

**INSTRUMENTO PROCURATÓRIO**

**OUTORGANTE:** Jose William Alves, Brasileiro, Solteiro, Agricultor, inscrito no CPF: 107.550.264-03, portador da cédula de identidade nº 8.869.606 SDS/PE, Sítio Caibas, Capoeiras-PE, CEP: 55365-000.

**OUTORGADOS:** EWERSON VILAR DE LIMA, brasileiro, casado, advogado, portador, respectivamente, da OAB-PE 28.570, com endereço profissional na Avenida , endereço eletrônico: evl.advogado@yahoo.com.br

**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.

**DECLARAÇÃO DE POBREZA:** Eu Jose William Alves, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

Recife, 10 de Maio de 2019.

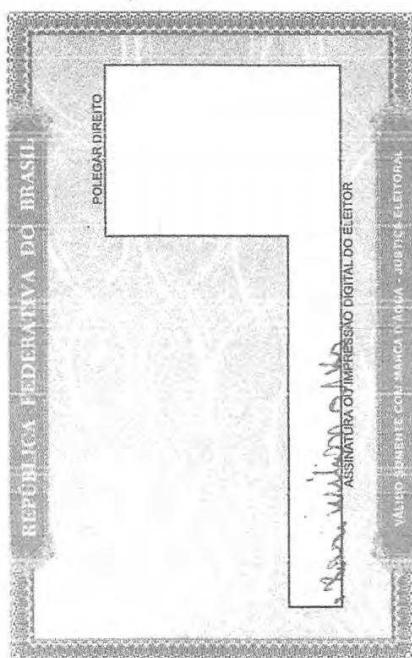
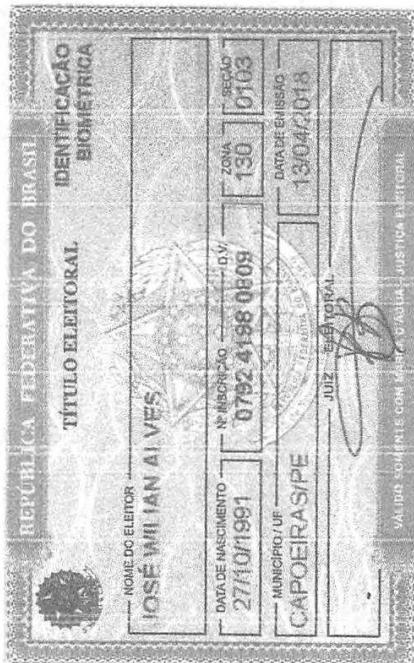
Outorgante/Declarante

x Jose William Alves

1

*Ministro*





Assinado eletronicamente por: EWERTON VILAR DE LIMA - 01/08/2019 15:51:16  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080115511602100000047895703>  
Número do documento: 19080115511602100000047895703

Num. 48643068 - Pág. 2

01/08/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(/)

Buscar no site

A COMPANHIA SEGURADO DPVAT PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados. O parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3180292375 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA JOSE WILIAN ALVES**

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE SEGURADORA S/A

**BENEFICIÁRIO** JOSE WILIAN ALVES

**CPF/CNPJ:** 10755026403

**Posição em 01-08-2019 12:56:22**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

**Data do Pagamento:** XX/XX/XXXX

**Valor da Indenização:** R\$00.000,00

**Juros e Correção:** R\$00.000,00

**Valor Total:** R\$00.000,00

**Data do Pagamento** **Valor da Indenização** **Juros e Correção** **Valor Total**

19/12/2018 R\$ 2.362,50 R\$ 0,00 R\$ 2.362,50

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
11/12/2018	Interrupção de Prazo	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/b_yphqsqrjMnU3FqIQ1Tapi_key=X3ndwUbwtb34EZmjpkEBcxvQcxISLqB3KHJ8xo_pUhM=">Download</a>
28/11/2018	Exigência Documental	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/0I1Ldwqe6xGb3h0itOVk3vapi_key=X3ndwUbwtb34EZmjpkEBcxvQcxISLqB3KHJ8xo_pUhM=">Download</a>
15/08/2018	Exigência Documental	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/uwNI1Cv1Qshevs+uUu2a7A=api_key=X3ndwUbwtb34EZmjpkEBcxvQcxISLqB3KHJ8xo_pUhM=">Download</a>





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 164ª CIRCUNSCRIÇÃO - VENTUROSA -  
DP164ªCIRC DINTER2/19ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0254000068**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/02/2018** às  
**17:40**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL - Culposo (Consumado) que  
aconteceu no dia 17/2/2018 às 07:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE VENTUROSA, 8861, BR-424, KM  
47, SERRA DO TARÁ - Bairro: CENTRO - VENTUROSA/PERNAMBUCO  
/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

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

GERALDO (OUTRO)  
ROBERVAL JOSE DA SILVA (OUTRO)  
ROGERIO REGINALDO DA SILVA (OUTRO)  
JAILSON JOSE DE OLIVEIRA (OUTRO)  
JOSE WILLIAN ALVES (OUTRO)  
W.D.O.S. (Menor de Idade) (VITIMA)  
CICERO FRANÇA DE ALMEIDA (VITIMA)



