

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: WALLISSON FERREIRA DE MIRANPA
brasileiro(a), estado civil CASADO, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 715.584-084-01 e portador da cédula de identidade
nº 9.575.542-503/RE, residente e domiciliado(a) na
AV. FREDI SÉRAFIM,
nº 17, bairro de CENTRO
CEP 55.000-000 na cidade de ITAPISSUMA/PE.

OUTORGADA: ANA CAROLINA TEIXEIRA MELO, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 27.233D e ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, ambas com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações, renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam, mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas, inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de poderes.

JUSTIÇA GRATUITA: Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL: Pelo exercício do mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto, desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se, ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios celebrado em instrumento próprio.

Recife, 01 de julho de 2019



Wallisson Fernanda Almeida
Ourtorgante



Assinado eletronicamente por: ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR - 01/07/2019 20:20:09
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070120200993100000046503584>
Número do documento: 19070120200993100000046503584

Num. 47222955 - Pág. 2

DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, WALLISON FERREIRA DE MIRANDA,
brasileiro(a), estado civil CASADO,
profissão MOTORISTA Inscrito no CPF/MF sob o
nº 715.584.084-01, e portador da cédula de
identidade nº 9.575.542-505/PC, residente e
domiciliado(a) Av. Iuri Serpa, 17
nº 17, bairro CENDAO,
CEP 55000-000 na cidade de
ITAPISSUMA PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita,
que não tenho condições de arcar com as custas e despesas
processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo
com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 01 de junho, de 2019.

NOME: *Wallison Ferreira de Miranda







Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
715.584.084-01

Nome
WALLISSON FERREIRA DE MIRANDA

Nascimento
17/10/1993



Assinado eletronicamente por: ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR - 01/07/2019 20:20:09
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070120200993100000046503584>
Número do documento: 19070120200993100000046503584

Num. 47222955 - Pág. 5



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 031ª CIRCUNSCRICAO - ITAPISSUMA - DP31ªCIRC
DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0121000021**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/01/2018** às **16:22**

Complementa o BO Número: **17E0121000539**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **23/9/2016** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUCAS (BAIRRO), 1 - Bairro: CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR) AGENTE
ANTONIO GALDINO DOS SANTOS (OUTRO)
WALLISSON FERREIRA DE MIRANDA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WALLISSON FERREIRA DE MIRANDA

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

WALLISSON FERREIRA DE MIRANDA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ FERREIRA** Pai: **CARLOS JOSÉ FARIAS DE MIRANDA** Data de Nascimento: **17/10/1993** Naturalidade: **ITAPISSUMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9575542/SDS/PE (RG), 71558408401 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Fixos: **- 85912581**

Telefones Celulares:
- 91911592

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAPISSUMA, 17, AV FREI SERAFIM - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ANTONIO GALDINO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO GALDINO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WALLISSON FERREIRA DE MIRANDA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGM5219** (PERNAMBUCO/ABREU E LIMA) Renavam: **673896773** Chassi: **9C2KC1680ER412976**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA O DECLARANTE QUE ESTAVA TRAFEGANDO PELA RODOVIA BR 101 NORTE EM CRUZ DE REBOUÇAS/IGARASSU , QUANDO UM VEICULO DE CARACTERÍSTICAS NÃO ANOTADAS BETEU NO MESMO . SENDO EM SEGUIDA SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU (Nº 231235) PARA UPA DE IGARASSU(Nº DE ATENDIMENTO 809087) ONDE FORAM DADOS OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS HOSPITALARES . EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE(Nº DE ATENDIMENTO 453271) DE ONDE RECEBEU ALTA MÉDICA. NADA MAIS INFORMOU O DECLARANTE . REGISTRO DE B.O AUTORIZADO PELO COMISSÁRIO SETORIAL MABEL JÚNIOR.

