

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Williams de Lima Silva, brasileiro solteiro, Ven-
dido, inscrito no RG S. 761.600, expedido por SSE/PE, CPF
125.240.668-39, residente e domiciliado na Rua Pácho
Cunha, 69, Centro, Gravata-PE. CEP-55642-620

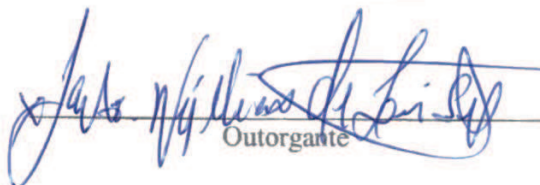
OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Sala 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com.

PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judícia", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Olinda, 25 de outubro de 2019.


Outorgante



TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU, Jonas Williams de Almeida Silva, brasileiro, solteiro, residente e domiciliado no RG S. 761.600, expedido por SSP/PE, CPF 125.240.668-19, residente e domiciliado na Rua Pacheco Leão, 69, Centro, Gravata - PE/CEP 55642-600. Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

RECIFE, 02 de outubro de 2019.


Assinatura



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5761600 SSP PE

CPF
125.240.668-19

DATA NASCIMENTO
08/09/1968

FILIAÇÃO
JOAO FERREIRA DA SILVA
SEVERINA DE LIRA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
01593791896

VALIDADE
20/10/2020

1ª HABILITAÇÃO
27/12/2000

OBSERVAÇÕES
sem observações

Jarbas Williams de Lira Silva

LOCAL
VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

DATA EMISSÃO
21/10/2015

11434155651
PR069292345

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

1107535440



**CELPE**

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 - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
NAIR MARIA DA SILVA MARQUES
PROX AO VERD FRUIT

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PE CÍCERO 69

CPF 069 237 434-51 NIS 1.549204837

CENTRO GRAVATA
GRAVATA PE
55642-620

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0894203048	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÃO DO PRÓXIMO LEITURA
02/09/2019	24/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	42,50

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	DATA
075057670	UNICA	25/08/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA UNIDADE CONSUMIDORA
26/08/2019	2001375287	1278108

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,19124008	5,7
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,32784016	22,9
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	9,0000000	0,49176022	3,8
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,1
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,0
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,7
TOTAL DA FATURA			42,50

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
312104216	CAT	25/07/2019	7 447,20		24/08/2019	7 545,00		32	108,0

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO							
PERÍODO DE CONSUMO		COMPOSIÇÃO DE TARIFICAÇÃO					
AGO 19	108	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Gerador de Energia	R\$ 15,36	48,7
JUL 19	108				Transmissão	R\$ 1,71	4,8
JUN 19	95	ICMS	4,76	0,74	Distribuição (Celpe)	R\$ 10,30	29,5
MAI 19	89	PIS	4,76	3,42	Perdas da Energia	R\$ 3,27	9,4
ABR 19	121	COPINS		1,10	Encargos Setoriais	R\$ 1,01	2,9
MAR 19	161				Tributos	R\$ 1,43	4,1
FEV 19	137				Total	R\$ 34,78	98
JAN 19	126	TARIFAS APLICADAS					
DEZ 19	158	Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh					0,1800
NOV 19	169	Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh					0,3140
OUT 19	142						0,4710
SET 19	169						
AGO 19	57						
RESUMO DO PERÍODO							
566 1801 1801 1801 1801 1801 1801 1801							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
A tarifa social de energia elétrica é concedida aos consumidores residenciais com renda mensal de até 3 salários mínimos.
A tarifa social de energia elétrica é concedida aos consumidores residenciais com renda mensal de até 3 salários mínimos.
A tarifa social de energia elétrica é concedida aos consumidores residenciais com renda mensal de até 3 salários mínimos.



2ª VIA DESTINATÁRIO



Ipojuca, 09 de Setembro de 2019

Origem: Coordenação do SAMU IPOJUCA

Destino: Jarbas Williams de Lira Silva

Assunto: DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO REALIZADO PELA EQUIPE DO SAMU IPOJUCA.

