

MALHEIROS

ADVOGADOS

Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551 – Sala 01 - Piedade – Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010

Fone/Fax: (81) 3204.4039 / (81) 99543-4554

E-mail: renatomalheiros@outlook.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Joaquim Santana de Barros
Brasileiro, solteiro
Desempregado, portador(a) do RG nº 2392986
/PE, inscrito(a) no CPF sob o nº 027.623.564-90
residente e domiciliado(a) à Rua FE Fentim Dal
136, FE Fentim Dal São José da Cerra Grande-PE
CEP: 55565-000.

OUTORGADO: RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB-PE sob o número 31.915, domiciliado na cidade do Recife-PE e estabelecido na Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551, Sala 01 – Piedade – Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010.

PODERES: Plenos para o foro em geral, de acordo com os poderes das cláusulas "AD et EXTRA JUDITIA" implícitas no Art. 38 do Código de Processo Civil, podendo o Outorgado, acompanhar quaisquer inquéritos, ações ou recursos até a sentença final, especiais para acordar, discordar, desistir, impugnar, comprometer; transigir receber alvarás, representar o OUTORGANTE perante quaisquer Entidades Públicas ou Privadas, enfim, tudo o que for necessário para suprir as necessidades de defesa dos interesses do OUTORGANTE, inclusive substabelecer com ou sem reservas de direitos e, especificamente neste ato, para propor ação na Justiça Comum.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Cláusula Única - Pelo presente Contrato particular de prestação de serviços, o OUTORGANTE infra-assinado se compromete a pagar aos OUTORGADOS, honorários advocatícios na ordem de 30% (trinta por cento) sobre o total de todos os proventos advindos do processo patrocinado quer seja no total da condenação ou mediante conciliação, sendo esta última hipótese vedada sem a anuência dos OUTORGADOS, que se obrigam a prestar seus serviços profissionais; ficando de logo esta MM Vara autorizada a reter o referido percentual, independente dos de sucumbência.

Recife, 09 de Novembro de 2018.

Joaquim Santana de Barros
NOME DO OUTORGANTE

Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551 – Sala 01 - Piedade – Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010

Fone/Fax: (81) 3204.4039 / (81) 99543-4554



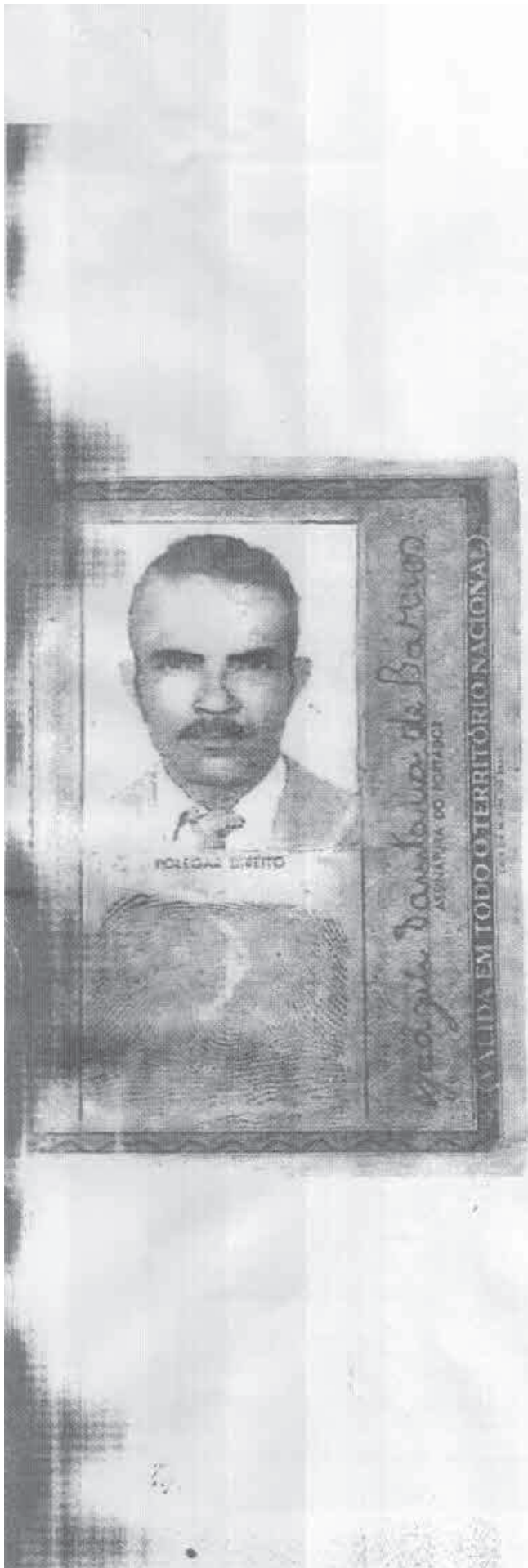
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Joaquim Santana de Barros
Brasileiro, solteiro, desempregado
portador(a) do RG nº 2392986, inscrito(a)
no CPF sob o nº. 027.623.564-90, residente e domiciliado(a) à
Rua EF Pentágono
nº 136, EF Pentágono, São João da Coroa Grande -PE,
CEP: 55565-000, declara, para fins de prova junto à Assistência
Judiciária, na forma dos artigos 98 e ss, da CPC/2015, que não apresenta condições
financeiras de arcar com o ônus processual deste feito, sem que haja prejuízo próprio
ou sua família. Declaração esta que faz sob as penas da Lei e sob sua inteira
responsabilidade.

