



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: **VALDIR SOARES DA SILVA**, brasileiro, solteiro, portador de Cédula de Identidade sob o RG n.º 5.544.984, expedida pela SSP/SP, inscrito no CPF sob o n.º 024.101.394-18, residente e domiciliado no Sítio Carau, n.º 71, Zona Rural, Tracunhaém/PE, CEP 55.805-000.

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, Salas 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com

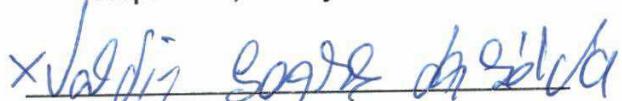
PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicia", 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, desarquivar 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 substabelecer 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.

TERMO DE CARÊNCIA

DECLARO, nos termos da Lei nº. 7.115, de 29 de agosto de 1983 e seguintes, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do meu sustento e de minha família. Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Carpina/PE, 10 de julho de 2019.


Outorgante

. Av. Fagundes Varela, 988. Sl. 10. Jardim Atlântico. Olinda. PE (81) 32032699/95989933
jm_adv08@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 28/01/2020 09:45:14
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012809451451800000056094200>
Número do documento: 20012809451451800000056094200

Num. 57025415 - Pág. 1

TERMO DE RESPONSABILIDADE

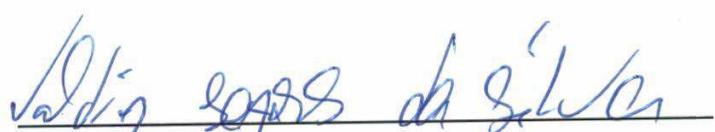
VALDIR SOARES DA SILVA, brasileiro, solteiro, portador de Cédula de Identidade sob o RG n.º 5.544.984, expedida pela SSP/SP, inscrito no CPF sob o n.º 024.101.394-18, residente e domiciliado no Sítio Carau, n.º 71, Zona Rural, Tracunhaém/PE, CEP 55.805-000.

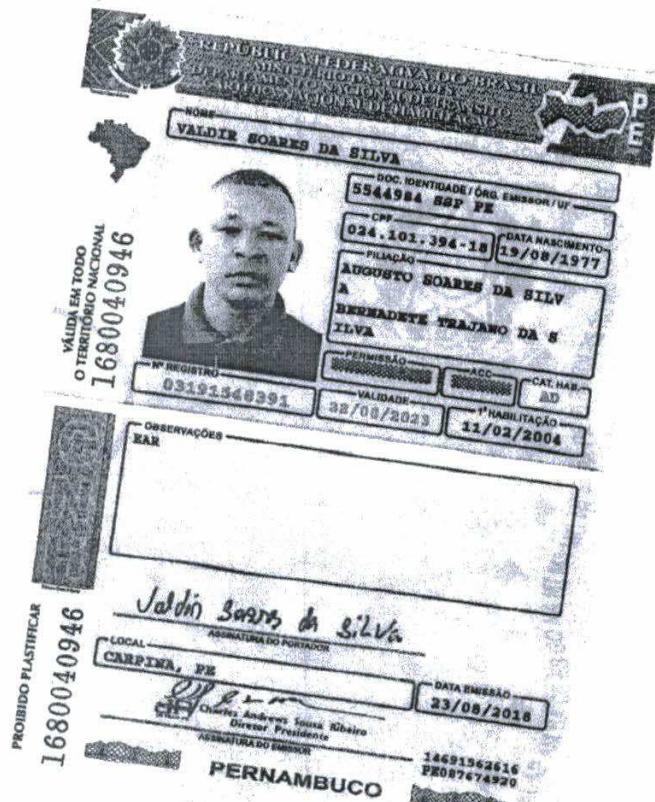
Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais 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.

Carpina/PE, 10 de julho de 2019.





Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 28/01/2020 09:45:14
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012809451451800000056094200>
Número do documento: 20012809451451800000056094200

Num. 57025415 - Pág. 3

192

Prefeitura
Municipal de
Nazaré da Mata

HORA DO CHAMADO: 15:31
 CHEGADA AO LOCAL: 15:42
 Saída do hospital: 21:38
 Hora da conclusão: 23:30

FICHA DE ATENDIMENTO

Data da Solicitação: 27/06/2018 Distrito: Número da Ocorrência: 495087

Motivo da Solicitação: UTI Básica Helicóptero

<input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> DOMICÍLIO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> OBSTÉTRICOS
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> HANGAR	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input checked="" type="checkbox"/> Causas Externas	<input type="checkbox"/> Causas Externas	<input type="checkbox"/> METROPOLITANO	<input type="checkbox"/> TROTES/CANCELADAS

+ REMOÇÃO - Senha 5457138

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: Valdir Soares da Sôbata. 16/08/77 Idade: anos

Sexo: Masc. Fem. Profissão: Fone:

End.: Itaqui Bairro:

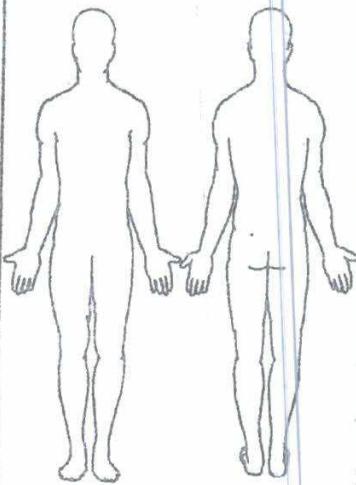
Solicitante: Vanessa Fone:

End. Ocor.: Bairro:

Referência:

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acid. Automóvel	Acid. Motocicleta	Atropelamento	Mecan. do Trauma	
<input checked="" type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Motociclista	<input type="checkbox"/> Via Pública	<input type="checkbox"/> Capotamento	
<input type="checkbox"/> Passageiro/Frente	<input type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Calçada	<input type="checkbox"/> Ejeção	
<input type="checkbox"/> Passageiro/Trás		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Impacto frontal	
Uso do Cinto	Uso do Capacete		<input type="checkbox"/> Impacto lateral	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Impacto traseiro	
Acid. Trânsito	Acid. Ciclista	Intoxicação	Exposições	
<input checked="" type="checkbox"/> Carro ou Moto	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> An. Peçonhento	<input type="checkbox"/> Choque Elétrico	
<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Exógeno	<input type="checkbox"/> Fogo	
Caminhão	<input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> () 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º	
Place:		Agente causador	<input type="checkbox"/> Fumaça	
			<input type="checkbox"/> Subst. Química	
Asfixia	Queda		Agressões	
<input type="checkbox"/> Sufocamento	<input type="checkbox"/> Própria altura	<input type="checkbox"/> Arma de fogo	<input type="checkbox"/> Agressão Física	
<input type="checkbox"/> Soterramento	<input type="checkbox"/> Outra altura	<input type="checkbox"/> Tipo _____	<input type="checkbox"/> Maus tratos	
<input type="checkbox"/> Engano	Aproximadamente	<input type="checkbox"/> Arma branca	<input type="checkbox"/> Abuso sexual	
<input type="checkbox"/> Outros	metros	Tipo _____		



CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica atual: Vítima de capotamento de carro, foi arremessada, com possíveis fraturas de clavicula (E1), hérara (W) e escoriação braço (E).

Hipótese Diagnóstica Conhecida:

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

Temperatura	Glicemia(HGT)	<input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Gemido/Estridor
162		<input type="checkbox"/> Desidratação	<input type="checkbox"/> Batimento Asa Nariz	<input type="checkbox"/> Obst. V. Aéreas
Vias aéreas	Pulso	<input type="checkbox"/> Lesões de Face	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Retratação Xifóide
FR: 94	74	<input type="checkbox"/> Ictérico	<input type="checkbox"/> Deformidade Tórax	<input type="checkbox"/> Sibilos Expiratórios
PA: 160x120	RN: 120-180	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Tiragem Inter
RN: 35-50	Ad: 60-110	<input type="checkbox"/> Cor da pele Normal	<input type="checkbox"/> Distônia fala/choro	<input type="checkbox"/> Circulação PA



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 28/01/2020 09:45:14

https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012809451451800000056094200

