

PROCURAÇÃO

PARTE OUTORGANTE:

Nome: Wanderlei Oliveira Gaião da Silva
brasileiro (a), estado civil: solteiro, profissão: Comerciante
RG nº 7.263.097 SP/PE, CPF/MF nº 704.592.674-00, com
endereço residencial na Rua João Pessoa, 202 - Sapucaia
Olinda - PE. Cep. 53270-675

PARTE OUTORGADA:

GISELLE VALENÇA DE MEDEIROS, SÉRGIO PORTO ESTEVES e BRUNA VITALINO DA CONCEIÇÃO, brasileiros, sendo os primeiros advogados, devidamente inscritos na OAB/PE sob os nºs 17.828, 16.236, e a última estudante de direito, todos com endereço profissional à Rua Francisco Alves, 105, sala 104, Recife – PE, onde recebem as intimações legais.

PODERES:

Para representar a PARTE OUTORGANTE em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, com poderes incluídos nas cláusulas “ad judícia” e “ad judícia et extra”, podendo propor ações, requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, transigir, recorrer, desistir, renunciar a crédito, receber valores e dar quitação, levantar quantias em depósito judicial através de Alvará, firmar compromissos, substabelecer no todo ou em parte, bem como todos os poderes permitidos em direito sempre no interesse do outorgante.

Recife, 04 de Abril de 2019.

Wanderlei Oliveira G. da Silva
outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Wanderlei Oliveira Coutinho da Silva,
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 7.263.697,
inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 704592674-00, residente
na Rua João Pessoa - 308 - Sapucaia -
Olinda - PE. Cep. 53230-675.

declaro para os devidos fins, sob as penas da Lei de Assistência Judiciária nº 1.060/50 e demais legislações aplicáveis à espécie, e sob minha própria responsabilidade, que não tenho condições financeiras de pagar custas do processo, despesas com publicações e/ou outras despesas concernentes, sem prejuízos próprios.

Recife, 04 de Abri de 2019.

Wanderlei Oliveira e da Silva
Declarante



LEI Nº 7.263.697 EXPEDIÇÃO 22/02/2014

NOME << WANDERLÂ OLIVEIRA GALVÃO DA SILVA >>

FILIAÇÃO << MARCOS ALBERTO GALVÃO DA SILVA >>
<< MIRIAM ALVES DE OLIVEIRA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 26/02/1994

DOC. ORIGEM << CN.117326 L.100A F.220 CART. RECIFE-PE 28.02.1994 >>

CPF 704.592.674-00

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

F-59 94.787 - 4331

ESTADO DE PERNAMBUCO E 01 MU 1

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURL

COLEÇÃO 30037

ASSINATURA DO TITULAR

Wanderlâ Oliveira Galvão da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE



CAIXA POSTAL Nº 3705
CEP: 60325-970 - FORTALEZA - CE

MOTIVO DA DEVOLUÇÃO

- ☐ MUDOU-SE
☐ ENDEREÇO NÃO ENCONTRADO
☐ RECUSOU-SE A RECEBER
☐ FALECIDO
☐ INFORMAÇÃO ANOTADA PELO PORTEIRO OU PELO SÍNDICO
- ☐ NÃO EXISTE O Nº INDICADO
☐ DESTINATÁRIO DESCONHECIDO
OUTROS _____



IMPORTANTE



000016-3-043506-16

CTC RECIFE PE PL3
WANDERLA OLIVEIRA GALVAO DA SILVA
R JOAO PESSOA , 302
SAPUCAIA
53270675 OLINDA PE



1214112779031740000000001630010615



2000679588

ATENÇÃO!

OPORTUNIDADE ÚNICA!

Aproveite esta chance para pagamentos com descontos excepcionais e dentro de seu orçamento.
Você só tem a ganhar:
✓ Liquida seu débito;
✓ Finaliza seu processo de cobrança;
✓ Reabilita seu nome junto aos órgãos de proteção de crédito (SPC e SERASA).

ESTAMOS LHE CONCEDENDO UM DESCONTO DE R\$ 430,78

Oportunidade como esta não acontece todo dia!!!

