

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: SAMUEL ARAUJO SANTOS, BRASILEIRO, SOLTEIRO, AGRICULTOR
INSCRITO NO CPF: 057.844.204-37, IDENTIDADE Nº 7.136.9985 DS/R
29V JOAO FRANCISCO GALINDO Nº 119, ALAGOINHA-PE, CEP:
55200-000.

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, SAMUEL ARAUJO SANTOS, 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, 14 de JULHO de 2020.

Outorgante/Declarante

x Samuel Araújo Santos

1



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

NOME
SAMUEL ARAUJO SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
7136998 SDS PE

CPF
057.844.204-37

DATA NASCIMENTO
26/09/1989

FILIAÇÃO
RAIMUNDO JOSE DOS SANTOS
MARIA DAS GRACAS DE BRITO ARAUJO SANTOS

PERMISSÃO
00000000000000000000000000000000

ACC
00000000000000000000000000000000

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05874521327

VALIDADE
05/03/2023

1ª HABILITAÇÃO
09/09/2013

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR
Samuel Araujo Santos

LOCAL
PESQUEIRA, PE

DATA EMISSÃO
07/03/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
Charles Andrews Souza Ribeiro
Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

38190088575
PE084499699

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1564235678

PROIBIDO PLASTIFICAR
1564235678







**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 113ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALAGOINHA -
DP113ªCIRC DINTER1/15ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0203000315

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/09/2019 às 17:12

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 28/8/2019 às 17:00

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO BARRA DA ONÇA - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE ALAGOINHA, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**SINISTRO (AUTOR / AGENTE)
ALEXANDRE DE CARVALHO (OUTRO)
SAMUEL ARAÚJO SANTOS (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): ALEXANDRE DE CARVALHO**

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

SAMUEL ARAÚJO SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS GRAÇAS DE BRITO ARAÚJO SANTOS Pai: RAIMUNDO JOSÉ DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/9/1989 Naturalidade: ALAGOINHA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7136992/SDS/PE (RG), 05784420437 (CPF), 95874821327 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: AVENIDA FREI JERONIMO, 220 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

SINISTRO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ALEXANDRE DE CARVALHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

25/09/2019 16:58



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALEXANDRE DE CARVALHO**,
que estava em posse do(a) Sr(a): **ALEXANDRE DE CARVALHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDUS434** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **945322029** Chassi:
9C2KC1670BR506678
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE TRANSITAVA EM UMA ESTRADA RURAL, QUANDO, UM CÃO ATRAVESSOU NA FRENTE DA MOTOCICLETA E ELE ACABOU ATROPELANDO O ANIMAL, NO ACIDENTE A VÍTIMA ACABOU CAINDO E TEVE FRATURA NO PUNHO ESQUERDO.

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

SAMUEL ARAÚJO SANTOS & Samuel Araújo Santos
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CARIOLANO BARBOSA DOS SANTOS - MAT. 221755-4** -
Matrícula: **221755-4**

23/09/2019 16:58



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 28/18/14	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 28/18/14
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Samuel Araújo Santos	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura Rota distal (E)	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento cirúrgico Rota distal E Alto 4/11/14	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO À 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 ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Triclaquia presente no dia articular
2º	com perda de movimento de rotação
3º	interna e externa, perda de
4º	supinação, com atrofia muscular
5º	75% grave

FIRMADO POR ASSINATURA DO AVALIADOR: <i>Assinatura</i> LOCAL: <i>Assinatura</i> DATA: 5/12/14	ASSINATURA E CARIMBO: <i>Assinatura</i> Dr. Victor Crispim Ortopedia Traumatologia CRM-PE 21114
--	--