Recife, 09 de Novembro de 20 18.

Joaquim Santana de Barros





Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura

JOAQUIM SANTANA DE BARROS

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 20/04/96

S E R P R C



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

2392986

NOME: JOAQUIM SANTANA DE BARROS

João Santana de Barros o
Josefa Maria da Conceição

BARRETIROS-PE 24.07.1938

09.11.1981

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOAQUIM SANTANA DE BARROS

Nº de Inscrição
027623564-90

Data do Nascimento
24/07/38







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 MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

JOAQUIM SANTANA DE BARROS

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: S822

Recife, 23/07/2018

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10531





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 082ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DA
COROA GRANDE - DP82ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0172000698**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/10/2018** às
15:16

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **18/7/2018** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE,
1, ENGENHO TENTUGAL, AO LADO DA RODOVIA PE99, SÃO JOSÉ DA
COROA GRANDE PE - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DA COROA
GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: EM SUA
PROPRIEDADE RURAL QUE FICA AO LADO DA RODOVIA PE99**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**OUTRO (AUTOR / AGENTE)
JOAQUIM SANTANA DE BARROS (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) - que estava em posse do(a)
Sr(a): OUTRO**

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

**JOAQUIM SANTANA DE BARROS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe
JOSEFA MARIA DA CONCEICAO Pai JOAO SANTANA DE BARROS Data de Nascimento:
28/7/1938 Naturalidade: BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
2392086/SSP/PE (RG) 92762366486 (CPF) Estado Civil: VIUVO(A) Escolaridade:
ANALFABETO Profissão: APOSENTADO
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE, 1, ENGENHO
TENTUGAL, SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE PE - CEP: 55089-000 - Bairro: CENTRO -
SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL, EM FRENTE A ANTRADA DO
CAMPO**

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

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

**VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): OUTRO, que estava em posse do(a) Sr(a):
OUTRO**

**Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/OUTRO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO
Cor: OUTRA COR - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Boletim de Ocorrência

File:///C:/Users/Polícia/Civil/Infopol/Arquivos/

Complemento / Observação

O SR JOAQUIM SANTANA DE BARROS COMPARECEU NESTA DEPOL INFORMANDO QUE, FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, O MESMO VINHA VOLTANDO DE BICICLETA DE SUA PROPIEDADE RURAL QUANDO UM VEICULO DESCONHECIDO O ATROPELOU, DEPOIS DE UM CERTO TEMPO A EQUIPE LOCAL DO SAMU O SOCORREU PARA O HOSPITAL LOCAL (UNIDADE MISTA OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA) COM PRONTUARIO N°888053496, SENDO A OCORRENCIA DO SAMU N° 5581270, SEGUER ANEXADOS TODOS OS PROCEDIMENTOS MEDICOS DO MESMO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial**JOAQUIM SANTANA DE BARROS
(VITIMA)**B.O. registrado por: **MARCONE JOSE ALVES DA SILVA** - Matrícula: 2884264

celpe
neoenergia

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005543-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SRA JOSE DA SILVA NARCISO

CPF 051.471.534-03

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

EG TENTUGAL 138

ENGENHO TENTUGAL/SÃO JOSE DA COROA
SÃO JOSE DA COROA GRANDE PE
55565-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4003118520	10/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
17/10/2018	09/11/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	199,03