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

Waller son Ferreira de Miranda
WALLISSON FERREIRA DE MIRANDA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALBERLANDO LÚCIO DE ARAÚJO** - Matrícula: **320267-4**





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA IGARASSU - IGARASSU



cad 1
 GEST
IMI
 HOSPITAL

Atendimento: 809087
Data e Hora: 23/09/2016 20:15

Senha da Classificação:

0152

Paciente: 286930 WALLISON FERREIRA DE MIRANDA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 17/10/1993 Idade: 22 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: MARIA JOSE FERREIRA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 123456
Endereço: RUA OITENTA E QUATRO - Bairro: CAETES III
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53545820 Usuário Atendimento: KLEBERLIS
RG (Identidade): 0575542 SDS PE Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone:
CRN (Certidão de Registro da Nascl): Data de Emissão CRN:

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmhg
DATA: _____ / _____ / _____ HORA: _____ : _____

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

EXAMINER:

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

Médico / Enfermeiro:

ENCAMINHADO: Ambulatório Sala Verde Sala Amarela Sala Vermelha

Médico / Grampeus:

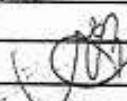
→ $\pi_1(\mathbb{R}^n) \rightarrow \text{Im } \pi_1 \in \text{Gr} 61615$
proj 244.



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

14/09 às 11:25h - Paciente admitido na sala amarela.
Paciente consciente, orientado, normocorrido, afelido ao
toque. RPA: medicado com Aguronha 500mg no
IMA ou convívio.



EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: Melhorada Com Atestado Com Prescrição

TRANSFERÊNCIA LOCAL: Hrus SENHA: 5008626

ÓBITO Data: 23/09/16 Às _____) ATESTADO DE ÓBITO SVO IML


Alessandra Brito Alencar
Medico de Família
13/09/16

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho
absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ ; ____

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS: _____



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/09/2016 20:07

	Nome Paciente: WALLISSON FERREIRA DE MIRANDA
	Cód. Paciente:
	Data de Nascimento: 17/10/1993
	Sexo: Masculino
	Idade: 22
	Senha: 0152
	Convênio:
	Atendimento:
	SAME:
Período: 23/09/2016 20:09 - 23/09/2016 20:11	
PRISCILLA DAYANA FERREIRA SILVA - COREN: 010460 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação	
Prioridade:	URGENCIA - AMARELO
Cor:	AMARELO
Quelxa Principal:	PACTE TRAZIDO PELO SAMU IGARASSU EM MACA + PRANCHA + COLAR CERVICAL + COXINS, REFERE DOR EM TNZ ESQUERDO COM EDEMA APÓS ACIDENTE DE MOTO.
Observação:	ACIDENTE DE MOTO. ALERGIA MED NEGA HAS- DM-
Fluxograma sintoma:	SITUAÇÕES ESPECIAIS
Discriminador(es):	- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- RÉGUA DE DOR: 3 - FREQUENCIA CARDIACA: 66.00 BPM - HGT: 104.00 MG/DL - P.A. DISTOLICA: 60.00 MMHG - P.A. SISTOLICA: 100.00 MMHG - SATURAÇÃO: 100.00 %

Acolhido(a) por: PRISCILLA DAYANA FERREIRA SILVA - COREN: 010460 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/09/2016 20:11



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

Melhorada

Com Atestado

Com Prescrição

TRANSFERÊNCIA LOCAL: _____ SENHA: _____

ÓBITO Data: 27/07/16 Às _____ ATTESTADO DE ÓBITO SVO IML

Termo de alta para óbito
Assinatura: _____
Médico: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Assinando-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: _____ / _____ / _____

HORA: _____ : _____

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECUPERAÇÃO / GARIMBOS: _____





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: WALLISSON FERREIRA DE MIRANDA
DATA: 10/10/2016

SOLICITAÇÃO

retirar pontos
fisioterapia
retorno com 60 dias



Dr. REINALDO MENDES DE CARVALHO
CRM: 14861



Assinado eletronicamente por: ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR - 01/07/2019 20:20:09
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070120200993100000046503584>
Número do documento: 19070120200993100000046503584

Num. 47222955 - Pág. 12



Santa Casa da
Av. Cruz Cabugá
Fone: PABX 3222-1000
Site: www.santacasa.org.br

CONSULTAS MARCADAS

	DATA	HORA	MÉDICOS (A)
	10/10/16	15H	Reinaldo /
	12/12/16	23	Ronaldo
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

SOLICITAÇÃO

NOME: WALLISSON FERREIRA DE MIRANDA
DATA: 10/10/2016

retirar pontos /

fisioterapia

retorno com 60 dias

Dr. REINALDO MENDES DE CARVALHO
CRM: 14861



**EXAMES DE RX**DIA 6/12/16
08:00 horas.**TRAZER OS DOCUMENTOS:**
IDENTIDADE, CPF,
CARTÃO DO SUS E
COMPROVANTE DE RESIDÊNCIARecife
Amaro - Recife - PE
http://sta-casa@santacasarecife.org.brNome: WALLISSON FERREIRA -
Nº Registro: 453271 Nº Protuario: 1060353 Sexo: Masculino
Idade: 22 ano(s) Convenio: SUS - AMB OS: ,**Solicitação de Exames**

RX ART TINO-TARS ESQ/TORNOZ



??



