

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTES: ISABEL ALBANI ALVES GONÇALVES -REPRESENTADO POR:

ALBANO DA SILVA GONÇALVES, Solteiro, Pescador, portador da cédula de identidade sob o RG de n° 39256 MT/PE, inscrito no CPF/MF sob o n.° 045.532.984-22, residente e domiciliado Rua Ribeirão, n° 76, Bairro: Bairro Novo, na Cidade Itamaraca, Estado de Pernambuco.

OUTORGADOS: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON

VILAR DE LIMA, brasileiros, advogados, casados, portadores, respectivamente, da OAB/PE n. **22.362 e 28.570**, ambos com endereço profissional na Av. Agamenon Magalhães, n. 4318, sala 1510 - Paissandú - Recife - PE - CEP. 52010-040 - Fone: (81) 3445.0715/9982.1579/ 8610.8166.

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, os **OUTORGANTES** se obrigam a pagar ao **OUTORGADO** o percentual de **30 % (vinte 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.

Recife, 11 de Fevereiro de 2019.

ALBANO DA SILVA GONÇALVES
ALBANO DA SILVA GONÇALVES
Outorgante/Declarante



DECLARAÇÃO

Eu, ISABEL ALBANI ALVES GONÇALVES -REPRESENTADO POR: ALBANO DA SILVA GONÇALVES, Solteiro, Pescador, portador da cédula de identidade sob o RG de nº 39256 MT/PE, inscrito no CPF/MF sob o n.º 045.532.984-22, residente e domiciliado Rua Ribeirão, nº 76, Bairro: Bairro Novo, na Cidade Itamaracá, Estado de Pernambuco. 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.

Recife, 11 de Fevereiro de 2019

ALBANO DA SILVA GONÇALVES



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ISABEL ALBANI ALVES GONÇALVES -REPRESENTADO POR: ALBANO DA SILVA GONÇALVES, Solteiro, Pescador, portador da cédula de identidade sob o RG de nº 39256 MT/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 045.532.984-22, residente e domiciliado Rua Ribeirão, nº 76, Bairro: Bairro Novo, na Cidade Itamaracá, Estado de Pernambuco Que surta seus efeitos legais.

Recife, 11 de Fevereiro de 2019.

ALBANO DA SILVA GONÇALVES

Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAMENTO
 SECRETARIA NACIONAL DE HABITACAO

NOME
 ALBANO DA SILVA GONCALVES



LOCALIDADE / UF

39258 MT PR

CPF

045.532.984-22

DATA NASCIMENTO

12/01/1983

PLACAO

VALDECY CALDINO

GONCALVES

MARIA LUCIA DA SILVA

GONCALVES

PERMISSAO

REC

CAT. RES.

30

N. REGISTRO

03290314029

VALIDADE

14/04/2021

P. REGISTRO

27/05/2004

OCUPACAO

Exerce Ativ Remunerada

Assinatura do Titular

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL

BRUNHE - PR

DATA EMISSAO

30/06/2014

[Handwritten Signature]

31120444653
 00001878212

ASSINATURA DO TITULAR

SECRETARIA NACIONAL DE HABITACAO

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1299296680

COPIA PLASTIFICADA
 299296680





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 030ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMARACÁ - DP30ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0120000762

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/04/2018 às 11:00

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 12/4/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JOAO P GUERRA, 1 - Bairro: RIO AMBAR - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUGUSTO JOSÉ DA SILVA OLIVEIRA (AUTOR / AGENTE)
ALBANO DA SILVA GONÇALVES (NOTICIANTE)
I.A. A. G. (MENOR) (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): AUGUSTO JOSÉ DA SILVA OLIVEIRA

