

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: Juarez Benício da Silva
(Nome Completo)
Brasileira (o), solteiro, recuso
(Nacionalidade) (Estado Civil) (Profissão)
portador(a) da Cédula de Identidade nº 2.704.547, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 027.298.894-42
residente domiciliado(a) Rua P, N° 50, Nanga
Senhora Aparecida Bezerra - PE CEP.: 55620-000

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, , 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.

Outorgante/Declarante

Juarez Benício da Silva

1









AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2019102788071

Escritório: BEZERROS

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE		MÊS/ANO:	
ROSA MARIA VIEIRA R P, N. 50 - NOSSA SENHORA APARECIDA BEZERROS PE 55660-000 INSCRIÇÃO: 019.130.480.0298.000		00278807.1 10/2019-7	
GRUPO: 10		OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00278807.1	
RESUMO DA FATURA			
ENTRADA ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	COMERCIAL
LIGADO	POTENCIAL	1	
WSP/CONTRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	CLASSE DE CONSUMO/M²
A11F161074	03/10/2019	04/11/2019	REAL /
ÁGUA	CONSUMO: 3	ESGOTO	VOLUME: 0
LEIT. ANT.: 64		LEIT. ANT.:	
LEIT. ATUAL: 64		LEIT. ATUAL:	
LEIT. FAT.: 64	HD PARADO	LEIT. FAT.:	
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS	
REFERÊNCIA/CONSUMO		EXIG. PELA PORT.	ANÁLISES
09/2019 3/	A	MS 2.914/11	REALIZADAS
08/2019 3/	A		
07/2019 3/	A		
06/2019 3/	A		
05/2019 3/	A		
04/2019 3/	A		
MÉDIA 3/ 0	D		
		PARÂMETROS	ATENDEM A
			LEGISLAÇÃO
		TURBIDEZ	56
		COR APARENTE	56
		COLOR RESIDUAL	56
		COLIFORMES TOTAIS	56
		E. Coli	56
OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E COLOR 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 E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA 3 M3 44,08
MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2019 0,88

FAIXA	VALOR	FAIXA	VALOR
PIS	44,08	1,65	0,73
COPINS	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR: 44,96

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 28/11/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MÊS/ANO:

00278807.1

10/2019-7

VENCIMENTO:

15/11/2019

TOTAL A PAGAR:

44,96

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: EWERSON VILAR DE LIMA - 02/07/2020 15:36:49

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215364908400000062901282

Número do documento: 20070215364908400000062901282

VÍTIMA JUAREZ BENICIO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MLB

CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO JUAREZ BENICIO DA SILVA

CPF/CNPJ: 02729889442

Posição em 16-06-2020 16:05:51

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
20/04/2020	R\$ 945,00	R\$ 0,00	R\$ 945,00





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0181002075**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/12/2019** às **11:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **23/8/2019** às **13:30**

Fato ocorrido no endereço: **TRAVESSA MAJOR APRIGIO DA FONSECA, 01, AVENIDA MAJOR APRIGIO DA FONSECA, VIA LOCAL DA BR 232 - Bairro: SAO SEBASTIAO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JUAREZ BENICIO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JUAREZ BENICIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANBROZINA BENICIO DA SILVA Pai: ELIAS FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: 8/9/1964 Naturalidade: SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2704547/SSP/PE (RG) 02729889442 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AUTONOMO(A)
Endereço Residencial: **BAIRRO DE COHAB, 50, RUA P. LOTEAMENTO NOSSA SENHORA APARECIDA/ COHAB - CEP: 0 - Bairro: COHAB - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - 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), que estava em posse do(a) Sr(a): **JUAREZ BENICIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHV8821 (PERNAMBUCO/CARUARU)** Renavam: **785564448** Chassi: **9C2JA0420BR069527**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **PROPRIETARIO: LINDALVA LINS DE BARROS**

Complemento / Observação

O SENHOR JUAREZ BENICIO DA SILVA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA ONDE PASSOU A DECLARAR



QUE NA DATA ACIMA DESCRITA CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELA VIA LOCAL DA BR 232, QUANDO NAS PROXIMIDADES DE ANDRE LAJES, UMA OUTRA MOTOCICLETA DE PLACA NÃO ANOTADA, CONDUZIDA POR ALGUÉM DESCONHECIDO, O QUAL COLIDIU COM A MOTOCICLETA DA VITIMA, QUE A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA CAINDO AS MARGENS DA VIA; QUE O CONDUTOR DESCONHECIDO TAMBÉM CAIU AO CHÃO, E APOS SE LEVANTAR O MESMO SE EVADIU DO LOCAL SEM SER IDENTIFICADO, A VITIMA FICOU CAÍDO AO CHÃO, ONDE AGUARDOU SOCORRO MEDICO, SENDO ESTE SOCORRIDO PELO SAMU EM SEGUIDA LEVADO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSE, ONDE RECEBEU ATENDIMENTOS MEDICOS CONFORME CONSTA NA FICHA DE ATENDIMENTO DE Nº 955.643, NADA MAIS DIGNO A REGISTRAR.

