

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE

HELIO FELIPE DA SILVA, brasileiro, solteiro, autonomo, portador da cédula de RG Nº 62.327.703-7 SSP/SP e inscrito no CPF de nº304.146.728-36, residente e domiciliado na Lot Boa Vista , nº04, Boa Vista, Goiana-PE - CEP: 55900-000

OUTORGADO: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES, advogada, portadora da **OAB/PE Nº 18.789**, com endereço profissional na Rua do Riachuelo nº 189, Sala 1201, Boa Vista, Recife-PE.

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.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Eu, **HELIO FELIPE 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.

Goiana-PE, 01 de Setembro de 2020.

Hélio Felipe da Silva

-Outorgante/declarante





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL


REGISTRO GERAL **62.327.703-7** 1 via DATA DE EXPEDIÇÃO **27/06/2016**

NOME **HELIO FELIPE DA SILVA**

FILIAÇÃO **JOSE FELIPE DA SILVA
ESTELITA MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA**

NATURALIDADE **GOIANA - PE** DATA DE NASCIMENTO **03/10/1980**

D.O.C. ORIGEM **GOIANA - PE GOIANA CN:LV.A014/FLSº007/Nº14292**

304146728/36  **12952412857**

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/03/63

 **Ministério da Fazenda**
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
304.146.728-36

Nome
HELIO FELIPE DA SILVA

Nascimento
03/10/1980





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0134000933**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/04/2020** às **14:25**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **4/4/2020** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 1, RUA DIREITA** - Bairro: **CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **JUSTIÇA FEDERAL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
HELIO FELIPE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): HELIO FELIPE DA SILVA

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

HELIO FELIPE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ESTELITA MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA** Pai: **JOSÉ FELIPE DA SILVA** Data de Nascimento: **3/10/1980** Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **623277037/SSP/SP (RG). 30414672836 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81989350729**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 4, LOTEAMENTO BOA VISTA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL, VIZINHO AO BAR DE NICE**

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

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

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

OBJETO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **HELIO FELIPE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **HELIO FELIPE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QSE3304** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **119031086** Chassi: **9C2KC2200KR070743**
Ano Fabricação/Modelo: **2019/2019**

Complemento / Observação

AFIRMA O ORA VITIMA QUE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA NA RUA DIREITA SENTIDO IGREJA DA MATRIZ, QUANDO UM VEICULO ENTROU NA VIA ABRUPTAMENTE, TENDO O ORA VITIMA DESVIADO E CAÍDO. QUA APÓS O ACIDENTE FOI SOZINHO PARA O HOSPITAL BELARMINO CORREA, FICHA DE ATENDIMENTO 2020/ET004295, APÓS ATENDIMENTO FOI PRA UPA DE IGARASSU E NO DIA SEGUINTE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL



ARRAÈS EM PAULISTA/PE, ONDE PASSOU POR CIRURGIA. NADA MAIS A ACRESCENTAR ENCERRO O PRESENTE REGISTRO.

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

**HELIO FELIPE DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por:  **RICARDO MAGNO COELHO SOARES**



SINISTRO 3200250638 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA HELIO FELIPE DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO
CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME
BENEFICIÁRIO HELIO FELIPE DA SILVA
CPF/CNPJ: 30414672836

Posição em 27-07-2020 14:47:18

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/07/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



Atendimento: 523302
Dt Atendimento: 05/04/2020 - 21:24 Dt Alta: 07/04/2020 - 16:09
Paciente: 135712 HELIO FELIPE DA SILVA
Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Leito: 74 ORTL-512-LEITO 002 Plano: 1 GERAL
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: EVAIROD
CID:
Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA
Observação de Alta

EVAIR OLIVEIRA DIAS

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Scanned with CamScanner





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA <u>5917384</u>	
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
Nome do Paciente: <u>HELO FELIPE DA SILVA</u>	Idade: <u>39</u>
Sexo: M () F () Profissão: _____	Fone: _____
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____
Cidade: _____	
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()	
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()	
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S() N()	
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()	
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()	
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____	
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()	
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()	
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura	
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____	
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____	
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento	
CAUSAS CLÍNICAS	
História Clínica Atual: <u>Arreda de Alcanis</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>Fratura de Roda Distal</u>	
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x	
Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()	
Sibilos Expiratórios: S() N() BAN*: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/ Estridor: S() N()	
Distúrbio Fala/Choro: S() N()	
Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N()	
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()	
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()	
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()	
Sudores: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()	
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 523297 Prontuário: 135712 SAME: 122277 Hora Atend: 20:08 Data Atend:05/04/2020
Paciente..... : HELIO FELIPE DA SILVA Idade: 39 a
Endereço..... : LOT BOA VIISTA
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : GOIANA UF.: PE CEP: 55900974
Convênio..... :SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários :
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 05/04/2020 Hora Saída :21:22

Prestador de Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12345
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Scanned with CamScanner



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Número do Registro 2020/ET004295	Data e Hora de Atendimento 04/04/2020 18:51	Prontuário Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada Emergencia Traumatologica
-------------------------------------	--	--	---