Declaro para os devidos fins que **Jarbas Williams de Lira Silva** nascido em 08/09/1968, RG 5.761.600 SSP -PE, foi atendido por nossa Unidade de Suporte Básica (USB), no dia 11/06/2019, por volta das 12h 42min, Na PE-60 Próximo ao Trevo de Nossa Senhora do Ó, Ipojuca-PE, sob o protocolo S-639917 (número da ocorrência para regulação do SAMU), vítima de **Acidente de Trânsito**, A equipe do SAMU IPOJUCA realizou os procedimentos necessários para estabilização do referido (cumprindo com todo o protocolo de atendimento ao trauma), em seguida removendo-o para o Hospital Dom Helder Câmara, no município do Cabo de Santo Agostinho -PE.

Dra. Renata Hirschle
Coordenação Médica SAMU Ipojuca
CRM-PE 19744 Matr 1011273

Coordenação
SAMU IPOJUCA

Rod. PE-38 Km 9 – Nossa Senhora do Ó, Ipojuca – PE.
FONE : (81) 3527 - 9347





SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
FICHA DE ATENDIMENTO

ADESIVO

Nº REGISTRO

30 658

DATA E HORA
DO NASCIMENTO

08 09 65

EMERGÊNCIA DE ADULTOS E
INFANTIL

PACIENTE:

João

William de

NASCIMENTO:

IDADE

SEXO: M

COR:

ESTADO CIVIL

PROFISSÃO:

NACIONALIDADE:

NACIONALIDADE:

Nº DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

PAI

MÃE

Silviana de

Silva

137

ENDEREÇO:

Rua Padre Cicero

COMPLEMENTO

BAIRRO:

centro

CIDADE:

Brabata

12

TELEFONE:

9100 100

ORIENTAÇÃO:

PROCEDÊNCIA:

MEIO DE TRANSPORTE:

CONSULTA DE ENFERMAGEM

DATA:

11 06 19

HORA:

15:01

INTERPRETE:

COREN:

SITUAÇÃO QUEIXA:

ANTECEDENTES: ☐ DIABETES ☐ HIPERTENSÃO ☐ CARDIOVASCULARES ☐ DOENÇA NEUROLÓGICA ☐ TABAGISMO
☐ ALCOOLISMO/DROGAS ☐ PNEUMOPATIAS ☐ HEPATOPATIAS ☐ DOENÇA MENTAL OUTROS:

MEDICAÇÃO EM USO:

PA:

X

mmHg

RHS:

lpm

FC:

lpm

SpO₂:

lpm

T:

°C

REFLEXO ABERTURA OCULAR:

RESPOSTA VERBAL:

RESPOSTA MOTORA:

RESPOSTA MOTORA:

PUPILAS

ESCORE

ESCORE

ESCORE

MND ☐

MID ☐

ISOCÓRICAS ☐

ESCORE

ESCORE

ESCORE

MSE ☐

ME ☐

ANISOCÓRICA ☐

DOR:

☐ SIM

☐ NÃO

SUDORESE:

☐ SIM

☐ NÃO

PALIDEZ:

☐ SIM

☐ NÃO

EXAME FÍSICO:

Assa d. 100/60 mmHg
em 100/60 mmHg

DIAGNOSTICO ENFERMAGEM

Rx. tx. 10/06/19



ATENDIMENTO MÉDICO

História do Trauma:							
Perda de Consciência:	☐ Sim ☐ Não	Episódio Emélico:	☐ Sim ☐ Não	Acidente de Trabalho:		☐ Sim ☐ Não	
Acidente de Trabalho:	☐ Sim ☐ Não	Tipo:					
Colisão:	☐ Sim ☐ Não	Tipo:		Motorista:		☐	Passageiro:
Atropelamento:	☐ Sim ☐ Não	Local de Impacto:					
Vítima de Fartamento:	☐ Sim ☐ Não	Tipo:		Sofreu Queda:		☐ Não ☐ Sim	Altura:
Queimadura:	☐ Sim ☐ Não	Por:		Transporte realizado por:			
Condições de Imobilização Adequada:		☐ Sim ☐ Não	Por Que:				

EXAMES FÍSICOS:

Tawpeta 1 sam u m. Glor
u. p. m. h. 2

EXAMES SOLICITADOS: LABORATORIAIS.