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


JUAREZ BENÍCIO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **CICERO ABÍLIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**





PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU



SAMU
192

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido da Sra. Rosa Maria Vieira, Identidade 09650977-3 SEPC/RJ, CPF 025946427-97 que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado por este serviço ao Sr. Juarez Benicio da Silva, número da ocorrência 5509 – ID 0331, no dia 23 de agosto de 2019, às 14h e 15min, com queixa de colisão de moto com moto, na BR 232. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.

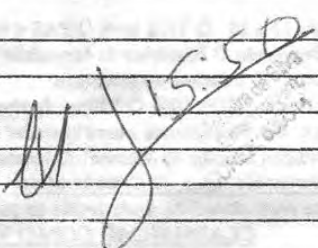
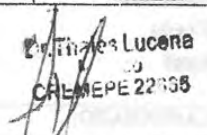
Bezerros, 26 de Agosto de 2019.

Klevio Maranhão
Coord. RUE- SAMU
Bezerros-PE

Klevio Maranhão
Coord. Técnico da Rede de Urgência
e Emergência/Bezerros
Mat. 600961

Rua: Vitoriano Pereira de Lima, 84 – Centro - CEP 55660-000 –Bezerros – PE
FONE/FAX: 3728-6716/6717 - RAMAL-34



FICHA DE ATENDIMENTO	Alergias: (X) NÃO () SIM, à	REGISTRO:																					
Queixas: Dor de cabeça e náusea de início abrupto e URE																							
Exame físico: REG. cardíaco, pulmonar, aparelho, normal. FC: 82 bpm Lesão oral normal - URE.																							
H.D.: Anamnese em plena consciência (ativa e colabora)																							
CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO																							
Conduta: Sutura AT 25/07/19 Capt. 25/07/19																							
																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">TIPO DE CONSULTA</th> <th style="width: 30%;">MOTIVO DA ALTA</th> <th style="width: 20%;">ÓBITO</th> <th style="width: 20%;">ATESTADO</th> </tr> <tr> <td>Consulta simples</td> <td>Melhora</td> <td>Data: ____/____/____</td> <td rowspan="4"> SIM () NÃO () DIAS: ____ </td> </tr> <tr> <td>Consulta c/ Observação</td> <td>Solicitação</td> <td>Hora: ____</td> </tr> <tr> <td>Indicação (Internamento)</td> <td>Transferência</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Indisciplina</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Óbito</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO	Consulta simples	Melhora	Data: ____/____/____	SIM () NÃO () DIAS: ____	Consulta c/ Observação	Solicitação	Hora: ____	Indicação (Internamento)	Transferência			Indisciplina			Óbito		
TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO																				
Consulta simples	Melhora	Data: ____/____/____	SIM () NÃO () DIAS: ____																				
Consulta c/ Observação	Solicitação	Hora: ____																					
Indicação (Internamento)	Transferência																						
	Indisciplina																						
	Óbito																						
Data: 23/08/19 Hora: _____		 Dr. Lucena CREMEPE 22335 Médico - CREMEPE (Carimbo)																					



RELATORIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÃO DO MEDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 23.08.2019	DATA DO INICIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 23.08.2019
NOME COMPLETO DA VITIMA: Joarez Benvenuto da Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: dor e edema com escoriações na perna esquerda raio x apresenta fratura em perna (tibia - fíbula)	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS: fez realizado tratamento com aparelho gessado coto gessado por 60 dias e realizado fisioterapia motora	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO alta médica	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO	
CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: () A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATOMICO OU ÓRGÃO AFETADO		
Dificuldade de movimentos de flexão e extensão, da região do joelho e tornozelo com perda muscular e dificuldade de deambular		
AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE _____ A _____ E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.		
		Dr. Sidney Ribeiro Diretor Médico CRM-PE 24.849
LOCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO



RELATORIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÃO DO MEDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 23.08.2019	DATA DO INICIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 23.08.2019
NOME COMPLETO DA VITIMA: Joarez Bezerra da Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: dor e edema com escoriações na perna esquerda raio x apresenta fratura em perna (tibia - fíbula)	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS: fez realizado tratamento com aparelho gessado coto gessado por 60 dias e realizado fisioterapia motora	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO alta médica	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO	
CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: () A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATOMICO OU ÓRGÃO AFETADO		
Dificuldade de movimentos de flexão e extensão, da região do joelho e tornozelo com perda muscular e dificuldade de deambular		
AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE _____ A _____ E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.		
		Dr. Sidney Ribeiro Diretor Médico CRM-PE 24.849
LOCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO

