

INSTRUMENTO DE MANDATO**OUTORGANTE:**

ERONILDO BENTO VERAS, brasileiro, solteiro, aux. pedreiro, portador da cédula de identidade de nº 6.704.313 SDS/PE e inscrito no CPF de nº 043.930.174-20, residente e domiciliada na Lot. Jardim Carioca, 79, Sítio do Meio, Vitória de Santo Antão/PE – CEP: 55.600-000.

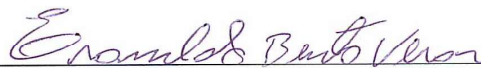
OUTORGADO:

RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita regulamente na OAB/PE: 39.442, com endereço profissional a AV. Fagundes Varela, nº 365, Loja 09, Jardim Atlântico, Olinda/PE, CEP: 53.140-080.

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.*

Vitória de Santo Antão/PE, 03 de janeiro de 2019.



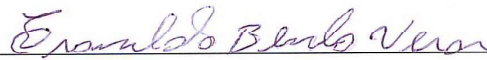
Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

ERONILDO BENTO VERAS, brasileiro, solteiro, aux. pedreiro, portador da cédula de identidade de nº 6.704.313 SDS/PE e inscrito no CPF de nº 043.930.174-20, residente e domiciliada na Lot. Jardim Carioca, 79, Sítio do Meio, Vitória de Santo Antão/PE – CEP: 55.600-000, para o fim de obter a GRATUIDADE DE JUSTIÇA que não possui condições financeiras para arcar com o ônus das custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família. Declara conhecer que está sujeito às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, em sendo comprovada a falsidade das afirmações supra.

Vitória de Santo Antão/PE, 03 de janeiro de 2019.



Declarante



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.704.313 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/04/2018

NOME << ERONILDO BENTO VERAS >>

FILIAÇÃO << JOSÉ BENTO VERAS >>
<< MARIA DE LOURDES ROCHA >>

NATURALIDADE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE DATA DE NASCIMENTO 28/12/1979

DOC. ORIGEM << 077388 01 55 1985 1 00002 268
0002216 76 VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE >>

CPF 043.930.174-20

ASSINATURA DO TITULAR *Pablo A. Tengrio de Carvalho*
PABLO A. TENGRIO DE CARVALHO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

ASSINATURA DO GREGO DO IIR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1618062950405092943.8042767 F-80 62.903 - 3013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL EC-12

POLEGAR DIREITO

Eronildo Bento Veras
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE





Viver sem fronteiras

Nota Fiscal - Fatura de Serviços de Telecomunicações
Número: 000.602.041-AA
TIM Celular S.A.
Av. Giovanni Gronchi, 7143-São Paulo-SP
CNPJ: 04.206.050/0001-80 - I.E.: 116.049.102.113
CNPJ da Matriz: 04.206.050/0001-80

Cliente: 1.12566545
CPF/CNPJ: #
Emissão: 13/09/2018 - Postagem: 23/09/2018
Referência: set/18 - Período: 16/08/2018 a 12/09/2018
Débito Automático: 11256654501-2

Página 1 de 4



ERONILDO BENTO VERAS
LO JARDIM CAHOÇA, 75
SÍTIO DO MEIO
VITORIA DE SANTO PE

VALOR
R\$ 55,36

DATA DE VENCIMENTO
05/10/2018



7203089313095100000426413020306

"T.I.M." é marca dos serviços de telecomunicações do Grupo TIM no Brasil

Entenda Melhor a sua conta TIM acessando na internet o link http://www2.tim.com.br/planos/pop_entenda_sua_conta.htm

Nº do Celular: (81) 986397736

		QUANTIDADE	Nº DIAS	TRIBUTOS	VALOR
01	MENSALIDADES E FRANQUIAS				
02	Pacote TIM BRASIL 120 min	1	28	30% - ICMS	55,36
03	PACOTES				
04	Pacote TIM BRASIL 120 min - (81)999285089	120	-	-	-
05	Pacote VIAGFM 40 min - (81)999285089	40	-	-	-
06	Pacote Dados 600 KB - (81)999285089	600,00 KB	-	-	-
07	Pacote 60 TIM TORPEDOS - (81)999285089	60	-	-	-
08	Pacote TIM FOTOMENSAGENS - (81)999285089	60	-	-	-
		QUANTIDADE			VALOR
09	CHAMADA DENTRO DA REDE TIM	10	20m00s	30% - ICMS	0,00
10	Chamada Locais para Outro Celulares	25	63m24s	30% - ICMS	0,00
11	Chamada Locais Para Telefones Fixos	12	09m06s	30% - ICMS	0,00
12	Chamada de Acesso *100				
13	TOTAL TIM				55,36

Reservado ao Fisco : 20FF.7B5C.8DA3.5A6D.7AC3.9C54.13B0.8FEC

81- 986397736
997246227

IMPOSTO ICMS	ALÍQUOTA 30%	BASE DE CÁLCULO R\$ 55,36	VALOR R\$ 16,61	FUST: R\$ 0,54 FUNTEL: R\$ 0,27	Sugestões? Comentários? Ligue Grátis *144 de seu celular ou acesse www.tim.com.br
-----------------	-----------------	------------------------------	--------------------	------------------------------------	---

As contribuições ao FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas



TIM Celular S.A.
NOME DO CLIENTE
ERONILDO BENTO VERAS

Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático utilizando o número de identificação de Débito automático indicado neste boleto.

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MES DE REFERÊNCIA	MES DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
11256654501-2	set/18	13/09/2018	05/10/2018	R\$ 55,36

846100000000-5 | 84030109010-5 | 00005477932-7 | 90359305699-2



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



SINISTRO 3180567547 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ERONILDO BENTO VERAS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRACÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO ERONILDO BENTO VERAS

CPF/CNPJ: 04393017420

Posição em 01-02-2019 17:34:37

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/12/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
11/12/2018	Interrupção de Prazo	
07/12/2018	Aviso de Sinistro	





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

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **18E0154000231**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/03/2018** às **15:38**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **9/2/2018** às **05:10**

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTOCICLETA**
Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 232, 1, VIADUTO DO LÍDIA** - Bairro: **CENTRO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O ESTADO (AUTOR \ AGENTE)
MÔNICA MARIA DA SILVA VERAS (OUTRO)
ERONILDO BENTO VERAS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ERONILDO BENTO VERAS**

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

ERONILDO BENTO VERAS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES ROCHA** Pai: **JOSÉ BENTO VERAS** Data de Nascimento: **28/12/1979** Naturalidade: **VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **21927/CTPS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 79, SÍTIO MEIO, LOT. JARDIM CARIOCA, 79, RUA 02 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL**

O ESTADO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

MÔNICA MARIA DA SILVA VERAS (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MÔNICA MARIA DA SILVA VERAS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ERONILDO BENTO VERAS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEY5929** (PERNAMBUCO/VITORIA DE SANTO ANTAO) Chassi: **9C2JC4120BR735538**
Combustível: **GASOLINA**

30/11/2018 16:04



Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE PILOTAVA A MOTO PRÓXIMO AO VIADUTO DO LÍDIA QUANDO AO PASSAR POR UM BURACO O MESMO NÃO CONSEGUIU SEGUIR E SE DESIQUILIBROU E VEIO A CAIR NO SÓLO SENDO SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS POIS FICOU MUITO MACHUCADO E LEVADO PARA O HOSPITAL JOÃO MURILO E DEPOIS TRANSFERIDO PARA SER SUBMETIDO À CIRURGIA. DIANTE DO EXPOSTO FICA CIENTE ESTA DP, PARA DEVIDAS PROVIDÊNCIAS.

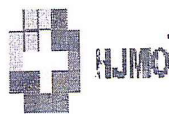
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

ERONILDO BENTO VERAS
(VITIMA)

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

30/11/2018 16:04





Nome: ERONILDO BENTO VERAS

Nº registro: 569500

Dt. Nasc.: 28/12/79 - 38 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: MARIA DE LOURDES ROCHA

Fone: 81985588517

SEM DOCUMENTOS

Endereço: JARDIM CARIOCA, nº 79, LIDIA QUEIROZ. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Data/hora: 09/02/2018 - 05:57

Nº pág.: 1/1

Setor: Leito:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANAMNESE:

Moto - S

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

PCT TRAZIDO PELO BOMBEIRO, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, QUEIXA SE DOR EM CLAVICULAR DIREITA

EXAME FÍSICO:

Pa: 150 X 90 mmHg

Temp: °C

HGT: mg/dL

Peso: Kg

Altura: m

SP O₂: %

Observação:

Classificação de Risco:

NÃO URGENTE - VERDE

Encaminhado para:

CONSULTÓRIO - TRAUMATOLOGIA

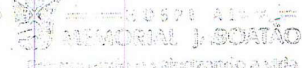
Especialidade:

TRAUMATOLOGIA

OUT: 686407
Dra. EDANE CUNHA DA SILVA

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833





Usuário: ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA
Data: 15/02/2018
Hora: 14:32

Sumário de Admissão e Alta

Nome: ERONILDO BENTO VERAS Prontuário: 748532
Atendimento: 150294 Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA
Sexo: Masculino Leito: ENF 17 - LEITO 04
Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DE CLAVICULA DIREITA CID: S420

