

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: PEDRO JOSE DA SILVA, brasileiro, solteiro, caseiro, inscrito no RG de nº. 6.186.739, expedido por SDS/PE, CPF de nº. 612.310.104-87, residente e domiciliado na Rua Carapicho, nº 16, Zona Rural, Goiana-PE, CEP 53000-000.

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Sala 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com.

PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicium", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desanovar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda subestabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Recife, 19 de Dezembro, 2019

Pedro Peres da Silva
Outorgante



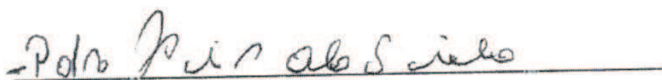
TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU, **PEDRO JOSE DA SILVA**, brasileiro, solteiro, caseiro, inscrito no RG de nº. 6.186.739, expedido por SDS/PE, CPF de nº. 612.310.104-87, residente e domiciliado na Rua Carrapicho, nº 16, Zona Rural, Goiana-PE, CEP 53000-000. Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

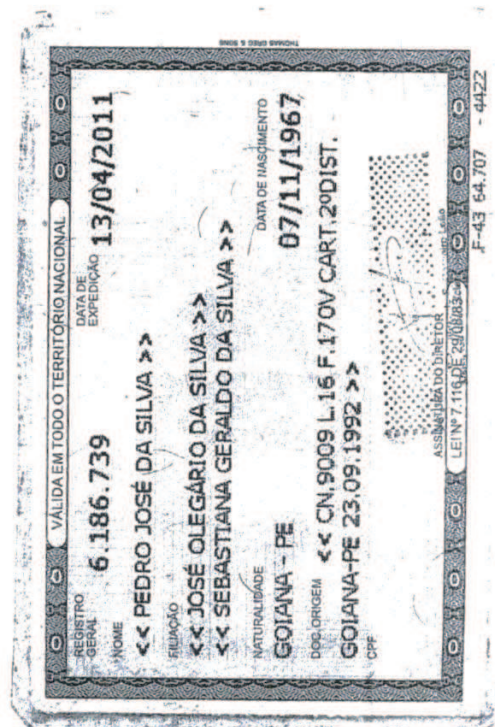
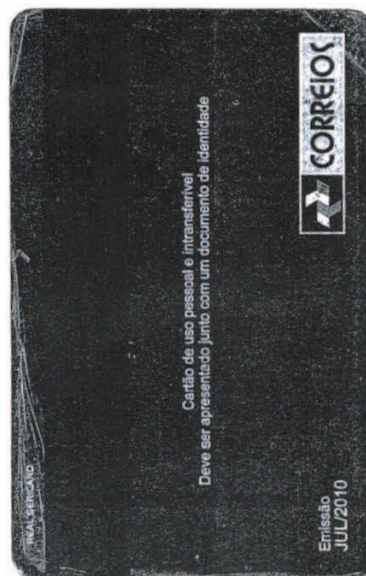
E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

Recife, 19 de Dezembro de 2019.



Assinatura







**SAMU
192**

**PREFEITURA DE
GOIANA**
Secretaria Municipal de Saúde



SECRETARIA DE SAÚDE DE GOIANA

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SAMU 192 - GOIANA

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Atendendo Pedro Gomes da Silva ao requerimento do Sr. (a):

RG: 0.180.734 CPF: 010.310.104-87, constam em nossos arquivos a ocorrência de nº 309274 do dia 14 de Agosto de 2017, onde o mesmo foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU/GOIANA por volta das 15 horas e 00 minutos, vítima de Queda de Moto. A Ocorrência aconteceu no (a) DE-45, onde após os cuidados, a vítima foi removida para

Hospital de Restauração

Flávia Virginia Borges da Silva
CPF: 031.024.284-36

Coordenação de Enfermagem

Goiana, 11 de Dezembro de 20 17



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 850232

Nome: PEDRO JOSÉ DA SILVA

Foi atendido às 22 hs. do dia 20/08/17

Diagnóstico Provável: HIST. DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM FRATURA CRO
(E) E MAXILA (E).

Tratamento Realizado: 1 - 1 ACTA BMF
2 - 2 ACOMP. AMBULATORIAL
PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO
QUIRÚRGICO EM OUTRO SERVIÇO.

Observação: COMPARECER AO HOSP. OSWALDO
CRUZ, AMBULATÓRIO GERAL, SALO DIS
OU 014, DIA 21/08/17

Cópia de:

Dra. Natália Siqueira
Cirurgia - Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
Residente HUOC/FOP/UPE
CRM-PE-11328
Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE AREIAS

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de comprovação, que estamos entregando cópia xerox da ficha de atendimento médico do paciente Pedro Jose da Silva sob o nº2017/EB000179 no dia 31/08/2017.