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
4480960	UNICA	09/10/2018
DATA DE EMISSÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
10/10/2018	001390151	3561395

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
212,0000000	0,73069086	154,90
		14,85
		20,74
		1,16
		3,21
		2,98
		1,79

Consumo Ativo (kW)
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Consumo Ilum. Pública Municipal
Consumo Subvenção FIE NF 026981668-08/08/18
MUTUALIDADE NF 023235348-09/07/18
DESPESA DE MANUTENÇÃO NF 023235348-09/07/18
ATUALIZAÇÃO NF 023235348-09/07/18

TODAS DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DA NOTA FISCAL		199,03	
Nº DO REGISTRO	Tipo da Fatura	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
1	1	10/10/2018	1	10/10/2018	1
		DATA	VALOR	DATA	VALOR
		10/10/2018	154,90	10/10/2018	154,90
		10/10/2018	14,85	10/10/2018	14,85
		10/10/2018	20,74	10/10/2018	20,74
		10/10/2018	1,16	10/10/2018	1,16
		10/10/2018	3,21	10/10/2018	3,21
		10/10/2018	2,98	10/10/2018	2,98
		10/10/2018	1,79	10/10/2018	1,79
		10/10/2018	199,03	10/10/2018	199,03



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Joaquim Santana de Barros,

RG nº 2392986, data de expedição / / , Órgão ,

CPF nº 027.623.564-90, venho perante a este instrumento
declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome,
sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	EE Lentrugal
Número	136
Apto / Complemento	
Bairro	EE Lentrugal
Cidade	São José da Caroba Grande
Estado	PE
CEP	
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: Joaquim Santana de Barros





Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Secretaria de Saúde
FICHA DE ATENDIMENTO