Procedimento Solicitado: 0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

Tempo de permanência Previsto: 04/1502/10012

Procedimento SUS Realizado: 0408010150 + 0403020077

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. 3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- | | |
|--|---|
| ☐ Mudança de Procedimento | ☒ Uso de Prótese Órtese |
| ☐ Diária de UTI | ☐ Uso de Fatores de Coagulação |
| ☐ Diária de Acompanhante | ☐ Uso de Oxigenadores |
| ☐ Vacina Anti-... .. | ☐ Nutrição Parenteral |

SECRETARIA DE SAÚDE - PERNAMBUCO
OGOS - Gestão de Orçamento e Avaliação
Marta Cecília Mac Dowell
Médica Auditora/SUS - CRM: 892
CPF: 298 725 800-40

Resumo do Caso: PACIENTE VITIMA DE TRAUMA COM FRATURA DE CLAVICULA DIREITA
SUBMETIDO A CIRURGIA SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 11/02/2018 Data da Alta: 17/02/18 Dias de Hospitalização: dia (s).

ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA
CRM: 20022

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000
TELEFONE: 3482-9886 - www.hmjpe.org





ESFUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

C.G.C.

08.794.975/0004-36

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:		Enaldo Bento Viana	
DATA DO NASCIMENTO:	SEXO:	Nº DO PRONTUÁRIO:	
NOME DA MÃE:			
ENDEREÇO: (AV./RUA)			
Nº	BLOCO:	APTº	BAIRRO:
MUNICÍPIO:		UF:	CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:	Acidente de moto e do depois do	
EXAME FÍSICO:		Bo no top p/f do clareado @

PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES:

SECRETARIA DE SAÚDE-PJ/CFE
1608 - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowell
Médica Auditora/SUS - CRM: 8927
DE 798 725-824-49

DIAGNÓSTICO INICIAL:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CÓDIGO:

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE:

CARATER DA INTERNAÇÃO:

DATA:

DATA:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR DA INTERNAÇÃO

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

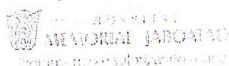
NOME DA UNIDADE:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHAMENTO

HGOT-333





Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 150294

Nascimento: 28/12/1979

Responsável:

Prontuário: 748532

Sexo: Masculino

Nome: ERONILDO BENTO VERAS

Data e Hora do Atendimento: 11/02/18 18:02:06

Idade: 38 Anos, 1 Mês e 14 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF:

Identidade: 6704313

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 131146294570003

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES ROCHA

Nome do Pai:

Endereço: RUA DOIS, LIDIA QUEIROZ, CEP: 55614350, Nº 79, VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 17 - LEITO 04

Ficha: ANTONIO ANDRE LIMA DA SILVA - CRM: 25129

CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA EM ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS, NEGA COMORBIDADES

EXAME FISICO GERAL:

FR, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, ACIANOTICO, ANICTERICO, AFEBRIL CONSCIENTE E ORIENTADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR EM 2º BNF SEM SS FC 76 BPM

AP - RESPIRATORIO:

MV+ EM AHT SEM RA FR 18IRPM

OMEN:

NDN

AP - GENITO - URINARIO:

DN

OUTROS:

RAIO X

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

1) FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

ANTONIO ANDRE LIMA
Médico
CRM 25129

ANTONIO ANDRE LIMA DA SILVA - CRM: 25129

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmje.org



Relatório Geral de Cirurgias

Nome: ERONILDO BENTO VERAS

Prontuário: 748532

Atendimento: 150294

Unidade de Internação / Leito: ENF 17 - LEITO 04

Sexo: Masculino

Idade: 38 Anos, 1 Mês e 18 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): NEURÓLISE (COD: 040302007-7)

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA (COD: 040801015-0)

Data: 15/02/2018

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

05. Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

06. Anestesia:

07. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO EM TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA DIREITA

DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ ABORDAGEM DE FOCO DE FRATURA

NEURÓLISE DE NERVO SUPRA-CLAVICULAR

REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 E PARAFUSOS CORTICAIS

LAVAGEM COM SF

REVISÃO DA HEMOSTÁZIA

FECHAMENTO POR PLANOS

DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedia e Traumatologia
Cl. Cirúrgica - Centro
CRM-PE 16.658 L7807/16351

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658





HOSPITAL
MEMORIAL JABOATÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: Eronildo Bento Veras