Assinado eletronicamente por: ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR - 01/07/2019 20:20:09
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070120200993100000046503584>
Número do documento: 19070120200993100000046503584

Num. 47222955 - Pág. 14



Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAMU Metropolitano Igarassu

Igarassu 04 de Novembro de 2016

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Amanda Gomes da Silva RG. Nº 9355532, C.P.F. nº 11596109408, residente e domiciliada na Av. Barrão de Itapissuma, nº409, Centro-Itapissuma, foi atendido pelo SAMU METROPOLITANO DE IGARASSU no dia 23/09/2016 às 19h:35 mim, ocorrência nº231201, vítima de Queda de Moto ,acidente ocorrido na BR 101,S/N Cruz de Rebouças, a mesmo foi removido para a Unidade de Pronto Atendimento – UPA de igarassu.

Rafaela Galvão de Souza
Coordenadora SAMU Igarassu
QDP/IX-PE 01/2016

Dra. Rafaela Galvão de Souza

Enfermeira e Coordenadora do SAMU Igarassu





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPISSUMA
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL JOÃO RIBEIRO DE ALBUQUERQUE



**FICHA DE ENCAMINHAMENTO AO ESPECIALISTA
MUNICIPAL**

DADOS DA UNIDADE		
NOME DA UNIDADE SOLICITANTE	ESPECIALIDADE	DATA
	Ortopedista	10.10.17
DADOS DO PACIENTE		
NOME <i>Walisson Figueira de Menezes</i>		
CARTÃO DO SUS	SEXO <i>M</i>	IDADE <i>23a</i>
PRONTUÁRIO HOSPITAL	PRONTUÁRIO UBS	
REFERÊNCIA		
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO (INCLUIR DADOS DA ANAMNESI, EXAME FÍSICO E DIAGNÓSTICO)		
<p>Paciente vítima de acidente com fratura de fêmur esquerdo Refer dor lombar e dispepsia com dor abdominal.</p> <p>Paciente mãe retornou 01 açoito. Pct. ligeiro.</p> <p><i>[Handwritten signature]</i> DR VICTOR DUMIAL Médico</p>		
ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE		
ENCAMINHAMENTO PARA O ATENDIMENTO ESPECIALIZADO		
NOME DO MÉDICO	DATA	HORÁRIO
LOCAL EXECUTANTE		





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: WALLISSON FERREIRA DE MIRANDA
Nº Registro: 453271 Nº Protuario: 1060353 Sexo: Masculino
Idade: 22 ano(s) Convenio: SUS - AMB OS:

Solicitação de Exames

RX ART TIBIO-TARS ESQ/TORNOZ



??



Assinado eletronicamente por: ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR - 01/07/2019 20:20:09
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070120200993100000046503584>
Número do documento: 19070120200993100000046503584

Num. 47222955 - Pág. 17



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife
HOSPITAL SANTO AMARO
Convênio SUS

PACIENTE: **WILLIAMS L. Ribeiro**

PREScrição MÉDICA

Paciente:

WILLIAMS L. Ribeiro

Diagnóstico: Fratura
Tornozelo esquerdo

Tratamento: Cirúrgico

ACTA ORTOPÉDICA

Dr. Ricardestre

Maria

Dr. Ademar Salgado
Assinado - Dr. Ademar Salgado
30 NOV 2017

Cód.: 1226





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

۱۶۴

NOME: WALLISSON FERREIRA DE MIRANDA
DATA: 27/09/2016

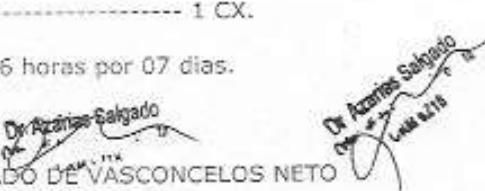
Prescrição Médica

Uso Interno

CEFALEXINA (500mg) 1 CX.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06/06 horas por 07 dias.

