

INSTRUMENTO DE MANDATOOUTORGANTE:

EDUARDO JOSE DA SILVA, brasileiro, solteiro, porteiro, portador da cédula de identidade de nº 5.888.916 SDS/PE, e inscrito no CPF de nº. 049.778.054-29, residente e domiciliado na Rua Seis, 22, Enseadinha, Paulista/PE – CEP: 53.400-000.

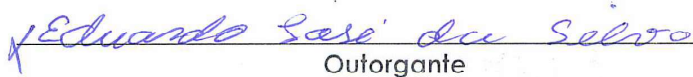
OUTORGADO:

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 NCPC 15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados.*

Recife/PE, 06 de junho de 2019.


Outorgante



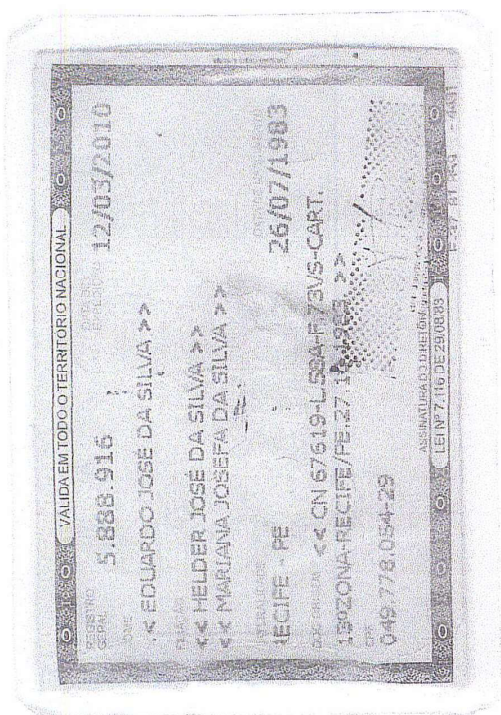
DECLARAÇÃO DE POBREZA

EDUARDO JOSE DA SILVA, brasileiro, solteiro, porteiro, portador da cédula de identidade de nº 5.888.916 SDS/PE, é inscrito no CPF de nº. 049.778.054-29, residente e domiciliado na Rua Seis, 22, Enseadinha, Paulista/PE – CEP: 53.400-000. 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.

Recife/PE, 06 de junho de 2019.

Eduardo Jose da Silva
DECLARANTE





81- 986397736
997246227





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 201904104881909

Escritório: ENSEADINHA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

10488190.9 04/2019-0

DADOS DO CLIENTE
MARIANA JOSEFA DA SILVA
R SEIS, N. 00022 - CS-04 - ENSEADINHA PAULISTA PE 53400-000
INSCRIÇÃO: 178.430.080.0273.006

GRUPO: 8

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 10488190.9

RESPONSÁVEL: ENDEREÇO: AV. EXTENSA

CONDIÇÃO DE LIGADO	POTENCIAL	QUANTIDADE DE MÓDULOS	VALOR
1			

DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	REAL /
01/04/2019	02/05/2019	

ÁGUA	ESGOTO	VOLUME: 0
LEIT. ANT.: 32	LEIT. ANT.:	
LEIT. ATUAL: 32	LEIT. ATUAL:	
LEIT. FAT.: 32	LEIT. FAT.:	

HISTÓRICO DE CONSUMO	PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT.	NÚMEROS DE AMOSTRAS	ATENDEN A LEGISLAÇÃO
03/2019 3/	TURBIDEZ	MS 2.914/11	19	18
02/2019 3/	COR APARENTE		19	18
01/2019 3/	CLORO RESIDUAL		19	19
12/2018 3/	COLIFORMES TOTAIS		19	19
11/2018 3/	E.Coli		19	19
10/2018 3/				
MÉDIA 3/ 0				

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

3 M3

41,30

CONSUMO DE ÁGUA

81- 986397736
997246227

PIS	41,30	1,65	0,68
COPINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 15/05/2019

TOTAL A PAGAR: 41,30

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 10/05/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VACAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

10488190.9

04/2019-0

VENCIMENTO: 15/05/2019

TOTAL A PAGAR:

41,30

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

8284000000-9 41300018178-9 10488190901-6 04201900003-6



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SINISTRO 3190321981 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EDUARDO JOSE DA SILVA