REGISTRO: 748532 DATA DE NASCIMENTO: 28 / 12 / 1979

RG: 6.704.313 ORGÃO EMISSOR: SDS/PE

ENDEREÇO: Rua 02 nº 79 Loteamento Jardim Caruso Vitória

NOME DA MÃE: Maria de Lourdes Rocha

DATA ADMISSÃO: 11 / 02 / 2018 DATA ALTA: 17 / 02 / 2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 15 / 02 / 2018 CID: S42.0

DIAGNÓSTICO: Fratura de Clavicula Direita

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de Fratura de Clavicula Direita + Neuralise

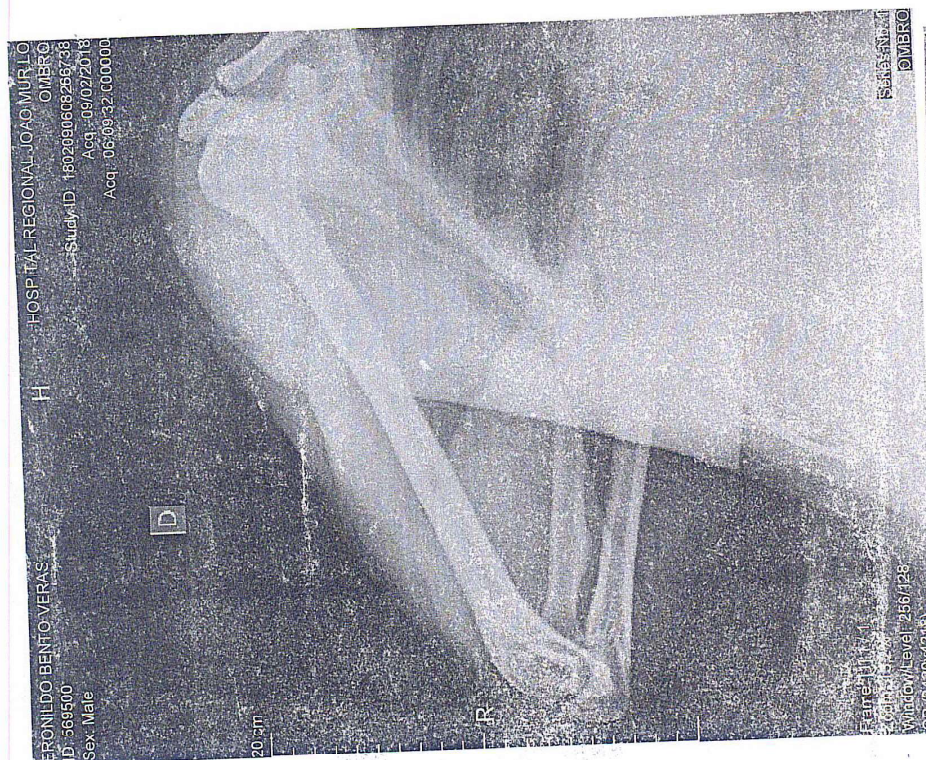
MÉDICO: Osvaldo Jose Macedo

CREMEPE: 16658

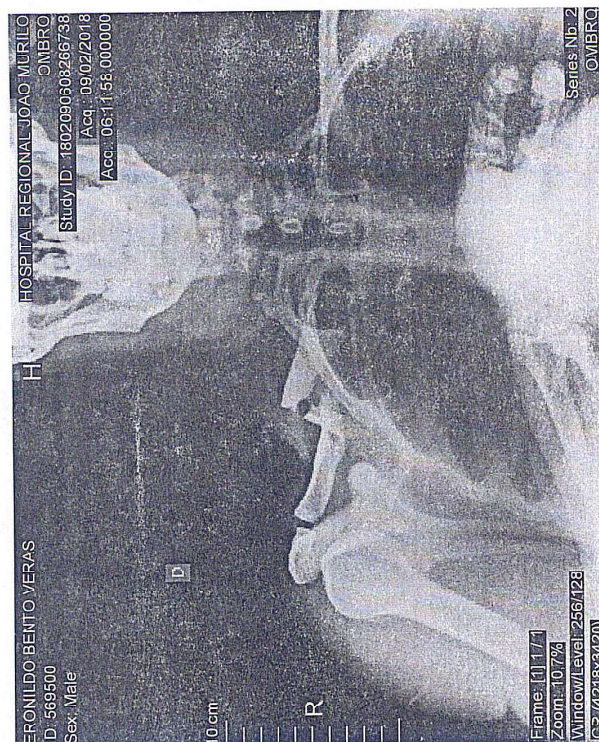
JABOATÃO DOS GUARAPES, 06 DE Dezembro DE 2018

Hermes Wagner
O. Urologista
CRM 8963

MÉDICO



ARJANA SEGUROS
1 8 ABR 2013



ARJANA SEGUROS
1 8 ABR 2013

