

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **LEONARDO SANTANA DA SILVA**, **prontuário nº 110.1334**, admitido neste hospital em 14/08/2017 com diagnóstico de Fratura do Tornozelo Direito, sendo submetido a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 16/08/2017.

Recife, 20 de Setembro de 2017.


Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Dr^a Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro





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: **LEONARDO SANTANA DA SILVA**
Nº Registro: 523777 Nº Protuário: 1101334 Sexo: Masculino Idade: 34 ano (s)
Data: 15/08/2017 / 13:50 Convênio: SUS - AMB
Intervalo: 2

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 15/08/2017-13:50

Diagnóstico pré-operatório: Fratura-Luxação do Tornozelo Direito
Diagnóstico pós-operatório: Fratura-Luxação do Tornozelo Direito
Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura-Luxação do Tornozelo Direito + Reconstrução Ligamentar
Cirurgião: Dr. Azarias Salgado
Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antisepsia c/ PV PI;
2. Incisão lateral do membro inferior;
3. Abordagem por planos por planos e hemostasia. Visualização do foco da fratura, realizado redução do foco da fratura + osteossíntese com 01 placa + parafusos, verificado boa aposição dos implantes e boa redução da fratura;
4. Realizado reconstrução ligamentar do tornozelo.
5. Realizado limpeza com SF 0,9%;
6. Sutura;
7. Curativo;
8. Bota gessada;
9. RX de controle.

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

Dr. Azarias Salgado
Assinado eletronicamente
15/08/2017





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: LEONARDO SANTANA DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 470589

1.1 - Atendimentos em: 11/08/17

1.2 - Às 14 horas e 38 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 275210

2.1 – Internado em: 11/08/17

2.2 - Alta em: 14/08/17

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO COM DESVIO.

4. Tratamento: 1) ANALGESIA. 2) TRANSFERIDO PARA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA.

5. Observação: VÍTIMA DE ATROPELAMENTO.

DATA: 27.9.2017

HORA: 07:17:11

PASTA: 01.09.2017

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 16.338 - RQE 2167

Dr. Jéssica Guido.



Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: **LEONARDO SANTANA DA SILVA**

Reg.: 523777

Pront.: 1101334

Sexo: Masculino

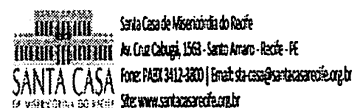
Dt. Nasc.: 03/12/1982

Idade: 36

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Admissão: 14/08/2017 09:41

Alta: 16/08/2017 18:30



Admissão:

FRATURA EM TORNOZELO DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal	S82	FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO NOTA: AS SEGUINTE SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPAS PARA IDENTIFICAR A FRATURA E O FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA
Outros	S82.6	FRATURA DO MALÉOLO LATERAL
	W99.9	EXPOSIÇÃO A OUTROS FATORES AMBIENTAIS ARTIFICIAIS E AOS NÃO ESPECIFICADOS - LOCAL NÃO ESPECIFICADO

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	14/08/2017 09:41	16/08/2017 18:30	2 dia(s)

Orientação:

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

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 10531





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Fratura do úmero lateral direito

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

(com desvio)

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Tratamento / Procedimentos:

Intervenção
por cirurgia

Indicação Cirúrgica: Sim ☒ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

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

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta ☐ Transferência ☒ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐

Observações:

hosp Santa Rosa 14-08-17

Autorização para Alta / internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- 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:

Nº da Identidade:

Nome completo legível:

Assinatura:

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

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

Data:

Nº da Identidade:

Nome completo legível:

Assinatura:

Cadastramento: 11/08/2017 14:38 h

DENNISELD

impressão: 11/08/2017 14:38 h DENNISELD

Médico





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 470589

Prontuário: 275210

Nome: LEONARDO SANTANA DA SILVA

Data Nasc.: 03/12/1982

Idade: 34

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 6340200

CNS: 702602781232543

Endereço: RUA PATROCÍNIO

Nº: 104

Bairro: VARZEA

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 50740210

Fone: 83287327

Profissão:

Nome da Mãe: SONIA MARIA DE SANTANA

Acompanhante: LUIZ FERNANDO SANTANA DE ALENCAR

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA CAXANGA

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 52322134 PAC REFERE ATROPELAMENTO, EVOLUI COM DOR + EDEMA + LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS EM

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

2 - ATENDIMENTO DATA: 11/08/2017 HORA: 14:38 h Médico:

Queixa Principal / HDA: *Vítima de Atropelamento com Trauma no tornozelo Direito.*

História do Trauma

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

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp.: C°*BG6 consciente e orientado.*

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm Pulso: bpm:

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

Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora: Escore: Hora: Escore: Hora:

Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia
CREMEPE 16.118





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



**FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA**

NOME: _____

Nº DO REGISTRO: _____

SETOR: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

**ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.**

☐ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☒ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☐ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☒ PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: _____

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.830-090
Fone: 0XX 81 31846800

HGV.1028 V.1.2013.



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 11/08/2017 14:30

Nome Paciente: LEONARDO SANTANA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 03/12/1982
Sexo: Masculino
Idade: 34
Senha: E0020
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 11/08/2017 14:31 - 11/08/2017 14:31

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: HISTORIA DE ATROPELAMENTO , EVOLUI COM DOR + EDEMA + LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS EM MID

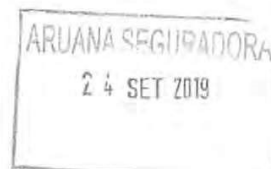
Observação: SENHA 5232134

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5



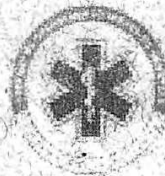
Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO:

Data Impressão: 11/08/2017 14:31





POB. VILA - PARA. ANDRÉS V. FERRAS



SAMU
192

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 044.09.2017
EM: 19.09.2017



Atendendo ao requerimento da Sra. **ADAISE FRANCISCA DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **4262939** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **802.138.714-91**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de Nº **S-367925**, que no dia 11 de agosto de 2017, o paciente Sr. **LEONARDO SANTANA DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **6340200** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **093.393.764-47**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo ciclista e ônibus, por volta das 09h20, na Avenida Caxangá, em frente ao Caxangá Golf Club e Posto Ipiranga, Caxangá, Recife/PE, sendo socorrido para UPA Caxangá e, posteriormente, redirecionado para o Hospital Getúlio Vargas, Recife, 19 de setembro de 2017.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife



Carlos Eduardo Macedo
Gerente Operacional
Administrativo Financeiro
SAMU Metropolitano do Recife
Mat. 92.548-9



...MINHOU AO HOSPITAL GETULIO VARGAS, QUE MANDOU QUE REMOVESSE A VITIMA PARA O HOSPITAL DA SANTA CASA.

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

✓ **LEONARDO SANTANA DA SILVA**
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARRUDA** - Matrícula: **350687-8**

Imprimir





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 014ª CIRCUNSCRIÇÃO - VÁRZEA - DP14ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0104003343**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/10/2017** às **10:35**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **11/8/2017** às **09:33**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CAXANGA, 01** - Bairro: **VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LEONARDO SANTANA DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **LEONARDO SANTANA DA SILVA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

LEONARDO SANTANA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SONIA MARIA DE SANTANA** Data de Nascimento: **3/12/1982** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA BARAO DE BONITO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE VARZEA (BAIRRO), 817 - CEP: 55000-000 - Bairro: VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): **LEONARDO SANTANA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEONARDO SANTANA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **OUTRA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

ONIBUS PFQ-4988 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP, A VITIMA, INFORMANDO QUE ESTAVA NA SUA BICICLETA SENTIDO AVENIDA CAXANGA, FOI ATINGIDO PELO ONIBUS DE PLACA PFQ-4988, NUMERAÇÃO DO COLETIVO 012, DA EMPRESA MIRIM COLIDIU COM O MESMO. EM SEGUIDA A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA UPA DA CAXANGA, QUE EM SEGUIDA