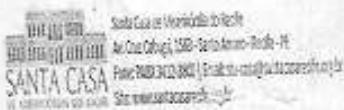
Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218



Assinado eletronicamente por: ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR - 01/07/2019 20:20:09
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907012020099310000046503584>
Número do documento: 1907012020099310000046503584

Num. 47222955 - Pág. 19

Santa Casa de Misericórdia de Recife
Relatório Médico de Alta



Nome: WALLISSON FERREIRA DE MIRANDA
Reg.: 453271 Pront.: 1060353
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 17/10/1993
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 22
Admissão: 24/09/2016 23:21 Alta: 27/09/2016 10:37

Admissão:

FRATURA TRONOZELO ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Internação:

Unidade

ENFERMARIA SANTA MARIA

Admissão

24/09/2016 23:21

Alta/Transferência

27/09/2016 10:37

Tempo

3 dia(s)

Orientação:

Agendar retorno com dr REINALDO

para 15 dias

Tomar medicação prescrita.

Realizar rx.

Não pisar até 2º ordem

Realizar curativo

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ab b

NOME: WALLISSON FERREIRA DE MIRANDA
DATA: 27/09/2016

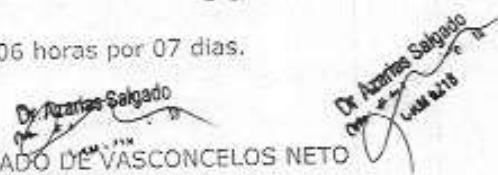
Prescrição Médica

Uso Interno

CEFALEXINA (500mg) ----- 1 CX.

Tomar 1 compr. Vía Oral de 06/06 horas por 07 días.

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218



Assinado eletronicamente por: ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR - 01/07/2019 20:20:09
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070120200993100000046503584>
Número do documento: 19070120200993100000046503584

Num. 47222955 - Pág. 21

NOME: WALLISSON FERREIRA DE MIRANDA
DATA: 27/09/2016

Prescrição Médica

1) DIPIRONA (500mg) ----- 2 BI.

Tomar 2 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR.

--ou--

1) PARACETAMOL (750mg) ----- 2 BI.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR.

2) IBUPROFENO (400mg ou 600 mg) ----- 2 BI.

Tomar 1 comp. Via Oral de 08 em 08 horas (3 vezes ao dia)
por 5 dias

OBSERVAÇÕES:

NÃO TOMAR AS MEDICAÇÕES CASO APRESENTE REAÇÃO ALÉRGICA.

Dr. AZARIAS SALGADO,  CONCELOS NETO

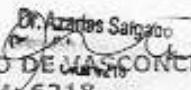
Atestado Pós Cirúrgico

WALLISSON FERREIRA DE MIRANDA

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 15 dias.

CID: S82

Recife, 27/09/2016


Dr. AZARIAS SALGADO DE M. CONCELOS NETO
CRM: 6218



20/06/10



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Carta nº: 12503842

A/C: WALLISSON FERREIRA DE MIRANDA

Nº Sinistro: 3170650271
Vítima: WALLISSON FERREIRA DE MIRANDA
Data do Acidente: 29/09/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: WALLISSON FERREIRA DE MIRANDA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002033-8

Conta: 0000024008-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a Indenizar: 12,50% x R\$ 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Pag. 01/30701508 - carta_15R - INVALIDEZ



00020504



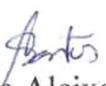
Assinado eletronicamente por: ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR - 01/07/2019 20:20:09
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070120200993100000046503584>
Número do documento: 19070120200993100000046503584

Num. 47222955 - Pág. 24

SUBSTABELECIMENTO

ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE nº 28.697D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, **Substabelece com reserva de poderes**, a pessoa da advogada **ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR**, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PE nº 30.197D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, os poderes que lhe foram outorgados por: **WALLISSON FERREIRA DE NIRANDA**, através do instrumento particular de mandato, para praticar todos os atos que se fizerem necessários.

Recife, 01 de Junho de 2019.


Ana Cristina Aleixo Pereira Santos

OAB/PE 28697-D