Recife, 20 de Outubro de 2017.

Hospital Geral de Areias
Ana Rosa de Andrade Lima
Gerente de Contas Médicas - SAME
M.E. 0581179
ANA ROSA DE ANDRADE LIMA

GERENTE DO SAME

Av. Recife, nº 801 – Areias – Recife/PE – CEP: 50.870-901
Telefones : (81) 3182-3000 / 3182-3014
e-mail: hga@saude.pe.gov.br



HGA

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital Geral de Areias
FICHA DE ATENDIMENTO

HGA

Número do Registro: 2017/EB000179 Data e Hora de Atendimento: 31/08/2017 09:56 Prontuário Local: Prontuário Integrado: Local de Entrada: Emergência de BUCCO-MAXILO

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 681142 PEDRO JOSE DA SILVA
Nascimento: 07/11/1967 Idade: 49
Estado Civil: Não Informado Profissão:
Documento de Identidade: Filiação: SEBASTIANA GERALDO DA
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA DO CARAPICHO N/ 53 ZONA RURAL GOIANA
Bairro: ZONA RURAL Cidade: Reg: RICELLE 31/08/2017 10:02:00 Imp: RICELLE 31/08/2017 10:03:06
Acompanhante:
Ocorrência: ENCAMINHAMENTO - PROCEDIMENTOS - Outro: Encaminhamentos para Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

HGA 2017/BM000140
Pront Same: 681142 Senha:
Pront Int: 0 SUS:
681142 PEDRO JOSE DA SILVA
HOSPITAL DA FACE Enf: ENFERMARIA MASCU
Nascimento: 07/11/1967 Idade: 49 Leito: 1
Mãe: SEBASTIANA GERALDO DA SILVA
Acomp: RUA DO CARAPICHO N/ 53 701204048841115 Fone: 989443200
ZONA RURAL GOIANA PE 530000000

Procedência: DOMICILIO

Meio de Transporte: Outros

Atendimento Médico:

Data: 31/08/2017 Hora: Médico: CRM:
Queixa Principal:
Paciente com lesões dos pés A-P e 2º e 3º

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:
Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista: ☐ Passageiro: ☐
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local do Impacto:
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m
Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que:
Observações:

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: °C

B: Respiratório

C: Circulatório PA: X mm Pulso: bpm

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular Escala: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escala: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escala: Hora:



Num. 55919972 - Pág. 5

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1- Patologia Clínica:

Exames Solicitados: 2- Especializados:

Resultado dos Exames:

Cod. Procedimento

Tratamento / Procedimentos:

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐

Evolução da Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diagnóstico Definitivo:

Fadiga de suas mães e avó

Definição do Caso:

Condição de Alta:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Out ☐ Termo de Alta e Pedido ☐ Exatidão ☐
 Transferido para: ☐ Curado ☐ Melhorado
 Permanência na Clínica: ☐ Inalterado ☐ Piorado
 Informação do Serviço Social: ☐ Óbito

Confirmação do Nome:

Assist. Social

Confirmação do Endereço:

Assist. Social

Providências: Alta ☒ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos ☐

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico:

Termo de Responsabilidade Para Alta / Internamento / Transferência

- Estou ciente das normas existentes neste estabelecimento e assumo a responsabilidade pela realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames necessários e transporte se necessário.

Data:

Nome completo legível:

No. da Identidade:

Assinatura:

Termo de Responsabilidade De Alta e Pedido:

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

Data:

Nome completo legível:

No. da Identidade:

Assinatura:

Carimbo:

31/08/2017 09:53:39

31/08/2017 09:53:39

BRUNO



HGA
Pront Same: 681142
Pront Int: 0
681142 PEDRO JOSE DA SILVA

2017/BM000140

Senha:

SUS:

SECRE

LAUDO PA

HOSPITAL DA FACE
Nascimento: 07/11/1967 Idade: 49
Mãe: SEBASTIANA GERALDO DA SILVA

Enf: ENFERMARIA NASC
Leito: 1

Acomp:
RUA DO CARAPICHO N/ 53 7012040-8841115
ZONA RURAL BOIANA
Reg: RICELLE 31/08/2017 10:02:00

Fone: 989443200
PE 530000000

Unidade de Saúde: HOSPITAL GERAL I

Nome do Paciente:

Nº Prontuário:

Nome da Mãe:

Endereço:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTORIA CLÍNICA:

paciente com história de fraturas após acidente automobilístico

EXAME FÍSICO:

paciente em boas condições gerais, sem sinais de trauma, sem alterações de consciência

PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES:

fratura de crânio

DIAGNÓSTICO INICIAL: *Fratura do osso parietal e occipital* CÓDIGO: *502.4*
PROCEDIMENTO SOLICITADO: *Artroscopia de fratura do osso parietal e occipital*
CARATER DA INTERNAÇÃO: *Clínica*

DATA: 31/08/17

DATA: 1/1/17

Dr. Mateus D. Cavalcante
Cirurgia e Traumatologia
Buenos Aires, Argentina
Residência em Ortopedia
CRO/PE 11930

HGA / HCSP. DA FACE
Prof. Dr. Antônio F. Caubi
Cir. Buco Maxilo Facial
CRO: 2098

Carimbo e Assinatura do Médico Solicitante da Internação

Carimbo e Assinatura do Médico Autorizador da Internação

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

NOME DA UNIDADE:

Carimbo e Assinatura do Médico Solicitante da Internação

Data de Encaminhamento
IMPRESSO NA GRAFICA DO H.G.A.



ESPECIFICAÇÃO DOS EXAMES REALIZADOS

Exames com sangue
Hemograma completo
Ureia e creatinina
Colesterol total e

Doença

Pancreatite dos apendices

OUTROS PROCEDIMENTOS

E.C. + Radiografia

DATA:

15/09/2019

HEA / HOSP. DA FACE
Dr. Antonio F. Caubi
ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL
Cir. 6000-01
CRO: 2096

DATA:

15/09/2019
Rodrigo Albuquerque Maia
Coordenador de Ortopedia
Méd. 1649-01
CRO-PE - 6573
Hospital Geral de Aracaju

ASSINATURA DO CHEFE DA CLÍNICA

IMPRESSO NA GRAFICA DO H.G.A.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE AREIAS

AV. RECIFE, 801 - AREIAS - RECIFE - TELE.: 31823000

RECEITUÁRIO

P/ PEDRO JOSÉ DA SILVA

Paciente com histórico de acidente motociclístico evoluindo com fratura de ossos do complexo zigomático-orbitário esquerdo. O mesmo foi submetido a cirurgia para fixação interna rígida das fraturas neste estabelecimento no dia 24/08/17 e continua em acompanhamento pós-operatório pela equipe de Cir. Bucomaxilofacial.

30/08/17

DATA

Dr. Virgílio Ferraz
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-PE 11.735

ASS.: MÉDICO - C.R.M.
ODONTÓLOGO - C.R.O.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0134003999**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/12/2017** às **12:19**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **14/8/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RUA CURTUME, 1, PE-049** - Bairro: **CENTRO** -
GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LEONARDO DOMINGOS DE ALBUQUERQUE (OUTRO)
PEDRO JOSÉ DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

PEDRO JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEBASTIANA GERALDO DA SILVA**
Pai: **JOSÉ OLEGÁRIO DA SILVA** Data de Nascimento: **7/11/1967** Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6186739/SDS/PE (RG), 61231010487 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **JARDINEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 94396630**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 51, SÍTIO CARRAPICHO. - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

LEONARDO DOMINGOS DE ALBUQUERQUE - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LEONARDO DOMINGOS DE ALBUQUERQUE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PEDRO JOSÉ DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**

15/08/2019 11



Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFW5551** (PERNAMBUCO/GOIANA) Chassi: **9C2JC4110DR751474**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013**

Descrição: **MOTO CG 125 FAN.**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE INFORMA QUE, TRAFEGAVA NA MOTO EM QUESTÃO, NA QUALIDADE DE CONDUTOR, PELA PE-049, E QUANDO PEGOU A CURVA QUE DÁ ACESSO À BR-101, SENTIDO RECIFE, PERDEU O TEMPO DA REFERIDA CURVA, FOI ENTÃO QUE A MOTO ESCORREGOU E A VÍTIMA CAIU SOBRE O SOLO, FICANDO LESIONADO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, PELO QUE CONSIGNA O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

PEDRO JOSÉ DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **DANIEL PEREIRA VICENTE** - Matrícula: **151475-0**

15/08/2019 10:4



Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **PEDRO JOSE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180001455**

Vítima: **PEDRO JOSE DA SILVA**

Data do Acidente: **14/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180001455**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **14/08/2017**. 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. 00623/00824 - carta_04 - INVALIDEZ

00050312



Carta nº 12229851