PLH TLB

DIAGNOSTIC:

EXAMES ESPECIALIZADOS: ☐ TOMOGRAFIA ☐ PESSONÃO A MAGNÉTICA ☐ ANGIOGRAFIA
☐ ENDOSCOPIA ☐ RX ☐ ULTRASSONOGRAFIA ☐ LCR

PRESCRIÇÃO MÉDICA: DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

① 12th pot OK

Q. How long has it been?

Centro de Apoio Didático-Lúdico
de Matemática e Trigonometria
TELEFONE 24609

INDICAÇÃO CIRÚRGICA: ☐ SIM ☒ NÃO CLASSIFICAÇÃO RESERVA: ☐

DEFINIÇÃO DO CASO

INTERNA MENTO	☐	CIRURGIA	☐	OUTRO	☐	TRATAMENTO ALTERNATIVO	☐	EVADIU-SE	☐	☐	CURADO	☐	NELHORADO	☐
---------------	--------------------------	----------	--------------------------	-------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------	--------------------------	--------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------

TRANSFERO PARA: 1101 5 1 2 7 1 51

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: 19/11/2015

INFORMAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

CONFIRMAÇÃO DO NOME: . ASSISTENTE SOCIAL

CONFIRMAÇÃO DO ENDEREÇO:

PROVIDÊNCIAS: ALTA ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ EXAME EXTERNO ☐ ASSISTENTE SOCIAL

OBSERVAÇÕES:

AUTORIZAÇÃO PARA ALTA/INTERNAMENTO/TRANSFERÊNCIA:

ENCER MEDA:	COREN:	MED CO:	CRM:	DATA:	HORA:
-------------	--------	---------	------	-------	-------

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA INTERNAMENTO:

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

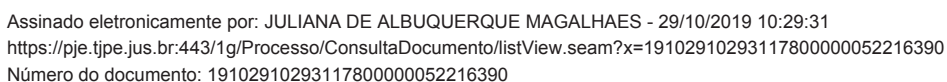
Data: _____ Nome completo: _____

Nº de identificação: _____ Assinatura: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO:

[illegible]

00000000



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 11/06/2019 14:22



Nome Paciente: JARBAS WILLAMS DE LIRA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 08/09/1968
Sexo: Masculino
Idade: 50
Senha: 0036
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 11/06/2019 14:40 - 11/06/2019 14:49

ALESSANDRA GOMES DE OLIVEIRA SILVA - COREN: 414455 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU COM VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, APRESENTANDO FRATURA EM MID E REFERE DOR EM FLANCO ESQUERDO

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- RÉGUA DE DOR: 8
- ESCALA DE GLASGOW: 15
- PAD: 80.00 MMHG
- PAS: 130.00 MMHG

Acolhido(a) por: ALESSANDRA GOMES DE OLIVEIRA SILVA - COREN: 414455 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/06/2019 14:49

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 505406

Senha da Classificação:

0036

Data e Hora: 11/06/2019 14:59

Paciente: 117394 JARBAS WILLAMS DE LIRA SILVA Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 08/09/1968 Idade: 50 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: SEVERINA DE LIRA SILVA Nome do Pai: NAO DECALRADO

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO CRM: 14861

Endereço: RUA PADRE CICERO 69 Bairro: NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Cidade/UF: GRAVATA PE Usuário Atendimento: SANDRACA

RG (Identidade): Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 998689375

Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Pctg ustrina DE ACIDENTE automobilístico, LUGO PERDA DA
CONSCIENCIA CU VÔMITOS, REFUGO DE 1 Gm HEMORRAGIA D
GLZ @.