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 191803 HELIO FELIPE DA SILVA Registro SUS: 700003955250806
 Nascimento: 03/10/1980 Idade: 39 Sexo: Masculino Cor: Parda
 Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: Naturalidade: GOIANA PE Nacionalidade: OFICY BOI
 Documento de identidade: 623277037 Filação: JOSE FELIPE DA SILVA ESTELITA MARIA DA CONCEICAO DA SILVA

Endereço (Av. Rua, etc.): LOT BOA VISTA N 4 Complemento: CASA
 Bairro: Cidade: GOIANA UF: PE Telefone: 81 8559-8526
 Acompanhante: O MESMO
 Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO - Act. Moto (Queda, Colisão) Acidente de Trabalho: Sim Não

Procedência: DOMICILIO *Viga Alugis* Meio de Transporte: Carro

AValiação da enfermagem / acolhimento

<p>Queixa principal:</p> <p><input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dificuldade de respirar <input type="checkbox"/> Tosse</p> <p><input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Confusão</p> <p><input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Distúrbios visuais <input type="checkbox"/> Parastesia e/ou Paralisia de parte do corpo</p> <p><input type="checkbox"/> Dor Local: <i>HS e 2º e 3º dedos</i></p> <p><input type="checkbox"/> Queixa urinária</p> <p><input type="checkbox"/> Sangramento, Loc.</p> <p><input type="checkbox"/> Outras queixas:</p>	<p>Encaminhamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Clínica Geral</p> <p><input type="checkbox"/> Pediatria</p> <p><input type="checkbox"/> Cirurgião</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ortopedista</p> <p><input type="checkbox"/> Serviço Social</p> <p><input type="checkbox"/> Maternidade</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> Outros:</p>
<p>Antecedentes Mórbitos / Medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos <input type="checkbox"/> Asma Bronquite <input type="checkbox"/> Alergias</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Alcolism <input type="checkbox"/> A.V.C.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Outros: <i>prega de</i></p> <p><input type="checkbox"/> Uso de medicamentos:</p>	<p>Classificação:</p> <p><i>Dr. Valdeban Carvalho Jr.</i></p> <p>Ass. Enfermagem</p>
<p>Sinais Vitais</p> <p>PA: <i>120</i> x <i>70</i> mmHg Tm: _____ °C Pm: _____ bpm F.R.m: _____ rpm</p>	
<p>Exames Diagnósticos auxiliares</p> <p><input type="checkbox"/> Glicemia Capilar: _____ mg/dl</p>	

AValiação Médica

Queixa principal (QP) e histórico da doença (HDA): *QD com fratura de queda de mão com dor em pulso @ e*

Exame Físico: *pele @*

Hipótese diagnóstica / conduta: *fr de pulso @*

Código de Atendimento: *Confusão em pulso @*

Dr. Valdeban Carvalho Jr.
CRM 7682 PE
Especialista em Traumatologia


Scanned with CamScanner





Serviço de Imagem:
 Raios X
 Tomografia
 Endoscopia
 Ultrassonografia
 Ecocardiograma

Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617

 hma.imp.org.br

Scanned with CamScanner





MIGUEL ARRÁES



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: HELIO FELIPE DA SILVA
NOME SOCIAL: [Data de Publicação]
IDADE: 39 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO: 05/04/2020
DATA NASC.: 03/10/1980
REG: 135712
DATA DA ALTA: 7/4/20

DIAGNÓSTICO:
• FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

TRATAMENTO REALIZADO:
• 06/04/2020 RAFI COM PLACA EM T + PARAFUSOS

- ORIENTAÇÕES:
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS
 - CURATIVO DIÁRIO
 - MEXER DEDOS DA MÃO OPERADA CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
 - NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
 - FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
 - PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
 - RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:
ESTADO GERAL: BOM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, CORADO
FERIDA OPERATÓRIA: COM CURATIVO OCLUSIVO ESTÉRIL, LIMPO, DE BOM ASPECTO
MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:
AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ___/___/___

[Handwritten Signature]
Dr. Ian Lacerda
CRM-PB 9824
2212815033199400000119873729
ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE

Scanned with CamScanner





EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: HELIO FELIPE DA SILVA

DATA DE NASC.: 03/10/80

NOME SOCIAL:

REGISTRO: 135712

SETOR:

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
05/04/2020	
20:50	ADMISSÃO
	QPD/HDA: VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ 24H DA ADMISSÃO APRESENTANDO DOR E EDEMA EM PUNHO ESQUERDO.
	ANTECEDENTES PESSOAIS: NEGA
	MEDICAÇÕES DE USO: NEGA
	EXAME FÍSICO: EDEMA E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO, NV +
	EXAMES DE IMAGEM: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO
	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO
	CONDUTA: INTERNAMENTO HOSPITALAR
	SOLICITO LABORATÓRIO
	DIETA ZERO
	Dr. Mathias Neto Médico CRM-PE 10275
03/04/2020	13:05 Nota operatoria paciente submetido a procedimento cirúrgico nm intencional CD: a SR
	Dr. João Victor Lue Médico CRM-PE 20149
04/04/2020	13:05 Nota operatoria Dr. João Victor Lue paciente submetido a procedimento cirúrgico nm intencional CD: ALTA HOSPITALAR
	Dr. Val Lacerda CRM-PE 9824 CRM-PE 13590

Scanned with CamScanner