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Situação de Saúde

REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação Pesqueira - PE		Geres	
	Unidade Sentinela HOSPITAL DR LIDIO PARAIBA	CNES 2638878	Vítima Nº	
	Data do atendimento 29/08/2019 às 2000-01-01 17:25:00 -0200	Número de Registro/Prontuário 000063327		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Nome SAMUEL ARAUJO SANTOS			
	Sexo ☒ 1 Masculino ☐ 2 Feminino ☐ 9 Ignorado		Data de nascimento 26/09/1989 ☐ 9 Ignorado	
	Idade 29 ☐ 9 Ignorado		Ocupação ☐ 9 Ignorado	
	Município de residência Alagoinha - PE		Código IBGE 260060	
	Raça/cor ☐ 1 Branca ☐ 2 Preta ☐ 3 Amarela ☒ 4 Parda ☐ 5 indígena ☐ 9 ignorada			
DADOS DO ACIDENTE	Município onde ocorreu o acidente			
	Zona de ocorrência ☐ 1 Urbana ☐ 2 Rural ☐ 9 Ignorada			
	Endereço do acidente			
	Data do acidente		Hora do acidente	
	Dia da semana do acidente ☐ 1 DOM ☐ 2 SEG ☐ 3 TER ☐ 4 QUA ☐ 5 QUI ☐ 6 SEX ☐ 7 SAB		Tipo de Vítima ☐ 1 Condutor ☐ 2 Pedestre ☐ 3 Passageiro conduzido adequadamente ☐ 4 Passageiro conduzido inadequadamente ☐ 9 Ignorado	
	Meio de locomoção da vítima no momento do acidente ☐ 1 A pé ☐ 2 Automóvel ☐ 3 Motocicleta ☐ 4 Bicicleta ☐ 5 Coletivo ☐ 6 Veículo Pesado ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Outro _____			
	Acidente relacionado ao trabalho? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Tipo de acidente ☐ 1 Colisão/abaloamento ☐ 9 Ignorado ☐ 2 Atropelamento ☐ 3 Tombamento/capotamento ☐ 8 Outro _____	
	Outra parte envolvida no acidente ☐ 1 Automóvel ☐ 2 Motocicleta ☐ 3 Bicicleta ☐ 4 Coletivo ☐ 5 Objeto fixo ☐ 6 Animal ☐ 7 Veículo pesado ☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica ☐ 8 Outro _____			
	Fatores relacionados ao acidente			
	Excesso de velocidade ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de sinto de segurança pela vítima ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica	
	Avanço de sinal ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de capacete pela vítima ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica	
	Uso de celular pelo condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de bebida alcoólica pelo condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
	Sono do condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Condutor tem habilitação ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica	
	Outro fator relacionado ao acidente			
	Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela ☐ 1 Veículo particular ☐ 2 Viatura policial ☐ 3 SAMU ☐ 4 Resgate/Bombeiro ☐ 5 Ambulância ☐ 6 Coletivo ☐ 7 A pé ☐ 8 Outro ☐ 9 Ignorado			
Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela ☐ 1 Consciente ☐ 2 Inconsciente ☐ 5 Morto ☐ 9 Ignorado		Transferência da Vítima ☐ 1 Sim - Para onde? _____ ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		
NOTIFICADOR	Responsável pelo preenchimento		Função	
	Observações			



Exame Médico:

Data: 17:25

Hora: 29/08/2019 Médico:

CRM:

Exame Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimento:

Tratamento/Procedimentos

Assinatura Médico + Carimbo

Diagnóstico Principal:

Exame Definitivo:

Exame do Caso:

Condição da Alta:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

☐ Curado ☐ Melhorado

Transferido para:

☐ Inalterado ☐ Piorado

Tratado na Clínica:

☐ Óbito

Indicação para Alta / Internamento / Transferência:

Nome:

CRM:

Data: / /

Hora:

Responsabilidade de Responsabilidade para Internamento

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

Nome:

Nome Completo Legível:

Data de Identidade:

Assinatura:

Eu, abaixo assinado, responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Nome:

Nome Completo Legível:

Data de Identidade:

Assinatura:



ALDR LIDIO PARAIBA
A DE QUEIROZ, prado, Pesqueira - PE
30-000, Fone: (87) 3835-8725

FICHA DE ATENDIMENTO / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

2	Data e hora do Atendimento: 29/08/2019 17:25	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada: URGÊNCIA GERAL
---	--	--	----------------------------------

Atendimento prestado pelo paciente ou acompanhante:

SAMUEL ARAUJO SANTOS
202735401281 Nascimento: 26/09/1989 Idade: 29⁺ Sexo: Masculino Cor: Sem informação
Estado Civil: Casado(a) Profissão: Naturalidade: ALAGOINHA Nacionalidade: Brasileiro
Filiação Mãe: MARIA DASGRACAS DE BRITO ARAUJO SANTOS
Pai: RAIMUNDO JOSE DOS SANTOS

CPF: 057.844.204-37

Endereço: AV FREI GERONIMO 220 Complemento:
Cidade: ALAGOINHA UF: PE Telefone:
Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Classificação de Risco:

08/2019 Hora do Atendimento: 17:25

Enfermeiro:

Coren:

Principal: Ppt relata queda de moto no dia anterior, refere dor em punho E.

AS 0 OM 0 alonga 0

do Trauma: Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Consciência: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐
de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Local do Impacto:
Sim ☐ Não ☐
amento: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m
de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte realizado por:
adura: Sim ☐ Não ☐ Por: Por que:
ões de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐

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

piratório FC: x SPO2

culatório PA: x mm Hg Pulso: bpm

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

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





(1)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
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 e o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190681729 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SAMUEL ARAUJO SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Recife-PE

BENEFICIÁRIO SAMUEL ARAUJO SANTOS

CPF/CNPJ: 05784420437

Posição em 07-08-2020 12:30:23

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
07/01/2020	R\$ 337,50	R\$ 0,00	R\$ 337,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
15/01/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/4j1IV__6E2yFkNJYhKcJZ:api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhJlWPh9R8eDrp92UZluY0L4=)
21/12/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/kW0+n3EA1TwDpq2Voo81api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhJlWPh9R8eDrp92UZluY0L4=)