Número do documento: 20012809451451800000056094200

Num. 57025415 - Pág. 5



**SAMU
192**

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária		Sinais de Disf. Cerebral	Avaliação das Pupilas	NATUREZA DA LESÃO	
<input type="checkbox"/> Alerta		<input type="checkbox"/> Déficit Motor	<input type="checkbox"/> Isocônicas	<input type="checkbox"/> Lesões Intra-abdominais	
<input type="checkbox"/> Resposta Verbal		<input type="checkbox"/> Desvio de Comissura Labial	<input type="checkbox"/> Anisocônicas	<input type="checkbox"/> Lesões Intra-torácicas	
<input type="checkbox"/> Resp. estímulos Dolor		<input type="checkbox"/> Dificuldade de Fala	<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Presença/Sangue	
<input type="checkbox"/> Irresponsivo			<input type="checkbox"/> Miose	Fratura - Ossos Longos	
				<input type="checkbox"/> Aberta	<input type="checkbox"/> Fechada

ESCALA DE GLASGOW

Aberura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total de Pontos						
				1	2	3	4	5	6
Abertura Ocular Espontânea	Orientado	5	Obedece Comando						
Abertura Ocular à Voz	Confuso	4	Localiza Estímulos Dolorosos						
Abertura Ocular à Dor	Resposta Inapropriada	3	Retirada ao Estímulo Doloroso						
Sem Abertura Ocular	Sons Ininteligíveis	2	Flexão Anormal (Decorticacão)						
	Sem resposta Verbal	1	Extensão Anormal (Descerebração)						
			Sem Resposta Motora						

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

- Aspiração de Sangue e Secreção
- Entubação Orotraqueal
- Imobilização da Coluna Cervical
- Infusão de Fluidos
- Reanimação Cardiopulmonar
- Imobilização de Membros

Op.: Catéter CPAP Venturi % Másc. c/ Reservatório

Ventilação Mecânica
Modelo: _____
FIO²: _____

Outras Condutas: _____

Adaptação Ventilação
 Bem Mal

Intercorrências: _____

USO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

- Álcool Anfetamina Cocaína Cola Crack Maconha _____

Informante: A própria Vítima Familiares Outros - Especificar

<input type="checkbox"/> Alteração de Humor	<input type="checkbox"/> Agitado/Irritado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente	Referente a ingestão de bebida alcoólica há:
<input type="checkbox"/> Alteração na marcha	<input type="checkbox"/> Agressivo	<input type="checkbox"/> Hálito Alcoólico	<input type="checkbox"/> Sonolento	

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde o paciente foi encaminhado:

- Maca Retida na Unidade Hospitalar
- Orientação para o Ambulatório
- Óbito Antes do Atendimento
- Óbito durante o Atendimento
- Prancha Retida
- Removido Antes do Atendimento

Registro do hospital: _____

Médico que Recebeu: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____

EQUIPE

Médico Regulador: _____

Médico Assistente: _____

Enfermeira: _____

Socorrista: _____

Condutor/Piloto: Wellington

Op. de Frota/OEE: Juliana

Função do responsável pelo preenchimento: _____

Ass.: _____

SOLICITOU APOIO DA UTI

SIM

NÃO

Observação: _____

*Wellington Salles
CHIROPATOGY
CRP/PE 34-210*

EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que o paciente recusa atendimento médico e/ou hospitalar.



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 28/01/2020 09:45:14

<https://pje.tjej.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012809451451800000056094200>

Número do documento: 20012809451451800000056094200

Num. 57025415 - Pág. 6

Samuel Allibep

Fregistro N° 110759
Acreñimbr 446998
Date 27/06/2018
Hora 15:25
Us. à Águia VILLENAKOS

CLINICA GEFAL

Nome: VALDIR SOARES DA SILVA
Nascimento: 19/08/1977 02:0 Idade: 40a 10m 8d

CMS:
Te ecre;

Mãe: BERNADETE TRAJANO DA SILVA

CE 200005031

Pai: AUGUSTO SOARES DA SILVA

Endereço: ~~NAO INFORMADO~~

Nº 1

Bairro: **TIJUCA** Cidade: **TRABCOS** UF: **PE**

EXAME FÍSICO: 2016 10 2016 10

C: Si suonò la chiesa.

Q: State at which cell division is planned

CONSULTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO: Glutamina 1000 mg - 1500 mg
Glutone Fluido 600 ml

a fatid. int. into 9 (0.1.1.0) (6)

Well, it's not the 1970s (1970)

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao ambulatório () Internamento () Transferência para outra unidade () Óbito () Outro:

*Condicão de Sd de do Paciente: () Melhorado () Piorado () Nada mudado

*Médico que prestou atendimento (Assinatura / Carimbo e CRM e CPF).