SINISTRO 3190549212 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** LEONARDO SANTANA DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** ARUANA
SEGURADORA S/A**BENEFICIÁRIO** LEONARDO SANTANA DA SILVA**CPF/CNPJ:** 09339376447**Posição em 14-11-2019 14:56:53**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/10/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUM. - S/N - DOIS IRMAOS R
ECIFE PE 52171-011

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA		54885067 Jul/2019	
ANTONIO I DE MELO					
AV BR BONITO, N. 00817 - CIDADE UNIVERSITARIA RECIFE PE 50740-080					
INSCRICAO: 340.421.005.0380.000 GRUPO: 11 DEB. AUTOMATICO: 054885067					
SITUACAO AGUA LIGADO	SITUACAO ESQUELO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE CONSUMIDORES COMERCIAL INDUSTRIAL	PONTOS	
HIDROMETRO A10S118534	DATA LEIT. ANTERIOR 06/07/2019	DATA LEIT. ATUAL 05/08/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD		
AGUA: LEIT. ANI. 1 CONSUMO: 0 LEIT. ATU: RECOR ANOM HD RET LEIT. FAI: 1					
HISTORICO DE CONSUMO					
REFERENCIA CONSUMO		PARAMETROS			
06/2019 00		EXIG. PORT. MS 2.914/11			
05/2019 00		ANALISES REALIZ. A LEGIS			
04/2019 00		TURBIDEZ 126 127 127			
03/2019 00		COR APARENTE 126 127 125			
02/2019 00		CLORO RESIDUAL 126 127 127			
01/2019 00		COLIF. TOTAIS 126 127 126			
MEDIA: 00		Qualidade de Agua: www.compesa.com.br			
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICAOES SANITARIAS DA AGUA (3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDICAOES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA					
DESCRICAO DOS SERVICOS		CONSUMO		TOTAL(R\$)	
AGUA					
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)					
CONSUMO DE AGUA		0 M3		41,30	
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019				0,82	
Tributos					
BASE DE CALCULO		PERCENTUAL (%)		VALOR DO IMPOSTO	
41,30		1,65		0,68	
41,30		7,60		3,14	
VENCIMENTO: 20/08/2019		TOTAL A PAGAR: 42,12			

ARUANA SEGURADORA
24 SET 2019

EC-1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES FREIL

POLEGAR DIREITO

Assinatura do Titular

Não Alfabetizado(a)

CARTEIRA DE IDENTIDADE




ARUANA SECURADORA
24 SET 2019

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.340.200 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/04/2018

NOME << LEONARDO SANTANA DA SILVA >>

FILIAÇÃO << JOÃO BATISTA DA SILVA >>
<< SONIA MARIA DE SANTANA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 03/12/1982

DOC. ORIGEM << CN.44716 L.39 F.204 CART.2ºDIST. >>

RECIFE-PE 22.02.1990 >>

CPF 093.393.764-47

Assinatura do Titular

Assinatura do Registrador

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

F-RR 18 419 - 3011

Indústria Gráfica Brasileira Ltda.



INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: LEONARDO SANTANA DA SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, DESEMPREGADO, CPF: 093393764-47, RESIDENTE AV BR Bonito, Nº 817, Cidade Universitária, Recife-PE. CEP. 50740-080.

OUTORGADOS: **RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA**, advogados, portadores, respectivamente, da **OAB/PE n. 22.362 e 28.570**, ambos com endereço profissional na Avenida Governador Agamenon Magalhães, nº 4318, sala 1510 - Paissandú - Recife - PE - Cep. 50070-160 - Fone: (81) 3445.0715.

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 o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar ao **OUTORGADO** o percentual de 30 **% (trinta 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.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Eu, LEONARDO SANTANA DA SILVA, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

Recife, 07 de Dezembro de 2019.

Adail Francisco de Silva

Outorgante/Declarante