Exame Físico

Pctg LUCIDA, orientado, GNSGUIS, AGUROSOS COM
PRENOCES, mobilidade tcz @ PRESENTE
ABDOMEN TENDENTE. Chs: pctg DE ENTROE SEM
CLOR central.
A.P.R.: PROT Gm CALCAÇA

Hipótese Diagnóstico

Prot. CALCAÇA

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

ATENDIDO

SECS/11/06/2019 TENDENTE. TENDENTE @

2) 08 SING TENDENTE

3) 10 TENDENTE SINCIENTE

AVALIAR CÂNCER

AVALIAR

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

Carimbo/Med. 07/78
Dr. M. 07/78

11 JUN 2019



Ata

Ata de ocorrência automobilística.

Local: Várzea do Leste.

A Via aérea viária, e color amarelo.

B NIT - 100, 110

C RCR - 29, 3NF 100

D Clonow 13

E No

R de Torção: ausência de movimento
ou de movimento pleno.

Ed. A ortopedias

Emanuel Alencar

Car 18711.

RAIO-X		
DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE DE FILME
11/6/15	Coluna cervical	3
	Tórax	



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Identificação do Paciente: 505428
 Nome do Paciente: LAZARONI

Data e Hora do Atendimento: 11/06/2019 18:10
 Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JARBAS WILLAMS DE LIRA SILVA

Prontuário: 117394

Nome da Mãe: SEVERINA DE LIRA SILVA

Nome do Pai: NAO DECALRADO

Data do Nascimento: 08/09/1968

Idade: 50 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF: 12524066819

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS: 898005914485675

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA PADRE CICERO

69 NOSSA SENHORA DAS GRACAS

Cidade: GRAVATA

PE CEP: 55642620

Fone: 998689375

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 10

HCH - Hospital Dom Helder Câmara
 Evângela C. Dias de Souza

19 JUN 2019

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 11/06/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

Assinatura manuscrita

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em:

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

Assinatura manuscrita

14.06.19

Hora:

Assinatura manuscrita

Dr. Leonardo Canêjo
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 1574 - TEOT 1113

HCH - Hospital Dom Helder Câmara
 Arquivista
 SAME - Tratamento

CCIH
 Hospital Dom Helder Câmara
 12/06/19



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Barbas Williams de Lima Registro: 117359

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Serviço Social
11/06/19	Realizado atendimento social com esposa do paciente. Prestados esclarecimentos acerca do plano de saúde, bem como, direitos dos beneficiários SUS.
	Maria Cécilia do Nascimento Assistente Social CRESS nº 7692 - 4ª Região/PE
12/06/19	#TRO# Paciente ISE, em prévio acompanhamento, aguarda programação cirúrgica.
	Exames: <u>ECG</u> e <u>ecodoppler</u>
12/06/19	sem queixas e boa tolerância aos esforços
	Antecedentes: HAS, DM, ATE, AVC, TBC, Asma, DPOC
	Exa. físico: apfel, evidentes corações e sem edemas
	AM = 110/70 mmHg
	FC = 75 bpm
	PA = 130 x 80 mmHg
	ECG - MS com SRS = +60° (normal)
	condição: Apto / cirurgia
	Classe I

Dr. Fernando Barros Filho
Cardiologia / Ecocardiografia
CRM-PE 14855





**HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA**



GESTÃO
IMIP.
HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
	# Sempre Social
12/06/19	Revisado Omentões Acheve seu trabalho a fomele do paciente.
	Thalita Goulart C. Santos Assistente Social RPPS nº 1234 - 4º Região PE
13/06/19	# T120# Paciente segue estável sem queixas aguarda programação cirúrgica
	Vinícius S. Goulart Assistente Social RPPS nº 1234 - 4º Região PE



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: JANILSON WILLIAMS DE LIMA SILVA Registro: 117354 Nº Atendimento: SGS406
Idade: 50 Sexo: — Estado Civil: — Cor: — Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: — Enfermaria: — Leito: — Ocupação: —

Queixa Principal e Duração: Dor na tor. @

História da Doença Atual:

ACIDENTE automobilístico
Há 4 ms

Interrogatório Sintomatológica:

Dor A mobilidade na tor.