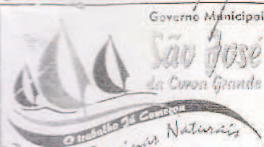
Nº de Ocorrência

9.503370

1. Hora do chamado: 9:37		2. Chegada ao local		3. Saída do local		4. Hora da conclusão: 10:27		5. Saída do hospital: 11:00		
6. Motivo/Solicitação: Acidente de carro		7. Data: 18/07/18								
8. Tipo de recurso: ☐ 1. USA ☒ 2. USP ☐ 3. VIR		9. Origem do acionamento: ☐ 1. Domicílio ☒ 2. Via Pública ☐ 3. Unidade de Saúde ☐ 4. SAD ☐ 5. Moto								
10. Médico regulador: Dr. Catarina		11. Rádio operador: Ramon								
12. Paciente: Joaquim Santana de Barros		13. Solicitante: Pedro								
14. Data de nascimento: 24/07/38		15. Idade: 79 anos		16. Sexo: ☒ 1. Masculino ☐ 2. Feminino						
17. Logradouro: Red. PE-60		18. Nº								
19. Bairro		20. Município: São Carlos								
21. Zona: ☐ 1. Urbana ☒ 2. Rural		22. Referência: Proc. a Dist. do Org. Hospitalar								
23. Local de ocorrência: ☒ 1. Via Pública ☐ 2. Domicílio		24. Ocorrência relacionada ao trabalho: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		25. Tipo de atendimento: ☐ 1. Clínico ☒ 2. Causa externa ☐ 3. Obstétrico ☐ 4. Pediátrico ☐ 5. Psiquiátrico ☐ 6. Remoção/Senha: /Unid. Solicitante:						
26. Tipo de vítima: ☒ 1. Pedestre ☐ 2. Condutor ☐ 3. Passageiro ☐ 4. Pessoa conduzida em local inadequado		27. Meio de locomoção da vítima: ☒ 1. Automóvel ☐ 2. Moto ☐ 3. A pé ☐ 4. Bicicleta ☐ 5. Outro		28. Mecanismo do trauma: ☒ 1. Capotamento ☐ 2. Ejeção ☐ 3. Impacto frontal ☐ 4. Impacto lateral ☐ 5. Impacto traseiro						
29. Natureza do acidente: ☒ 1. Colisão/Abaloamento ☐ 2. Tombamento ou Capotamento ☐ 3. Choque com objeto fixo ☐ 4. Atropelamento ☐ 5. Queda em/do veículo ☐ 6. Outro ☐ 9. Ignorado		30. Uso de capacete pela vítima: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☒ 88. Não se aplica		31. Uso de cinto pela vítima: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☒ 88. Não se aplica		32. Uso de bebida alcoólica pela vítima: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não ☐ 88. Não se aplica				
33. Intoxicação Exógena: ☐ 1. Alcool ☐ 2. Drogas ilícitas ☐ 3. Medicamentos ☐ 4. Animais peçonhentos ☐ 5. Outros		34. Queda: ☐ 1. Própria altura ☐ 2. Outra altura/Aproximadamente: m								
35. Agressão: ☐ 1. Arma de fogo ☐ 2. Arma branca ☐ 3. Agressão física ☐ 4. Abuso sexual ☐ 5. Outros		36. Queimadura: ☐ 1. Fogo ☐ 2. Fumaça ☐ 3. Térmica (exceto fogo) ☐ 4. Substância química ☐ 5. Choque elétrico								
37. Tentativa de suicídio: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		38. Outros acidentes: ☐ 1. Afogamento ☐ 2. Soterramento ☐ 3. Não sei ☐ 4. Outros								
39. Vias aéreas: ☒ 1. Livre ☐ 2. Obstruída		40. Respiração: ☒ 1. Normal ☐ 2. Traqueínea ☐ 3. Bradínea ☐ 4. Apnéia ☐ 5. Tórax com deformidades ou lesões		41. Circulação/pulso: ☒ 1. Ausente ☐ 2. Presente ☐ 3. Chin ☐ 4. F		42. Perfusão periférica: ☒ 1 > 2 Segundos ☐ 2 < 2 Segundos				
43. Neurológico: ☒ 1. Normal ☐ 2. Sonolência ☐ 3. Agitação ☐ 4. Coma ☐ 5. Convulsão		44. Escala de GCS (Glasgow): ☐ 1. Déficit motor ☐ 2. Desvio de comissura labial ☐ 3. Dificuldade de fala								
45. Coloração da pele: ☐ 1. Normal ☒ 2. Pálido ☐ 3. Cianose ☐ 4. Hiperemia ☐ 5. Ictérico		46. Pupilas: ☒ 1. Miose ☐ 2. Midríase ☐ 3. Reagente ☐ 4. Não reagente ☒ 5. Isocóricas ☐ 6. Anisocóricas								
47. Alergia: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		48. Usa medicamento: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		49. Alguma patologia: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não						
Qual?		Qual?		Qual?						
50. Abertura ocular (AO): ☒ 1. Espontânea (4) ☐ 2. À voz (3) ☐ 3. À dor (2) ☐ 4. Nenhuma (1)		51. Resposta verbal: ☒ 1. Orientada (5) ☐ 2. Confusa (4) ☐ 3. Palavras inapropriadas (3) ☐ 4. Palavras incompletas (2) ☐ 5. Nenhuma (1)		52. Resposta Motora: ☒ 1. Obedece a comandos (6) ☐ 2. Localiza dor (5) ☐ 3. Movimento de retirada (4) ☐ 4. Flexão anormal (3) ☐ 5. Extensão anormal (2) ☐ 6. Nenhuma (1)		53. Sinais vitais - SSVV				
TOTAL		SCORE1		SCORE2		HORA				
		15		15		PA 160x100 mmHg				
						FC 58				
						FR				
						HGT 172 mmHg				
						SpO2 % 99%				
54. Principais lesões		Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	Membro Superior	Membro Inferior
Amputação									Esquerdo	Direito
Contusão									Esquerdo	Direito
Escoriação									Esquerdo	Direito
Esmagamento									Esquerdo	Direito
Perfurante									Esquerdo	Direito
Contuso									Esquerdo	Direito
Fratura fechada									Esquerdo	Direito
Fratura aberta									Esquerdo	Direito
Laceração									Esquerdo	Direito
Luxação									Esquerdo	Direito
Queimadura									Esquerdo	Direito
Presença de sangramento									Esquerdo	Direito

