



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA, brasileiro, solteiro, policial militar, portador da cédula de Identidade nº 8537033, SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 103.205.294-52, residente e domiciliado na Rua São Cristóvão, Triunfo/PE, CEP:56.870-000, através do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o advogado.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, inscrito no CPF/MF sob o nº 041.542.024-56, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

PODERES: a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula “ad judicia et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-las nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima qualificado, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos, receber, dar quitações, levantar e receber alvará, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

Triunfo/PE, 24 de Abril de 2019.

Walter Joseph Pereira Gomes da Silva
OUTORGANTE

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA**, brasileiro, solteiro, policial militar, portador da cédula de Identidade nº 8537033, SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 103.205.294-52, residente e domiciliado na Rua São Cristóvão, Triunfo/PE, CEP:56.870-000, DECLARO que nesse momento não posso arcar com as custas e despesas desse processo, bem como honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

Triunfo/PE, 24 de Abril de 2019.

Walber Joseph Pereira Gomes da Silva
Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

NOME
WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
8537033 SDS PE

CNPJ
103.305.294-52

DATA NASCIMENTO
06/09/1994

FILIAÇÃO
MARCOS ANTONIO GOMES D
A SILVA
MARIA ELIZABETE PEREIR
A DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A1

Nº REGISTRO
06706420503

VALIDADE
14/04/2021

1ª HABILITAÇÃO
21/09/2016

OBSERVAÇÕES

Waller Joseph P. G. da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
09/10/2017

71312924416
PE081701268

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1485592910

PROIBIDO PLASTIFICAR
1485592910



obrigando a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Converse e discusso no trabalho predisponem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflicta sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

O mau uso, puxadas, puxadas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Faça a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 89550 Série 00084



Haroldo Magalhaes de Carvalho
ASSINATURA DO PORTADOR



Registrado em...../...../.....

Nº / como
Liv. Fís. sob
SRTF Data
Ass. do Funcionário

Registrado em / /

Nº / como
 Liv. Fls. sob
 SRTE. Data

 Ass. do Funcionário

Registrado em / /

N.º / como
Liv. Fls. sob
SRTE Data
Ass. do Functário

Registrado em / / 200...

Nº / como
Liv. Fls. sob
SRTE Data
Ass. do Funcionário

DEPENDENT'S

[illegible]

CARRERAS ANTERIORES

[illegible]

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

CNPJ/MF.....

Rua..... Nº.....

Município..... Est.....

Esp. do estabelecimento.....

Cargo.....

CBO nº.....

Data admissão..... de..... de.....

Registro nº..... Fls./Ficha.....

Remuneração especificada.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º..... 2º.....

Data saída..... de..... de.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º..... 2º.....

Com. Dispensa CD nº.....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

CNPJ/MF.....

Rua..... Nº.....

Município..... Est.....

Esp. do estabelecimento.....

Cargo.....

CBO nº.....

Data admissão..... de..... de.....

Registro nº..... Fls./Ficha.....

Remuneração especificada.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º..... 2º.....

Data saída..... de..... de.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º..... 2º.....

Com. Dispensa CD nº.....





ATENDIMENTO: RUA PREF JOSE RODRIGUES - NUM - 00100 - CENTRO
TRIUNFO PE 56870-000

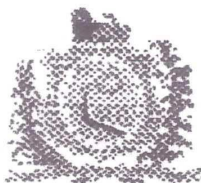
CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