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

AUGUSTO JOSÉ DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de Nascimento: 26/11/1991 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA SENADOR PAULO GUERRA, 1, VILA ELDORADO - CEP: 0 - Bairro: BAIXA VERDE - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ALBANO DA SILVA GONÇALVES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **M. MARIA LÚCIA DA SILVA GONÇALVES** Pai: **VALDECY GALDINO GONÇALVES** Data de Nascimento: 12/1/1983 Naturalidade: IGARASSU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6053428/SDS/PE (RG) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **PESCADOR**
Telefones Celulares:
- 91476920

Endereço Residencial: **RUA RIBEIRAO, 76 - CEP: 0 - Bairro: RIO AMBAR - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

I.A. A. G. (MENOR) (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **MARILENE MARIA ALVES** Pai: **ALBANO DA SILVA GONÇALVES** Data de Nascimento: 11/1/2003 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7306101/SDS/PE (RG) Estado Civil: **VIUVO(A)** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares:
- 991476920
- 986353475

Endereço Residencial: **RUA PESQUEIRA, 20 - CEP: 0 - Bairro: RIO AMBAR - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

Scanned with CamScanner



VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AUGUSTO JOSÉ DA SILVA OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **AUGUSTO JOSÉ DA SILVA OLIVEIRA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HINERAY/XY 90 Q-2** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDL8181 (PERNAMBUCO/ITAMARACA)**
 Ano Fabricação/Modelo: **2014/NÃO INFORMADO** Combustível: **GAS**

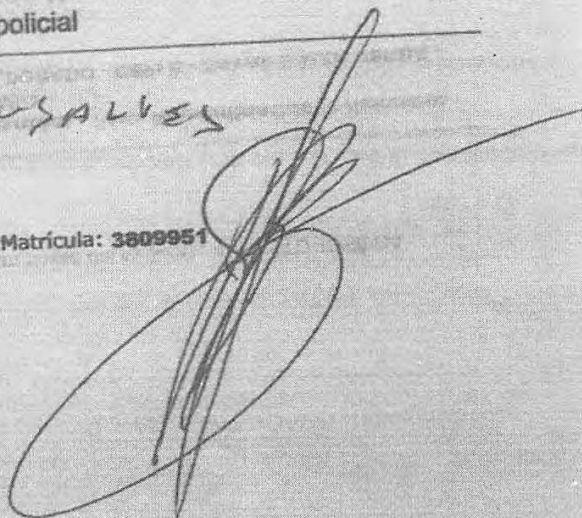
Complêmento / Observação

SEGUNDO RELATA O NOTICIANTE, QUE A SUA FILHA MENOR, I.A.A.G(MENOR), QUE SE ENCONTRARA NO MENCIONADO LOCAL, E, AO TENTAR ATRAVESSAR A VIA, FORA TROPELADA PELO MENCIONADO VEICULO, E SENDO PILOTADO PELA PESSOA DE JOSÉ AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA(AUTOR); ADIANTOU AINDA QUE IMEDIATAMENTE CHEGOU AO LOCAL, UMA EQUIPE DA GUARDA MUNICIPAL LOCAL, E QUE MAIS TARDE, A MENOR I.A.A.G., FERIDA, FORA REMOVIDA PELO SAMU DE ITAPISSUMA, PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS.

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

ALBANO DA SILVA GONÇALVES
ALBANO DA SILVA GONÇALVES
 (NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **BENEVAL DOS SANTOS BANDEIRA** - Matrícula: **3809951**






Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 020/2018
EM: 23/04/2018

Declaramos que no dia 12 de abril de 2018, o **Sta. ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES**, portador do Documento de Identidade RG nº **7.308.101 SDS/PE** e CPF: **077.830.445-22**, atendida pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano de Itapissuma, sobre o QTC: **S 463073**, vítima ATROPELAMENTO próximo ao Templo de Itapissuma, município de ITAMARACÁ/PE, por volta das 18h00minhs, paciente removida para o Hospital MIGUEL ARRAES/PE.

Itapissuma, 23 de ABRIL de 2018.