55. Conduta ☒ 1. Imob. Coluna cervical ☒ 2. Utilização de prancha ☒ 3. Imob. Membros ☐ 4. KED ☐ 5. Oxigenoterapia		
56. Unidade de destino: <u>Unidade de Pronto Atendimento</u> 57. Médico que recebeu o paciente: <u>Dr. Roberto de Oliveira</u> 58. Equipe: <u>Equipe de Emergência</u> Médico assistente: <u>Dr. Roberto de Oliveira</u> Enfermeiro: <u>Enfermeiro</u> Técnico de enfermagem: <u>Enfermeiro</u> Condutor/Piloto: <u>Christian</u> Responsável pelo preenchimento: <u>Christian</u>		62. Outras descrições: PCP 86 R, vítima de atropelamento por Estipe de carro após o capotamento, sofreu fratura fechada de fíbula e tíbia D, e queixando-se de fortes dores em ombro D.
Solicitou apoio da UTI ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Observações:		(S)
Redirecionamento ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Causa: Destino: Obs: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações.		OBS Vítima estava voltando para casa na bicicleta quando foi atingido pelo Estipe do carro ao capotar.
59. Cancelamento da ocorrência ☐ 1. Pelo médico regulador ☐ 2. Pelo solicitante ☐ 3. Por trote ☐ 4. Por cenário de risco para a equipe		
60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica. Testemunha: Assinatura: RG: Data: / /		
61. Múltiplas vítimas: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Nº de vítimas: Cenário:		





UNIDADE MISTA OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA
JOÃO FRANCISCO DE MELO, CENTRO, São José da Coroa Grande - PE
CEP: 55565-000, Fone: (81) 3688-1346

FICHA DE ATENDIMENTO

159788	Data e Hora do Atendimento: 18/07/2018 às 10:24:00	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada: Urgência Geral
--------	--	--	----------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000053496 - JOAQUIM SANTANA DE BARROS

CNS: 898004082616782 Nascimento: 24/07/1938 Idade: 79 anos Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Viúvo(a) Profissão: Naturalidade: Nacionalidade: Brasileiro

Documento:

RG - 2392986

Filiação:

Pai: JOAO SANTANA DE BARROS

Mãe: JOSEFA MARIA DA CONCEIÇÃO

Endereço (Av., Rua, etc): CAMPO ENG TENTUGAL, Nº. S/N

Complemento:

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: São José da Coroa Grande

UF: PE

Telefone:

Acompanhante: JOSE SANTANA - FILHO

Ocorrência:

Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Não ☐

Procedência: PSF Tentugal

Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: / /

Hora:

Médico:

CRM:

Queixa Principal:

HDA:

Vitima de acidente de
rodoviar
Fratura de
ultra do
Curios 5471629

História do Trauma:

traumático

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	
Colisão: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Motorista ☐ Passageiro ☐
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐	Local do Impacto:	
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m
Queimadura: Sim ☐ Não ☐	Por:	Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐	Por que:	

Exame físico:

A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐	Temp.: °C
----------	--	--	-----------

B: Respiratório

C: Circulatório	PA: 160 x 100 mm Hg	Pulso: bpm
-----------------	---------------------	------------

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
----------------------	---	--

Glasgow: Abertura Ocular
Escore: 4 Hora:

Glasgow: Resposta Verbal
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motora
Escore: Hora:



Abdômen	
Diagnóstico Inicial: <i>Atropamento em rodão</i>	
Exames Solicitados:	
Resultado dos Exames:	Cód. Procedimento
Tratamento/Procedimento: <i>S.F. 100ml EV S.R. 500ml EV Dolofeno 45mg IM</i>	<i>Iana Chariz Reis</i> Clínica Médica CRM/PE-11208 Ass. Médico + Carimbo
Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:	Ass. Enfermeira + Carimbo
Diagnóstico Definitivo:	
Diagnóstico do Caso:	Condição da Alta:
Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐	☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito
Transferido para:	
Internado na Clínica:	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência:	
Médico:	CRM: Data: / / Hora:
Termo de Responsabilidade para Internamento	
Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, 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 todas as consequências que deste ato possam advir.	
Data: / /	Nome Completo Legível: _____
Nº da Identidade: _____	Assinatura: _____





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: JOAQUIM SANTANA DE BARROS
ENDEREÇO: RUA ASSENTAMENTO TENTOGAL, 0, CENTRO .SAO JOSE DA COROA GRANDE - PE
DATA: 06/08/2018

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1. CIPROFLOXACINA 500 MG -----40 COMP

01 COMP 12/12 H POR 20 DIAS

Reinaldo M. de Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 14861

Dr. REINALDO MENDES DE CARVALHO
CRM: 14861

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: -----

IDENT: ----- Órgão Emissor: -----

End: -----

Cidade: ----- UF: -----

Telefone: -----

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. do Farmacêutico ----- / ----- / -----
Data

