

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

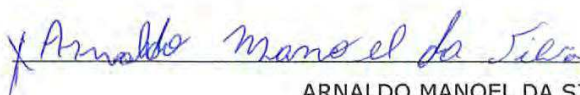
OUTORGANTE: ARNALDO MANOEL DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob o nº 021.114,434-76 portadora da cédula de identidade nº 55.451.353-5 SSP-SP, com endereço na Rua João Batista Ramos nº 58 -Centro- Orobó- PE - Cep. 55.745-000.

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8100-0

PROIBIDO PLASTIFICAR

Manoel da Silva

BB11-00010

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

55.451.353-5

05/NOV/2011

ARNALDO MANOEL DA SILVA

MANOEL FRANCISCO DA SILVA

E JOSEFA JARDELINA DA CONCEIÇÃO

CARAUAS - PB

21/MAR/1976

OROBÓ-PE

OROBÓ

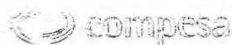
CC XLV.B007/FLS. 0206/N. 002206

021114434/76

177-Delegado Titular

Roberto Moreira do Carmo IRGCD SSPSP

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



INSC. EST. Nº 18.1.001.0014386-7

ATENDIMENTO: RUA MANOEL SILVESTRE DA MATA RIBEIRO - NUM. - 0
0037 - CENTRO OROBO PE 55745-000

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 16453633 Out/2017
JOSEFA JARDELINA DA SILVA
R JOAO BATISTA RAMOS, N. 0058 - CENTRO OROBO PE 55745-000
INSCRIÇÃO: 097.310.590.0000.133 GRUPO: 9 DEB. AUTOMÁTICO: 016453633
SITUAÇÃO AGUA SITUAÇÃO ESGOTO QUANTIDADE DE ECONOMIAS
RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PUBL.
LIGADO POTENCIAL
HIDROMETRO DATA LEIT. ANTERIOR DATA LEIT. ATUAL TIPO DE CONSUMO
Y10N465608 04/10/2017 04/11/2017 REAL

AGUA:
LEIT ANT: 1074 CONSUMO: 8
LEIT ATU: 1082
LEIT FAT: 1082

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

09/2017 23
08/2017 06
07/2017 09
06/2017 13
05/2017 13
04/2017 14
MEDIA: 13

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	14	14	10
COR APARENTE	14	14	8
CLORO RESIDUAL	14	14	14
COLIF. TOTAIS	14	14	14
E. COLI	14	14	14

Qualidade de Agua: www.compesa.com.br

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

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	8 M3	40,18
MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2017		2,05

VENCIMENTO: 14/11/2017 TOTAL A PAGAR: 42,23

MENSAGEM:

compesa
ATENDIMENTO 1800-0810195
VIAZAMENTOS 1800-0810195
MATRÍCULA
VENCIMENTO: 14/11/2017
TOTAL A Pagar
82830000000-7 42230018097-3 016453633





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 Nº. **17E0207000844**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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: **884813836/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**



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 AINDA, QUE ARNALDO FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL LOCAL E EM SEGUIDA REMOVIDO AO HOSPITAL GETULIO VARGAS, NA CAPITAL PERNAMBUCANA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA UNIDADE POLICIAL, QUE ANEXA AO BO.

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

JOSÉ VITOR DA SILVA
(AUTOR \ AGENTE)

Jose Vitor da Silva

ARNALDO MANOEL DA SILVA
(VITIMA)

Arnaldo Manoel da Silva

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



HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR
Secretaria Municipal de Saúde
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

DATA 10-10-17	HORA 17/32	Registro 3498 35
NOME Arnaldo Jurel da Silva		Referência
Endereço Alto do São José		
Idade 41a	Sexo M	Cidade Bom Jardim RJ
Responsável Arnaldo Jurel da Silva		Profissão
Identidade Responsável		Fone:
Inscrição 22-03-1976		

DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

☒ 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
TIPO	<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
TIPO	<input type="checkbox"/> Assalto Briga	<input type="checkbox"/> Aço 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"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Ambiente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Escola	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
---	------------------------------------	---	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

LEIXAS

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.