| DADOS DO CLIENTE | | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------|---|---------------------------------|
| MARCIA F. ZABETE PEREIRA DA SILVA MATRICULA: 26263891 Abr/2018 | | | | |
| R MARIA XAVIER BEZERRA, N. 00017 - - SAO CRISTOVAO TRIUNFO PE | | | | |
| INSCRIÇÃO: 157.830 P37.0000.000 GRUPO 12 DRE AUTOMATICO: 020.253591 | | | | |
| SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO | SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL | RESIDENCIAL | QUANTIDADE DE ECONOMIAS (COMERCIAL INDUSTRIAL) | PÚBLICA |
| HIDRÔMETRO 41301749,3 | DATA LEIT ANTERIOR 07/04/2018 | DATA LEIT ATUAL 08/05/2018 | TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD | |
| ÁGUA: LEIT ANT: 316 CONSUMO: 7 LEIT ATU: RECORRÊNCIA TAXA H LEIT FAT: 326 | | | | |
| HISTÓRICO DE CONSUMO | | | | |
| REFERÊNCIA CONSUMO | | PARÂMETROS | NÚMERO DE AMOSTRAS | |
| 03/2018 | 05 | | EXIG. FORT. MS 2.924/11 | ANÁLISES REALIZ. ATENDIDA LEGIS |
| 02/2018 | 07 | TURBIDEZ | 11 | 11 |
| 01/2018 | 08 | COR APARENTE | 11 | 11 |
| 12/2017 | 08 | COLOR RESIDUAL | 10 | 11 |
| 11/2017 | 04 | COLIF. TOTAIS | 11 | 11 |
| 10/2017 | 08 | E. COLI | 11 | 11 |
| MÉDIA: | 07 | | | |
| Qualidade de Água: www.compesa.com.br | | | | |
| OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS | | | | |
| (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO | | | | |
| RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA | | | | |
| (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES | | | | |
| ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA | | | | |
| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | | | | |
| ÁGUA | CONSUMO | TOTAL (R\$) | | |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | | | | |
| CONSUMO DE ÁGUA | 7,43 | 40,18 | | |
| JUROS DE HORA 12/2017 | | 0,30 | | |
| Tributos | | | | |
| PIB | BASE DE CÁLCULO | PERCENTUAL (%) | VALOR DO IMPOSTO | |
| COPIS | 40,18 | 1,65 | 0,66 | |
| | 40,18 | 7,60 | 3,05 | |
| VENCIMENTO: 20/05/2018 | | | | |
| TOTAL A PAGAR: 40,98 | | | | |
| MENSAGEM: | | | | |



02

29/11/2018 11:24



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 183ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DA
BAIXA VERDE - DP183ªCIRC DINTER2/21ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0273000449

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/11/2018 às
12:22

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 31/8/2018 às 17:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE,
1, PE- 366 (SÍTIO SÃO JOSÉ DOS PILOTOS) - Bairro: CENTRO - SANTA
CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência:
XÁCARA TUPANZINHO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA (OUTRO)
WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA**

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

**WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA (presente no plantão) - Sexo:
Masculino - Mãe: MARIA ELIZABETE PEREIRA DA SILVA Pai: MARCOS ANTÔNIO GOMES
DA SILVA Data de Nascimento: 6/9/1994 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 00023/PN/PE (RG), 10320520462 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: POLICIAL MILITAR Telefones Celulares:
- 87996416903**

**Endereço Residencial: RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 00, RUA MARIA XAVIER BEZERRA -
CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL, ANTIGO BANCO
DO BRASIL**

MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

NÃO SE APLICA - 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)

HONDA POP 100, VERMELHA, PLACA PCF-2311 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCF2311** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE) Chassi: **8C2HB0210FR402320**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **RENAVAN N° 1033705086**

Complemento / Observação

ÀS 11:30 HS DESTA DATA COMPARECEU A ESTA DP A VÍTIMA CITADA, COMUNICANDO-NOS QUE NO DIA 31/08/18, QUANDO TRAFEGAVA NA PE-365 (SENTIDO TRIUNFO-PE), NA ALTURA DO SÍTIO SÃO JOSÉ DOS PILOTOS, PERDERA O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA, A QUAL ERA PILOTADA PELA MESMA, E TOMBOU NA RODOVIA, FICANDO COM ESCORIAÇÕES. A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA A UNIDADE MISTA FELINTO WANDERLEY. ANTE O EXPOSTO, ADOTEM-SE AS MEDIDAS LEGAIS CABÍVEIS.