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

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)  
Sr(a): JAILSON JOSE DE OLIVEIRA

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

**W.D.O.S. (Menor de Idade) (não presente no plantão) - NIC: 000000 Sexo:  
Masculino/Mae: ANALZA MARIA DE OLIVEIRA SILVA Pai: JAILDO RIBEIRO DA SILVA  
Data de Nascimento: 7/9/2000 Naturalidade: GARANHUNS / PERNAMBUCO / BRASIL Estado  
Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AJUDANTE DE CAMINHÃO  
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CAPOEIRAS, 0001, SÍTIO CARAIBAS, ZONA RURAL -  
CEP: 88666-000 - Bairro: CENTRO - CAPOEIRAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**CICERO FRANÇA DE ALMEIDA (não presente no plantão) - NIC: 000000 Sexo:  
Masculino/Mae: MARIA FRANCISCA DE ALMEIDA Pai: JULIO FRANÇA DE ALMEIDA Data  
de Nascimento: 20/12/1974 Naturalidade: CAPOEIRAS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
10403834/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AJUDANTE DE CAMINHÃO  
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CAPOEIRAS, 0001, SÍTIO CARAIBAS, ZONA RURAL -  
CEP: 88666-000 - Bairro: CENTRO - CAPOEIRAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

02/03/2018 09:35



**GERALDO** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de Nascimento: 1/1/1985  
 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Profissão: AJUDANTE DE  
**CAMINHÃO**  
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CAPOEIRAS, 0001 - CEP: 56900-000 - Bairro:  
**CENTRO - CAPOEIRAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ROBERVAL JOSE DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  
**MARIA CECILIA DA SILVA** Pai: **REGINALDO JOSE DA SILVA** Data de Nascimento: 27/6/1982  
 Naturalidade: CAPOEIRAS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9740262/SDS/PE (RG)  
 Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A)  
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CAPOEIRAS, 48, RUA CINCO, COHAB - CEP:  
 66000-000 - Bairro: CENTRO - CAPOEIRAS/PERNAMBUCO/BRASIL

**ROGERIO REGINALDO DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo:  
 Masculino Mãe: MARIA CECILIA DA SILVA Pai: REGINALDO JOSÉ DA SILVA Data de  
 Nascimento: 20/11/1990 Naturalidade: CAPOEIRAS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
 9387306/SDS/PE (RG) Profissão: AGRICULTOR(A)  
 Endereço Residencial: RUA JANUARIO GUIMARAES, 56 - CEP: 0 - Bairro: **CENTRO - CAPOEIRAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JAILSON JOSE DE OLIVEIRA** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  
**MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA** Pai: NÃO DECLARADO Data de Nascimento: 1/1/1982 Naturalidade:  
 NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Profissão: AJUDANTE DE CAMINHÃO  
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CAPOEIRAS, 0001 - CEP: 56900-000 - Bairro:  
**CENTRO - CAPOEIRAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSE WILLIAN ALVES** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA  
 EUPRAZINA Pai: NÃO DECLARADO Data de Nascimento: 1/1/1982 Naturalidade: NÃO  
 INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CAPOEIRAS, 0001 - CEP: 56900-000 - Bairro:  
**CENTRO - CAPOEIRAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**CAMINHÃO (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON JOSE DE OLIVEIRA**  
 Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/FORD/CARGO** Objeto apreendido: **NBB**  
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **BPK0757** (PERNAMBUCO/CAPOEIRAS) Renavam: **179057984** Chassi: **M34QDR00734**  
 Combustível: **DIESEL**  
 Descrição: **VEICULO EM NOME DE JOÃO BATISTA LEANDRO BAHIA**

Complemento / Observação

ESTE POLICIAL TOMOU CONHECIMENTO ATRAVÉS DE LIGAÇÃO TELEFÔNICA DA  
 PMPE, QUE HOUVERA UM ACIDENTE NA SERRA DO TARÁ, APÓS DESLOCAMENTO AO  
 LOCAL, CONSTATEI A VERACIDADE DO FATO, ONDE UM CAMINHÃO FORD QUE  
 TRAFEGAVA NO SENTIDO GARANHUNS/VENTUROSA HAVIA PERDIDO O CONTROLE  
 NUMA CURVA E CAPOTADO, VITIMANDO SETE PESSOAS, SENDO QUE DUAS  
 FALECEERAM NO LOCAL, OS OUTROS CINCO FERIDOS FORAM SOCORRIDOS PARA O  
 HOSPITAL DE GARANHUNS. OS CORPOS DAS VITIMAS FATAIS (WESLLY DE OLIVEIRA  
 SILVA E CÍCERO FRANÇA DE ALMEIDA) FORAM ENCAMINHADOS AO IML DE  
 CARUARU.

