

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: WALLISSON FERRERA DE MIRANHA
brasileiro(a), estado civil CASADO, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 715.584.084-01 e portador da cédula de identidade
nº 9.535.542-SDS/PE, residente e domiciliado(a) na
AV. FÁBIO SERAFIM,
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



x Wallisson Ferreira de Miranda
Ourtorgante



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 9.575.942-505/PE, residente e
domiciliado(a) Av. Frei Serafim, 17
nº 17, bairro CENTRO,
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: *Wallisson 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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 031ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAPISSUMA - DP31ªCIRC
DIM/8ªDESEC

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 - Culposos (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 (VÍTIMA)

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 CARACTERISTICAS NÃO ANOTADAS BATEU 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 TRANFERIDO PARA SANTA CASA DE MISERICORDIA 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

Wallisson Ferreira de Miranda
WALLISSON FERREIRA DE MIRANDA
(VITIMA)

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



Atendimento: 809087

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

Senha de 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: 1234567
Endereço: RUA OITENTA E QUATRO - Bairro: CAETES III
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53545820 Usuário Atendimento: KLEBERLS
RG (Identidade): 9575542 SDS PE Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone:
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmHg

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

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Mano do wto com dor no tornozelo

EXAME FÍSICO:

RR 18-20, FC 100, PA 120/80

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA(S):

Fx no tornozelo

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

*→ DILATORES 12-7 1 ano + 100g
→ PROFENOL 200mg 100g 100g
→ 12 12 12
→ 12 12 12*

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

*→ DILATORES 12-7 1 ano + 100g 6/6 15
100g 24h*



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

4/09 às 11:25h - Paciente admitido na sala amarela
 EOR consciente, orientado, normotenso, aférril ao
 toque. EFO. Medicado com Aguardo de Vaga no
 JMA ou convênio.

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição

☒ TRANSFERÊNCIA LOCAL: 1 km SENHA: 5008626
) ÓBITO Data: 23/09/16 ÀS 13h) ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IML

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: 23/09/16 HORA: 13h

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

Queixa 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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: ☒ Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição

() TRANSFERÊNCIA LOCAL: _____ SENHA: _____

() ÓBITO Data: 29 / 09 / 16 ÀS _____ ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IML

Médico(a) Responsável:

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: _____

RECUPERAÇÃO / CARIMBOS: _____





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 /
fisioterpia
retorno com 60 dias

Dr. REINALDO MENDES DE CARVALHO
CRM: 14861





Santa Casa de
Av. Cruz Cabral
Fone: PABX 3
Site: www.sa

CONSULTAS MARCADAS

| DATA | HORA | MÉDICOS (A) |
|----------|------|-------------|
| 10/10/16 | 13h | Reinaldo |
| 12/12/16 | 13 | Reinaldo |
| / / | | |
| / / | | |
| / / | | |
| / / | | |
| / / | | |

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

SOLICITAÇÃO

retirar pontos /
fisioterapia
retorno com 60 dias

Dr. REINALDO MENDES DE CARVALHO
CRM: 14861

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 RESIDÊNCIA

Recife
Amaro - Recife - PE
E-mail: sta-casa@santacasarecife.org.br
g.br

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

Solicitação de Exames

RX ART TIHO-TARS ESQ/TORNOZ

RECIFE - PE
06/12/2016
10h00
[Assinatura]

Alexandre Almeida
[Assinatura]

??





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 min, ocorrência nº231201, vítima de Queda de Moto, acidente ocorrido na BR 101, S/N Cruz de Rebouças, a mesma foi removido para a Unidade de Pronto Atendimento – UPA de Igarassu.

Rafaela Galvão de Souza
Coordenadora do SAMU Igarassu
GEREN - PE 51100

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 <i>Ortopedia</i> | DATA <i>10.10.17</i> |
| DADOS DO PACIENTE | | |
| NOME <i>Walisson Figueira de Menezes</i> | | |
| CARTÃO DO SUS | SEXO <i>M</i> | IDADE <i>73a</i> |
| PRONTUÁRIO HOSPITAL | PRONTUÁRIO UBS | |
| REFERÊNCIA | | |
| MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO (INCLUIR DADOS DA ANAMNESE, EXAME FÍSICO E DIAGNÓSTICO) | | |
| <p><i>Paciente vítima de acidente com fratura de tornozelo esquerdo referir dor local e dificuldade para caminhar.</i></p> <p><i>Paciente não retorna para atendimento.</i></p> <p><i>Dr. Victor Quintal</i></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 Protuário: 1060353 Sexo: Masculino
Idade: 22 ano(s) Convenio: SUS - AMB OS:

Solicitação de Exames

RX ART TIBIO-TARS ESQ/TORNOZ

RECIFE, 01 DE JULHO DE 2019.
Assinado eletronicamente por:
ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR

Assinado eletronicamente por:
ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR

??



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

0000-122-1000
0000-0000-0000-0000
SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO RECIFE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente:

WALLISON A. RIBEIRO

MIRANDA

DIAGN: FRATURA
TORNANTELO ESQUERDO.

TRAT: CIRÚRGICO

ALTA ORTOPÉ-
DICA WESTER-
MATH.

Dr. Aécio Sales
Traum - Ortop. 5718
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

06/13

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
CRM: 6218

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

Dr. Azarias Salgado
CRM: 6218



Santa Casa de Misericórdia de Recife
Relatório Médico de Alta

Santa Casa de Misericórdia de Recife
Av. Cruz Cabugá, 550 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3423-8800 | E-mail: atendimento@scarecife.org.br
Site: www.santacasa.org.br

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 | Admissão | Alta/Transferência | Tempo |
|------------------------|------------------|--------------------|----------|
| ENFERMARIA SANTA MARIA | 24/09/2016 23:21 | 27/09/2016 10:37 | 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

06 B

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


Dr. Azarias Salgado
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

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

Prescrição Médica

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

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

--ou--

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

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

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

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 S. CONCELOS NETO

[Handwritten signature]
6218
14/09/16





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

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 MASCONELOS NETO
CRM: 6218



20/06/16



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 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 Líder-DPVAT

Pag. 01/2016: 508 - carta_15R - INVALIDEZ



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