Exame Físico:

lúcido, orientado, Glasgow 15

neurocardíaca preservada

mucilagem +

Antecedentes Pessoais:

UGG

Medicações em Uso

Ø

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal:

Frot. colímbico D

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

Aut. HCN

Cabo de Santo Agostinho, ____/____/____

Dr. Igor Abutrai
Médico (CRM PE 3377)

17 JUN 2019
Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE



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

Registro:646474 Prontuário:1176141 Data de Nascimento:08/09/68 Idade:50 ANO(S)
Nome do Paciente:**JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:SEVERINA DE LIRA SILVA
CPF: 12524066819

Data: 17/06/2019

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 22/06/2019 06:23:27.

[Handwritten signature]
Henrique Costa Barbosa





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

Registro:646474 Prontoário:1176141 Data de Nascimento:08/09/68 Idade:50 ANO(S)
Nome do Paciente:**JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:SEVERINA DE LIRA SILVA
CPF: 12524066819

Data: 17/06/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife,17/06/2019-13:19

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de Calcâneo Direito
Diagnóstico pós-operatório: Fratura de Calcâneo Direito
Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Calcâneo Direito + Osteotomia + Exploração Articular
Cirurgião: Dr. Henrique Barbosa
Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antissepsia com PVPI;
2. Aposição de campos cirúrgicos;
3. Incisão lateral do pé;
4. Abordagem por planos;
5. Dissecção por planos e hemostasia. Visualização do foco da fratura, realizado exploração articular a partir de osteotomia(abertura de janela óssea), realizado redução do foco da fratura com aposição de 01 placa bloqueada p/ calcâneo + parafusos de bloqueio + parafusos corticais + fios de k. Verificado boa aposição dos implantes;
6. Limpeza com SF 0,9%;
7. Sutura por planos;
8. Curativo;
9. Tala gessada tipo bota;
10. RX de controle;

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM:10531

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 22/06/2019 06:23:27.



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife

HOSPITAL SANTO AMARO
Convênio SUS

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO RECIFE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente:

Adriano W. de Jesus Silva

OID = 53209

AN, +25 dias

plac. op. ESTA
em reabilitação

Tempo de ALTA
90 (noventa) dias

08/11/18

Juliana de Albuquerque Magalhães
CRM 11831
HOSPITAL SANTO AMARO

Cód.: 1226





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA**, prontuário nº **1176141**, admitido neste hospital em 14/06/2019 com diagnóstico de Fratura de calcâneo direito, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 19/06/2019.

Recife, 05 de Agosto de 2019.

Roberta C. 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, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br



SUS - PE / SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA
HOSPITAL SANTO AMARO

Nome do Paciente: Jarbas Williams de Lira Silva			
Nome da Mãe:			
Clínica:	Ortopédica	Enfermaria:	São Luiz
Prontuário:	646474	Nº AIH	Leito: A2
Diagnóstico inicial (Constante no Laudo Médico)			CID:
Fratura de Calcâneo Direito			
Procedimento solicitado:			Código: 0408060190
Tratamento Cirúrgico de Fratura de Calcâneo Direito + Exploração Articular + Osteotomia			0408050535 / 0408060123
Tempo de Permanência Previsto:			
Procedimento Realizado:			Código:
O Mesmo			
Cód.	Equipe	Nome	Matricula Nº
1	Cirurgião	Dr. Henrique Barbosa	10531
2	1.Aux Cirúrgico		
3	2.Aux Cirúrgico		
4	3.Aux Cirúrgico		
5	Anestesista	Dr. Breno Fonseca	13034
6	Clínica Médica		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

☐ Mudança de Procedimento	☒ Uso de Prótese, Órtese
☐ Diária UTI	☐ Uso de Fat. De Coagulação
☐ Diária de acompanhante	☐ Uso de Oxigenadores
☐ Vacina Anti RH	☐ Nutrição Parenteral
☐ Longa Permanência	

RESUMO DE CASO

Paciente vítima de acidente motociclistico, resultando em Fratura de Calcâneo Direito. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.

