MOTIVO DA ALTA:		<input type="checkbox"/> CURADO	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA	ÓBITO:			
		<input type="checkbox"/> OUTROS			<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> SVO	<input type="checkbox"/> BO:	
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO):								
<i># REGISTRO 04 DIA 10/11/17</i>								
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente								
<i># FISIOTERAPIA + DIA 05/11/17 08:00 - # REFORÇO 38 ANTES DE SAIR.</i>								
<i>16/11/17.</i>								
								



Sexta Série 28

PREFEITURA DO  
**BOM JARDIM**

Nome: Annales M. da Silva

Endereço: 91323

Exame:

As ordens (H&C)

O Exame, nomeado

Exame de sangue

Estado: PE - Rio Grande do Norte

Local: Rio Grande do Norte

Assinatura: Dr. Miguel Alves

Medico

Bom Jardim, 16/12/18