Gladys Accioly
Coord. SAMU Itapissuma
Mat. 045.122

Dra. GLADYS ACCIOLY DE MENEZES DE BARROS E SILVA
Coordenadora Geral do SAMU metropolitano - Itapissuma

Scanned with CamScanner



0034

Num. 46513775 - Pág. 4

Data Impressão: 12/04/2018 19:47

Acolhido(a) por: GEDALVA PEREIRA DE LIMA - COREN: 485419 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

GEDALVA PEREIRA DE LIMA
ENFERMEIRO(A)

Assinatura em MIE

Assinatura em MIE

Assinatura em MIE

Assinatura em MIE

Sinais Vitais Lidos:
- SAGR - REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 88.00 BPM
- GLICOSE: 96.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DIASTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURACAO DE OXIGENIO: 99.00 %

Sinais Vitais Lidos:

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)

Programa sintoma:

TRAUMA

Observação:

PACIENTE ENCAMINHADA COM SAMU ITAPISSUMA.
NEGALERGIA.SAS.DM

Queixa Principal:

PACIENTE ATROPELADA POR MOTO HA 2H. REFERE DOR E EDEMA MIE. NEGALERGIA.SAS.DM

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

VERDE

Período: 12/04/2018 19:40 - 12/04/2018 19:43

GEDALVA PEREIRA DE LIMA - COREN: 485419 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXACAO SEM DEFORMIDADE
- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Programa sintoma:

TRAUMA

Observação:

PACIENTE ENCAMINHADA COM SAMU ITAPISSUMA.
NEGALERGIA.SAS.DM

Queixa Principal:

PACIENTE ATROPELADA POR MOTO HA 2H. REFERE DOR E EDEMA MIE. NEGALERGIA.SAS.DM

Prioridade:

URGÊNCIA AMARELO

AMARELO

Período: 12/04/2018 19:40 - 12/04/2018 19:47

GEDALVA PEREIRA DE LIMA - COREN: 485419 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

SAME:

Atendimento:

101196

Convenio:

424238

Senha:

0034

Idade:

5

Sexo:

Feminino

Data de Nascimento:

11/01/2003

Cód. Paciente:

114041

Nome Paciente:

ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES

Data e hora retirada da senha: 12/04/2018 19:23

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

NORTE MIGUEL ARRAES



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **424244**

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES**

Prontuário: 114041

Data de Nascimento: 11/1/2003

Idade: 15a-3m 0d

Sexo: F

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão:

Escolaridade:

R.G.: 7308101

C.P.F.: 07783044425

Telefone:

CEP 53900000

- ILHA DE ITAMARACA - PE

Endereço: RUA PESQUEIRA

BAIXA VERDE

Dados da Internação

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Data e Hora da Internação: 12/4/2018 20:53

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: GERAL

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2EXTRA

Médico Internação: THIAGO MENDONÇA FERREIRA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

Endereço:

Numero:

Telefone:

Cidade:

Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 14/04/18

Hora da Alta: 14:00

Motivo:

☐ Melhorado

☐ A Pedido

☒ Transferência

☐ Óbito

☐ Evasão

Condições de Alta:

Remoção de gesso e curativos

Diagnóstico Principal.....

Fx de fratura de tíbia esquerda

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

REVISADO
CCIH-HMA

Procedimento.....

Transferência

Dr. Marco Antônio de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 26660

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente

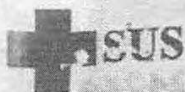
Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