EXAME FÍSICO

| | | | |
|----|----|-------|-------------|
| PA | FC | PULSO | TEMPERATURA |
|----|----|-------|-------------|

DIAGNÓSTICO

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.

EXAME DE LABORATÓRIO

| | |
|---|--------|
| 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. | CÓDIGO |
|---|--------|





HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

PAZ: ARNALDO MANOEL DA SILVA

REG.: 488045

SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA

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

Daniel B. Nicolletti
MÉDICO
CRM-PE 25.382

6/11/17



ATESTADO MÉDICO

para os devidos fins que o paciente **ARNALDO MANOEL DA SILVA** internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatismo-ortopedia, em 16/11/2017, para tratamento médico-hospitalar. Necessita (QUINZE) dias de afastamento das atividades habituais, para seguir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CID 10: S62.7

16/11/17

Daniel B. Nicoletti
MÉDICO
CRM - PE 25.331




DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente **ARNALDO MANOEL DA SILVA**, esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatismo-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. Nicoletti
MÉDICO
CRM - PE 25.331

Recife, 16/11/17

| | | | |
|---|---|---|--|
| Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas | | 
SUMÁRIO DE ALTA | |
| NOME: ARNALDO MANOEL DA SILVA | | 02 (DUAS) VIAS | |
| NOME DA MÃE: | | CARTÃO SUS: | |
| CLÍNICA: ORTOPEDIA | ENFERMARIA: 01 | LEITO: 04 | Nº DO REGISTRO: 482043 |
| DATA DE NASCIMENTO: | IDADE: 41 | PESO: | ALTURA: SEXO: <input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/> |
| MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
FRATURA EXPOSTA DE F2 EM 32 QDD + FRACTURA PERCUTANEE DE | | | |
| COMORBIDADE: F2 DE 42 A 52 QDD | | | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTUBAMENTO IV TPO CIRURGICO | | | |
| PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): | | | |
| DATA DA INTERNAÇÃO: 16, 10, 12 | | DATA DA ALTA: 16, 11, 12 | |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: | | CID: | CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO |
| CÓD. | EQUIPE | NOME DO PROFISSIONAL | |
| 1 | CIRURGIÃO | | |
| 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 OXIGÊNIO | <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 TERAPÊUTICOS REALIZADOS
16/10/12: LMC + RESPOSTA INTERMEDIÁRIA - RESPOSTA DE 01 FC K. 21
12 QDD + SURTIU TALA MÉDICA RIGOROSA RESPOSTA DE 01 FC K. 21
DE CONDUTAS CLÍNICAS | | | |
| MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:
Cefalotina + Sulfametoxazol | | | |
| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:
01 MESSO INICIAL | | | |
| CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:
BOMAS CONDUTAS | | | |
| MOTIVO DA ALTA: <input type="checkbox"/> CURADO <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA | | ÓBITO: <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO: | |
| <input type="checkbox"/> OUTROS | | | |
| ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO):
RETORNO COM 04 DIAS AO AMBULATÓRIO DE 01 TALA FRONTAL | | | |
| OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente
FICHA DE ALTA + 02 DIAS MÉDICA RESPOSTA
RETORNO SE NECESSÁRIO | | | |
| 16, 11, 12
<div style="text-align: right;">Daniel B. Nicolletti
MÉDICO
CRM PE 25.351</div> | | | |

Sessão 5278428



PREFEITURA DO
BOM JARDIM

Nome: Antonio Moura de Jesus

Endereço: 9/933

RECEITUÁRIO

Exame de urina

As amostras (HGB)

O exame, realizado em

data de 16/12/2017

com o resultado de

Saída: 98% de 90 (14014)

Exame de urina

100% de 90 de 90

por (E)

Bom Jardim, 16/12/2017

Dr. Miguel Kleber
Médico
Médico