Operado. Alta Hospitalar após melhora.

Diagnóstico Principal:	Fratura de Calcâneo Direito	CID
Diagnóstico Secundário:		CID

Ativo da Alta:

☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ A pedido ☐ Outros

Data Internamento:	14/06/19	Data Alta:	19/06/19	Dias de Hospitalização:	05 DIAS
--------------------	----------	------------	----------	-------------------------	---------

Dr. Henrique Barbosa
10531





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0154000951**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/09/2019** às **12:46**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **11/6/2019** no período da **Tarde**

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE IPOJUCA, 1, RODOVIA ESTADUAL PE 060, TREVO DE PORTO DE GALINHAS - Bairro: PORTO DE GALINHAS - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
JOSEILDA SEVERINA DOS SANTOS (OUTRO)
JARBAS WILLIAMS DE LIMA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JARBAS WILLIAMS DE LIMA SILVA**

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

JARBAS WILLIAMS DE LIMA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA DE LIRA SILVA** Pai: **JOÃO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **8/9/1968** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5761600/SSP/PE (RG), 12524066819 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **VENDEDOR(A)**
Endereço Residencial: **RUA PADRE CICERO, 69, CASA, CENTRO - CEP: 0 - Bairro: SANTO ANTONIO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSEILDA SEVERINA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

VEÍCULO MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSEILDA SEVERINA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JARBAS WILLIAMS DE LIMA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

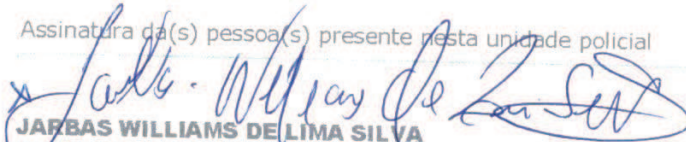
Placa: **PGS2519 (PERNAMBUCO/GRAVATA)** Chassi: **9C2KC1680ER440653**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2014** Combustível: **ALCOOL/GASOL**



Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA PELA RODOVIA ESTADUAL PE 060 SENTIDO SERINHANHÉM/IPOJUCA, QUE AO CHEGAR NO TREVO DE PORTO DE GALINHAS UM VEÍCULO DESCONHECIDO FEZ UM MANOBRA PROIBIDA DAÍ PARA ELE NÃO COLIDIR NO MESMO FREOU BRUSCAMENTE ONDE PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU AO CHÃO, SENDO SOCORRIDA POR UM UNIDADE DO SAMU PARA A UPA DE IPOJUCA, DEPOIS TRANSFERIDA AO HOSPITAL DÃO HELDER NO CABO DE SANTO AUGUSTINHO-PE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS, EM SEGUIDA REMOVIDA AO HOSPITAL SANTA CASA DA MISERICÓRDIA ONDE FOI CIRURGIADO NO CALCANHAR DIREITO.

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


JARBAS WILLIAMS DE LIMA SILVA
 (VÍTIMA)

B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **159.816-3**

Severino Evaldo do Nascimento
 Comissário Especial de Polícia
 Mat. 159.816-3



21/09/2019 12:53



(/)

SEXTA

Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190567690 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JARBAS WILLIAMS DE LIRA SILVA

CPF/CNPJ: 12524066819

Posição em 15-10-2019 07:39:23

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
16/10/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
11/10/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/_g9N8__li9JOYAbe_:api_key=tEbd5YBUJMu1XQVzIPQxcGay3ETPsKj133nsyGA4Vac=
08/10/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/msOvBZKRQRUwHutyYnrcapi_key=tEbd5YBUJMu1XQVzIPQxcGay3ETPsKj133nsyGA4Vac=

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