| | | | |
|---------------------------------|------------------------|----------|---------|
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | HOSPITAL MIGUEL ARRAES | 2 - CNES | 6431559 |
| 3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | HOSPITAL MIGUEL ARRAES | 4 - CNES | 6431559 |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--|---------------|--------------------------|----------------------|
| 6 - Nome do Paciente | ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES | | | 6 - Nº Prontuário | 114041 |
| 7 - Cartão Nacional do SUS | 8 - Data de Nascimento | 9 - Sexo | 10 - Raça/Cor | 10.1 - Etnia | 0000 - Não Se Aplica |
| | 11/01/2003 | <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | 03 - Parda | 12 - Telefone de Contato | 8191476920 |
| 11 - Nome da Mãe | MARILENE MARIA ALVES | | | 14 - Telefone de Contato | |
| 13 - Nome Responsável | MAIZA | | | | |
| 15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) | RUA PESQUEIRA, 20 - BAIXA VERDE | | | | |
| 16 - Município | 17 - IBGE | 18 - UF | 19 - CEP | | |
| ILHA DE ITAMARACA | 280760 | PE | 63900000 | | |

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

| | | | |
|---|--|--|--|
| 20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos | TE COM LIMITAÇÃO AUDITIVA E ADMITIDA APRESENTANDO DOR EM TOPOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA; NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA; RÁFIA REVELA FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA; AO EXAME EVIDENCIADO SAÍDA DE HEMATOMA FRATURÁRIO EM FERIMENTO <1 CM | | |
| 21 - Condições que justificam a internação | ANAMNESE • EXAME FÍSICO • RADIOGRAFIAS | | |
| 22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas | AS SUPRA CITADAS | | |

| | | | |
|--|-----------------------|------------------------|-------------------------------|
| 23 - Diagnóstico Inicial / Código | 24 - CID 10 Principal | 25 - CID 10 Secundário | 26 - CID 10 Causas Associadas |
| FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA EXPOSTA | S822 | Z000 V02.1 | 03.01.06.007.0 |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

| | | | |
|--|------------------------------|--|---|
| 27 - Descrição do Procedimento Solicitado | 28 - Código do Procedimento | | |
| REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISÁRIA / LESÃO FISÁRIA DISTAL DA TÍBIA C/ OU S/ FRATURA DA FIBULA | 0408050225 | | |
| 29 - Especialidade | 30 - Caracter de Atendimento | 31 - Documento | 32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente |
| CHIRURGICA | 2 | (X) CNS () CPF | 709808066554290 |
| Assinatura do Profissional Solicitante/Assistente | 34 - Data da Solicitação | 35 - Assinatura e Carimbo do Profissional Registrado no Conselho | |
| THIAGO MENDONÇA FERREIRA | 12/04/2018 | 24726 | |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

| | | | |
|-----------------------------------|--|---------------------|------------|
| 36 - () Acidente de Trânsito | 39 - CNPJ Seguradora | 40 - Nº Bilhete | 41 - Série |
| 37 - () Acid. Trabalho Típico | 42 - CNPJ / Empresa | 43 - CNAE / Empresa | 44 - CBOR |
| 38 - () Acid. Trabalho Trajetado | | | |
| 45 - Vínculo com a Previdência | () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado | | |

AUTORIZAÇÃO

| | | |
|---------------------------------------|--|---|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador | 47 - Cód. Órgão Emissor | 52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH) |
| | E260000001 | |
| 48 - Documento | 49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador | |
| () CNS () CPF | | |
| 50 - Data da Autorização | 51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho) | |
| | | |

AIH
261810158979-6

Código do Laudo: 424238

Scanned with CamScanner





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: ISABEL ALBANI ALVES GONCALVES (1514050)

Admissão: 279026

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 08

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA TIBIA ESQ

CID 10:

S82.2

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISE TIBIA ESQ
COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA
EM 16 de abril de 2018

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. JUAREZ

ORIENTAÇÕES:

- 1 - CEFALLEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; AUTORIZADO A PISAR COM AUXÍLIO DE MULETAS.
- 4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO ÀS SEGUNDAS-FEIRAS, 7H, SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS.
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR NOVENTA (90) DIAS.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 16/04/2018 as 16:48

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
FAC. DE MEDICINA
19.174

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: 15595

Dr. Rômulo de Azevedo
Médico
CRM: 19.174

Scanned with CamScanner