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **15E0115002831**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/06/2015** às **16:42**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **3/5/2015** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE OLINDA (BAIRRO), 1, RUA JOAO PESSOA PERTO DA CASA DA VITIMA NUMERO 302 BAIRRO DE SAPUCAIA DE FORA OLINDA PE - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
WANDERLA OLIVEIRA GALVAO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a). **WANDERLA OLIVEIRA GALVAO DA SILVA**
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

WANDERLA OLIVEIRA GALVAO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MIRIAN ALVES DE OLIVEIRA Da MARCOS ALBERTO GALVAO DA SILVA** - Data de Nascimento: **26/2/1994** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residência: **MUNICIPIO DE OLINDA (BAIRRO), 302, RUA JOAO PESSOA NUMERO 302 SAPUCAIA DE FORA OLINDA PE - PERTO DA INTEGRACAO DE XAMBA - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

AUTOMOVEL PRETO DE PLACA NAO ANOTADA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Detecção: **AUTOMOVEL DE MODELO E PLACA NAO ANOTADOS TINHA COR PRETA .**

MOTOCICLEIA HONDA CG 150 CC COR VERMELHA DE PLACA NUMERO PDW 6424 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **WANDERLA OLIVEIRA GALVAO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Complementos e Observações

INFORMA QUE EM ENDEREÇO CITADO RECEBEU TRANCA DE CONDUTOR DE AUTOMÓVEL, MODELO E PLACA NÃO VISTOS E CAIU DESTA MOTO FICANDO COM FRATURA EXPOSTA NO PE DIREITO E CORTE NESSE PE INDO SOCORRIDO POR UM VIZINHO A UPA DE NOVA DESCOBERTA E NO MESMO DIA TRANSFERIDO AO HOSPITAL GETULIO VARGAS ONDE FEZ CIRURGIA.

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

WANDERLA OLIVEIRA GALVAO DA SILVA
(VITIMA)

Wanderla Oliveira Galvão da Silva
B.O. registrado por: ALBERTO DE AZEVEDO MELO NETO - Matrícula: 319034

31/05/2019 10:40





Data do Atendimento: 03/05/2015 Hora: 19:28:41 PRONTUÁRIO: 202182
No. Atendimento: 726636 CLINICA GERAL Colaborador: ALINELIMA
Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

Nome: WANDERLA OLIVEIRA GALVAO DA SILVA Sexo: M
Data de Nascimento: 26/02/1994 Idade: 21 Anos, 2 Meses e 7 Dias C.I.:
País ou responsáveis: MIRIAN ALVES DE OLIVEIRA
Endereço: JOAO PESSOA, 302 - SAPUCAIA/ - 53270675
Cidade: OLINDA Tel.: 81 84273710
Hora do Atendimento: ____ / ____ Hs Peso: ____ Kg Temperatura: ____ °

QPD / HDA: Poder ecame com lms no
MID Opa que se nota.
ye rcs.

EXAME FÍSICO: ASB, lumbos, ebael, unhuil
LBSAD 205 415% PDD E MORTALIDADE
E FARMACIA DO 415% MORTALIDADE

DIAGNÓSTICO: ① FRATURAS EPIFISE PE ①

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO ① CURATIVO APÓS...
② LAVAGEM COM SF 9% normal
③ COFASOTIVA 2g + RO- 0V
④ PROTEÇÃO 04 IM 20:55

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: ③ SEWAITA PARA ORTOPEDIA
④

Jordel Magalhães de Souza
Médico
CRM-PE 22.983

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Alta à Pedido () Atestado Dias

() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

Médico - Carimbo e Assinatura





21:00

H67-001

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrica () Psiquiátrico ()	SENHA 4681347
Em caso de violência: Acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: WANDERLÂ	OLIVEIRA CAVALCANTE M SILVA Idade: 212
Sexo: M () F ()	Profissão: Fone:
Endereço Residencial:	Bairro:
Cidade: RECIFE	
CAUSA INTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passageiro () Motociclista (X)	
Atropelamento: Pedestre () Ciclista (X)	
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()	
Motociclista: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()	
Semi-Afogamento/Sobressaída () Solamento ()	
Intoxicação: Exógena () Animal/Poisonamento () Agente Causador:	
Exposição ao Fogo/Química/Choque Elétrico ()	
Quedas: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()	
Queda: () Altura Acidental: Metros () Queda de Própria Altura	
Agressão: () Por Arma de Fogo () Por Arma Branca/Tipos: ()	
Agressão Sexual: () Sexo Feminino () Masculino ()	
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capota:	
CAUSAS CLÍNICAS	
História Clínica Atual: Queda de uma árvore com lençóis	MB P2 (D) Re: fratura da 4152 METATARSOS
Hipótese Diagnóstica: FRATURA DE PISTA 4152 METATARSOS (D)	
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HG): Temperatura: F.C.: P.A.: X	
Vias Aéreas: FR: Diapnéia S () N () Trigemino Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()	
Sibilos Expiratórios S () N () SBN: S () N () Dificuldade do Tórax S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()	
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()	
Agitação/Peicomportar: S () N () Lesões de pele: S () N () Retração Xifóide: S () N ()	
Perfusão Periférica: Boa () Limitada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()	
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()	
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()	
Sudores: S () N () Desidratado: S () N ()	