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

B.O. registrado por: **JOSE ADRIANO ALVES** - Matrícula: **221754-6**



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

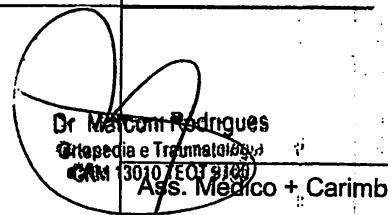
RX TORAX P+ + coluna cervical toracica  
RX DO PAVIMENTO E AD + A  
RX PERNA D apta.

Resultado dos Exames:

RX Baixa SI

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:



Indicação Cirúrgica: Sim  Não  Motivo:

Ass. Enfermeira + Carim

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento  Cirurgia  Óbito  Termo de Alta a pedido  Evadiu-se

Transferido para: / / / / /

Internado na Clínica:

Condição da Alta:

- |                                     |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Curado     | <input type="checkbox"/> Melhorado |
| <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> Piorado   |
| <input type="checkbox"/> Óbito      |                                    |

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data:

/

Hora:

#### Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_

Nº da Identidade: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_

Nº da Identidade: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_





**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS/PE**  
**SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**



## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

### FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
----------------	----------	---------	-------	------

Nome:	<i>José Willian Alves</i>	Idade: 26	
Situação/Queixa:	<i>Início em MTD + MJP + colisão carro.</i>		

#### PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
Doenças Preexistentes:			<i>Sfma.</i>
Medicações em uso:			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			

#### PARÂMETROS

PA:	P:	R:	T:	SpO2:	HGT:	Peso:	Glasgow: 10
-----	----	----	----	-------	------	-------	-------------

#### RÉGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	GRAVE
------	----------	-------

ACIDENTE DE TRABALHO  SIM  NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calmo
Agitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Cianose
Palidez	Sudorese		

#### DOR TORÁXICA

INTENSA	MODERADA	LEVE
---------	----------	------

Duração da dor:

Localização:

#### IRRADIAÇÃO DA DOR

Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdôme
---------	---------	----------	-----------	-----------------	--------

#### DOR PRESENTE

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA
------------	--------------	----------------

Fluxograma:

Data: *17/02/18*

*open*

*open*

*Suzete C. S. Lima de Oliveira  
COHEN/PE 304.529*



# SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

### RESUMO DE ALTA

Nome: Jon William Alves

Prontuário: 316003

Data: 27 / 03 / 18 Hora: \_\_\_\_\_

#### DIAGNÓSTICO:

Fratura de tornozelo E

#### AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Alta hospitalar sob supervisão do Dr. Julio. Foi orientado e informado a retornar ao ambulatório de ortopedia.

#### TRATAMENTO REALIZADO:

Osteossíntese com placa + parafuso

Alta Hospitalar: Data: 27 / 03 / 18

Hora: \_\_\_\_\_

HRA  
Data: 27/03/18  
Hora: 11h  
Dr. Patrioty

jose alberto de o. filho  
Médico  
CRM-PE 26684  
CRM-SP 33925  
Ass. do Médico e CRM  
Carimbo



**Dr. Fred Veras**  
Reumatologia  
CRM 6688-PE CPF 129.098.314-34

José Willian Alves

Paciente vítima de acidente de trânsito por capotagem no dia 17 de fevereiro de 2018 em –BR – 424- Venturosa – PE deu entrada no Hospital Municipal local e transferido para Hospital Dom Moura – Garanhuns – PE onde recebeu atendimento médico para tratamento cirúrgico fratura tornozelo D e perna D e de trauma torácico recebendo alta hospitalar 27 de março de 2017 e encaminhado com orientação de continuar tratamento médico ambulatorial de onde recebeu alta definitiva permanece sob controle ambulatorial que devido a complexidade do quadro esta em tratamento por tempo indeterminado, tendo realizado acompanhamento fisioterápico concomitante.

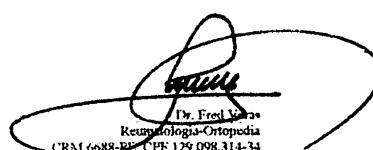
Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, tem o paciente apresentando-se com sequela fratura do tornozelo D e perna D submetido a tratamento cirúrgico com edema regional +++, semi congelamento do tornozelo D com perda de 70% para flexão dorsal 65% para flexão plantar e de 70% para as rotações., e sequela de trauma torácico com déficit de 20% de flexão extensão do tronco.

Paciente como se apresenta ao exame físico de hoje, e exclusivamente hoje, podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo com o passar dos dias e sendo de reservado prognóstico

**PS: quadro clínico descrito ao um retrato do que o paciente apresenta ao físico exclusivamente do dia de hoje, podendo variar caso à caso com o passar dos dias.**

Atenciosamente

Afogados da Ingazeira, 19 de junho de 2018



Dr. Fred Veras  
Reumatologia-Ortopedia  
CRM 6688-PE CPF 129.098.314-34

Av. Aparecido Veras 411, Centro, Afogados da Ingazeira PE – Fone 87 38381304



Assinado eletronicamente por: EWERTSON VILAR DE LIMA - 01/08/2019 15:51:16  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080115511602100000047895703>  
Número do documento: 19080115511602100000047895703

Num. 48643068 - Pág. 10