6 Feb 2011 (G. H. Gullion)

17.4.54 Cubri con muro 16.4.54 Indice - Carrinho e assinatura

Osborn - Schleswig Holstein (Traveller)

5457138 (L.) Ep.



HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

REC - HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

Data e hora retirada da senha: 27/06/2018 16:20



Nome Paciente: VALDIR SOARES DASILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 19/08/1977
Sexo: Masculino
Idade: 40
Senha: 0071
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Periodo: 27/06/2018 16:22 - 27/06/2018 16:24

JORGE EDUARDO CANDIDO SANTOS - COREN: 411872 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **EMERGENCIA**

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO

Fluxograma sintoma: TRAUMA GRAVE

Discriminador(es): - ESTADO DE CONCIÊNCIA NORMAL (ALERTA)

Especialidade: CLINICA GERAL

18h Paciente ac. levado de pronto cura
dixit: fechou mala > 1 mês
Paciente perdeu os detalhes da ocorrência
① solicitação de alta p/ HR 5451

PA = 130x80 mmHg

Q3 mg/dl

SAT = 96%

Bot: 88 bpm

18 35 k

Acolhido(a) por: JORGE EDUARDO CANDIDO SANTOS - COREN: 411872 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO A

Data impressão: 27/06/2018 16:24

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página - 0



LAUDO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Lade de Saúde	Município	Região de Saúde
ie do Paciente		
dro Clínico		
gnóstico		
Destino	Município	H de Saída
Motivo (Registro Detalhado)		
Assinatura do M dico Assistente	Nº do CRM	Data
Destino	Município	H de Saída
Motivo (Registro Detalhado)		
Assinatura do Responsável	Nº do CRM	Data
utorizo a Transferência		
Médico Chefe do Plantão		
Carimbo / Assinatura		
onfirma o Motivo Administrativo		
nfermeira Chefe do Plantão		
Carimbo / Assinatura		
Jnidade Prestadora do Atendimento		
Especificação do Atendimento Prestado		
Assinatura do Responsável	Nº do CRM	Data



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento

1486906

Nome :

Velorir Soares da Silva

Foi atendido ás

19:54 hs. do dia 27/06/2018

Diagnóstico Próvelo :

Fratura de clavícula esquerda,
sem enquadramento, sem deslocamento.

Tratamento Realizado :

Radiografia + Analgésico +
Fisioterapia + Orientações + Acampanamento
Ambulatorial + Repouso por 15 dias

Observação :

Cópia de :

Dr. Radher Mauricio
MÉDICO
CRM-PE/13544

Médico - CRM Nº

ATENÇÃO : Este documento destina-se à 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 Pùblico do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 28/01/2020 09:45:14
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012809451466300000056094203>
Número do documento: 20012809451466300000056094203

Num. 57025418 - Pág. 4



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45°CIRC
DINTER1/11°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **18E0135002385**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/07/2018** às **14:05**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **27/6/2018** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, RODOVIA BR 408** - Bairro: **ZONA RURAL DE CARPINA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **BAR DA FUMAÇA**
Local do fato: **RODOVIA FEDERAL / RODOVIA BR 408**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
VALDIR SOARES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

VALDIR SOARES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **BERNADETE TRAJANO DA SILVA** Pai: **AUGUSTO SOARES DA SILVA** Data de Nascimento: **19/8/1977** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TRACUNHAEM, 71, SITIO CARAU - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

VEICULO CROSSFOX (VEICULO) da propriedade do(a) Sr(a): **VALDIR SOARES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDIR SOARES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/VW/FOX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHE1308 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **217514884**

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=135&idOe=7201925&nroBO=1...> 20/11/2018

Ano Fabricação/Modelo: 2010/2011

Complemento / Observação

A VITIMA VALDIR SOARES DA SILVA, INFORMA QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO (CAPOTOU O CARRO) NA RODOVIA BR 408 PRÓXIMO AO BAR DA FUMAÇA, FOI SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO PARA OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS.

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

Valdir Soares da Silva
VALDIR SOARES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: IVO JOSE DE LIMA Matricula: 2217642



45ª Circunscrição

Carpina

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180508591

Vítima: VALDIR SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 27/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VALDIR SOARES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