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

X *Walber Joseph P. G. da Silva*

WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **ROSENBERG OLIVEIRA DINIZ - MAT. 209.122-4 - Matrícula: 2091224**

Rosenberg Oliveira Diniz
209.122-4



SINISTRO 3190011905 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**BENEFICIÁRIO** WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA**CPF/CNPJ:** 10320529452**Posição em 24-04-2019 10:26:04**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 17/01/2019 | R\$ 5.062,50 | R\$ 0,00 | R\$ 5.062,50 |



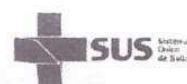


PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

| | | | |
|--|-------------------------------------|---|--------------------------------------|
| Data e Hora: 31/08/18 19:20 | | Nº. Ocorrência | |
| Nome: WALBER JOSEPH P. GOMES DA SILVA | | Data Nascimento: 06/09/94 | |
| Profissão: POLICIAL | | Sexo: | |
| End.: R. MARIA XAVIER BEZERRA, 60. | | Doc. Ident.: 244 | |
| Responsável: | | | |
| End/Fone: 99641-6903 | | | |
| Tipo de Atendimento: | | | |
| Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> | | Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> | |
| Agressão <input type="checkbox"/> | | Consulta <input type="checkbox"/> | |
| Pressão Arterial: | | Pulso: | |
| Histórico e Exame Físico: | | Temperatura: | |
| <p>Pte sobre quadro de emergência e atendimento em inf e emergência no turno (E)</p> | | | |
| Tratamento: | | | |
| <p>① Voltou (tr) em 13/40 ② ansio - 10ml</p> <p>SEM 5503033.</p> | | | |
| Impressão Diagnóstica: | | | |
| Destino do Paciente | | | |
| Removido para Hospital | Residência <input type="checkbox"/> | Internado <input type="checkbox"/> | Transferido <input type="checkbox"/> |
| Óbito às horas do dia | | | |
| Médico - Carimbo e CRM: | | | |

Gráfica Folha do Interior (87) 3831-4284





Nº: 137

CONDUTA MÉDICA

| | | | | |
|---------------------------|------------|------------|-------------|--------|
| Destino do Paciente: | Internado | Residência | Transferido | Evasão |
| Removido para o hospital: | | | | |
| Óbito às | hrs do dia | | | |

Carimbo e Assinatura:

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras queixas:

Exames Solicitados:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> LCR | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Uréia | <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ionograma | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leucograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| Medicação | Horário | Obs: |
|-----------------------------------|---------|------|
| <i>Ceftriaxona 2g + ADOL 1g E</i> | | |
| <i>Dr. Énio K. de Carvalho</i> | | |
| <i>Traumatologia</i> | | |
| <i>CRM 12022</i> | | |

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

AC. MGB
HOSPAM - V. 1
Serra Talhada
15/07





TRIUNFO
PREFEITURA MUNICIPAL
Melhorando a vida da gente

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
Encaminhamento para Especialista

Unidade de Origem: UMFW

Paciente WAUBER JOSEPH P GOMES DA SILVA JUN

Registro

Dados Clínicos Pl: SDRM COMUS DE MONDUBA E
CRISTINA LEBUS E GOMES DA SILVA
E TRIMAS

Exames Complementares Resultados

Hipótese Diagnóstica Doença Inflamatória (H) J4

Conduta Adotada DRUGS SS03033

Justificativa do Encaminhamento Surto por Doença

Encaminhado para USP/201

Data 31/05/14

Unidade do Especialista

Nome

Walter Rangel Nogueira
Médico - CRM/PE 14220
CPF: 042.412.514-85

CRM

Exame Clínico

Exames Complementares

Parecer do Especialista

Tratamento Proposto

LOCAL: ☐ Na Unidade de Origem
☐ Na Unidade de Referência
☐ Outro Serviço

Nome

CRM

Data