FR: 60-130-50
< 1 ano 30-50
Criança 20-30
Adulto 12-30

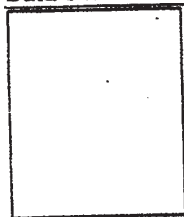
FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



UPA24H-UNID PRONTO ATEND NOVA DESCOBERTA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA NOVA DESCOBERTA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 03/05/2015 19:25



Nome Paciente: WANDERLAN OLIVEIRA GALVAO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 26/02/1994
Sexo: Masculino
Idade: 21
Senha: B0234
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 03/05/2015 19:25 - 03/05/2015 19:27

GERMANO DOS SANTOS VINEZOF JUNIOR - COREN: 010631 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PCTE APRESENTA ESMAGAMENTO EM PE DIREITO

Observação: NEGA HAS,DM,NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA
- FERIMENTO EXTENSO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: CLINICA GERAL

Acolhido(a) por: GERMANO DOS SANTOS VINEZOF JUNIOR - COREN: 010631 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 03/05/2015 19:27

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: WANDERLA OLIVEIRA GALVÃO SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 223677

1.1 - Atendimentos em: 03/05/2015

1.2 - Às 22 horas e 02 minutos:

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 984178

2.1 - Internado em: 03/05/2015

2.2 - Alta em: 12/05/2015

3. Hipótese Diagnóstica: LUXAÇÃO EXPOSTA DO 4º E 5º PODODACTILO DIREITO.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 04/05/2015 = LIMPEZA CIRURGICA + REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM FIOS DE KIRSCHNER.

5. Observação: ACIDENTE DE MOTOCICLETA.

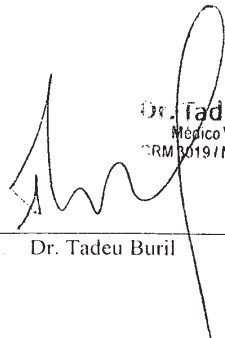
DATA: 8.9.2015

HORA: 11:59:53

PASTA: 01.09.2015

TB

TSL


Dr. Tadeu Buril
Médico Vascular
CRM 3019 / Mat. 0586683

Dr. Tadeu Buril





HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Ass. Enfermeira + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Diag. Definitivo:

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

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Piorado

☐ Óbito

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Assist. Social:

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externo: ☐

Assist. Social

Observações:

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____

Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____

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

Data: _____

Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____

Cadastramento: 03/05/2015 22:02 h CLAUDIOAS

impressão: 03/05/2015 22:02 h CLAUDIOAS

Médico





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL

GETÚLIO VARGAS

Pernambuco

Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME: Wanderla Oliveira Galvão da Silva Registro: 984178

Data da operação: 04/05/2015

Operador: Dr. Rodrigo Castro 1º auxiliar: Dra Erica M Lopes

Anestesista: local

Diagnóstico pré-operatório:

LUXAÇÃO EXPOSTA DE 4º E 5º PDD

Tipo de operação:

LMC + REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM FIO DE K

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia local
- 2) Assepsia + antissepsia
- 3) Aposição de campos estereis
- 4) Identificado ferimento extenso em pé D com fratura exposta de 4º e 5º PDD, com contaminação grosseira;
- 5) Realizada lavagem exaustiva com SF0,9%
- 6) Realizada redução cruenta e fixação com fio de K 1.0 intramedular em 4º e 5º PDD
- 7) Curativo
- 8) observada boa perfusão distal após o procedimento

Dra Erica M. Lopes
Médica - CRM: 17443

03 MAIO 2015



HOSPITAL GETULIO VARGAS

o da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

03/05/2015 21:49

Nome Paciente: WANDERL OLIVEIRA GALVAO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 26/02/1994
Sexo: Masculino
Idade: 21
Senha: E0041
Convênio:
Atendimento:

03/05/2015 21:49 - TERESINHA CORDEIRO DE VASCONCELOS - COREN: 105497 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO URGENTE

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTO(COLISAO MOTOXCARRO) HÁ +/- 2 HORAS C/
FRATURA EXPOSTA 4 E 5º METATARSOS "D"

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- FRATURA EXPOSTA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 4

Acolhido(a) por: TERESINHA CORDEIRO DE VASCONCELOS

Data: 03/05/2015 21:49

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



SINISTRO 3160683378 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** WANDERLA OLIVEIRA GALVAO DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA**SEGURADORA** S/A**BENEFICIÁRIO** WANDERLA OLIVEIRA GALVAO DA SILVA**CPF/CNPJ:** 70459267400**Posição em 04-04-2019 15:02:48**

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
05/12/2016	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