Av. Cruz de Cabugá, nº 1563, Santo Amaro- CEP: 50040-000 - Recife/PE Contato: (81) 3412-3800





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: JOAQUIM SANTANA DE BARROS
ENDEREÇO: RUA ASSENTAMENTO TENTOGAL, 0, CENTRO .SAO JOSE DA COROA GRANDE -PE
DATA: 06/08/2018

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1. CIPROFLOXACINA 500 MG -----40 COMP

01 COMP 12/12 H POR 20 DIAS

Reinaldo M. de Carvalho
Traumato - Ortopedia
CRM-PE 14861

Dr. REINALDO MENDES DE CARVALHO
CRM: 14861

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: -----

IDENT: ----- Órgão Emissor -----

End: -----

Cidade: ----- UF -----

Telefone: -----

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. do Farmacêutico ----- / ----- / -----
Data

Av. Cruz de Cabugá, nº 1563, Santo Amaro- CEP: 50040-000 - Recife/PE Contato: (81) 3412-3800





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: JOAQUIM SANTANA DE BARROS
DATA: 23/07/2018

pt. DOR

Prescrição Médica

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

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

12 - 12 h

--ou--

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

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

12 - 12 h

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

12 - 12 h

OBSERVAÇÕES:

NÃO TOMAR AS MEDICAÇÕES CASO APRESENTE REAÇÃO ALÉRGICA;

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 110531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 110531





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: JOAQUIM SANTANA DE BARROS
DATA: 23/07/2018

Prescrição Médica

Uso Interno

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

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

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531



Santa Casa de Recife
Relatório Médico de Alta

Nome: JOAQUIM SANTANA DE BARROS

Reg.: 591770

Pront.: 1139436

Sexo: Masculino

Dt. Nasc.: 24/07/1938

Idade: 80

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Admissão: 19/07/2018 10:59

Alta: 23/07/2018 14:44

Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-3800 | Email: saca@casasantarerecife.org.br
Site: www.casasantarerecife.org.br

Admissão:

FRATURA PERNA DIREITA

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal

S82.2

FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Internação:

Unidade

Admissão

Alta/Transferência

Tempo

ENFERMARIA SÃO LUIZ

19/07/2018 10:59

23/07/2018 14:44

4 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº REINALDO MENDES para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;
- 5) Não pisar até 2º ordem;

Condição de Alta:

Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável:

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM:

10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10531

Pixeon - 20/07/2018 14:43 (U1160/ASSIST.773)

Página:



Consultas | Processo

[Imprimir](#)

DADOS DO PROCESSO

Número do sinistro: SEM NÚMERO DE SINISTRO
Nome da vítima: JOAQUIM SANTANA DE BARROS
CPF: 027.623.564-90
Titular do CPF: JOAQUIM SANTANA DE BARROS - PRÓPRIO
Natureza: INVALIDEZ
Data ocorrência: 18/07/2018
Nome do analista: NÃO INFORMADO

STATUS

31/07/2019 Documentação pendente

Documentos pendentes do sinistro:

Outros: Existe processo judicial, para prosseguir com o cadastro é necessário apresentação de documento oficial comprovando a extinção da ação judicial, com trânsito em julgado.

AGENCIADOR

Sucursal: RECIFE
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

ENVIO À SEGURADORA LÍDER

Data de envio: NÃO ENVIADO À LÍDER

[Voltar](#)[Nova Consulta](#)

JUNTADA DE PETIÇÃO REQUERENDO INCLUSÃO CNPJ DAS DEMANDADAS (ANEXO)



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 23ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE RECIFE – PE.

PROCESSO Nº: 0053771-89.2019.8.17.2001

Seção A

JOAQUIM SANTANA DE BARROS, já devidamente qualificado nos autos da ação em epígrafe, movida contra **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, já devidamente qualificadas nos autos da ação em epígrafe, vem requerer a Vossa Excelência a retificação das partes Demandadas, para que sejam incluídos os seus CNPJ, quais sejam: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**: 09.248.608/0001-04 e **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, CNPJ 60.831.344/0001-74.

Nestes Termos,

Pede deferimento.

Recife, 08 de setembro de 2019.

RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI

OAB-PE 31915

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 - Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com