COBERTURA Invalidéz

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO EDUARDO JOSE DA SILVA

CPF/CNPJ: 04977805429

Posição em 29-07-2019 13:08:49

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

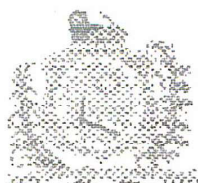
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/06/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
11/06/2019	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
28/05/2019	Interrupção de Prazo	
15/05/2019	Aviso de Sinistro	
15/05/2019	Exigência Documental	





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 16ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA -
DP16ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0106001192

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/04/2019 às
18:49

Complementa o BO Número: 19E0106001004

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)
que aconteceu no dia 9/11/2018 às 18:20

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE IPUTINGA (BAIRRO), 1, MANOEL
ESTEVÃO DA COSTA** - Bairro: **IPUTINGA - RECIFE/PERNAMBUCO**
/BRASIL - Ponto de Referência: **CANAL DO CAVACO E CASA DE BATERIA
MOURA**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MANOEL PEREIRA DO NASCIMENTO JÚNIOR (OUTRO)
EDUARDO JOSÉ DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): EDUARDO JOSÉ DA SILVA

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

**EDUARDO JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIANA
JOSEFA DA SILVA Pai: HÉLDER JOSÉ DA SILVA Data de Nascimento: 26/7/1983 Naturalidade:
RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5822916/SDS/PE (RG), 04377205429
(CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO Profissão: PORTEIRO**
Telefones Celulares:
- 984821712

Endereço Residencial: **RUA ALTO JARDIM PROGRESSO, , PRIMEIRA SUBIDA JARDIM
PROGRESSO - CEP: 55000-000 - Bairro: NOVA DESCOBERTA - RECIFE/PERNAMBUCO
/BRASIL**

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



MANOEL PEREIRA DO NASCIMENTO JÚNIOR (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MANOEL PEREIRA DO NASCIMENTO JÚNIOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDUARDO JOSÉ DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKF5277** (PERNAMBUCO/RECIFE) Chassi: **962JG30708R007453**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **ROXA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NXW3643** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011**

Complemento / Observação

RELATOU A VITIMA QUE SE DIRIGIA AO BAIRRO DA IPUTINGA BUSCAR SUA ESPOSA NO TRABALHO, QUANDO FORA ALBAROADO POR OUTRA MOTOCICLETA, PILOTADA POR UM INDIVÍDUO QUE EVADIU-SE DO LOCAL, TENDO O MESMO, SIDO SOCORRIDO PELO SAMU E EM SEQUIDA, ENCAMINHADO AO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS COM FRATURA EXPOSTA DO PÉ ESQUERDO; FICANDO INTERNADO POR DOIS DIAS. DIANTE DO EXPOSTO, FAZ CIENTE A ESTA DEPOL.

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

x Eduardo José da Silva
EDUARDO JOSÉ DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Charles Gouveia* **CHARLES GOUVEIA** - Matrícula: **3047438**





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: EDUARDO JOSE DA SILVA ATENDIMENTO: 651453 Prontuário: 1102994
Data Nasc.: 26/07/1983 Idade: 35 Sexo: MASCULINO Cor:
CPF: RG: 5838916 CNS:
Endereço: 1 SUBIDA ALTO DO PROGRESSO Nº: 35
Bairro: NOVA DESCOBERTA Cidade: RECIFE Estado: PE
CEP: 52190102 Fone: 37743217 Profissão:
Nome da Mãe: MARIANA JOSEFA DA SILVA
Acompanhante:
Nome do Conjuge:
Local de Procedência: VIA URBANA
Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Ocorrência: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO/MOTO SAMU RECIFE BASICA - 02 FRATURA EXPOSTA PERNA ESQ.

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA 09/11/2018 HORA: 19:23 h Médico:

Lesão Principal / HDA: *fratura 35 cm útero de Colúmbia neta x 1 cm -
to 1, 40 mm
lesão um do segmento, lesão ligamentar distal da articulação*

História do Trauma

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

Exame Físico:

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

sem cefaleia, sem náusea

B: Respiratório

sem RA, FR = 18 rpm, Sat O2 = 100% ambiente

C: Circulatório

PA: 120 x 80 mmHg Pulso: 74 bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura Ocular
Glasgow: Resposta Verbal
Glasgow: Resposta Motora
Score: Hora:
Score: Hora:
Score: Hora:

ECG = 75



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo
Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

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

Condição de Alta:

☐ Melhorado
☐ Piorado

☐ Inalterado

☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta ☐

Transferência ☐

Estudo de Caso ☐

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Médico:

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:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

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:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Cadastramento: 09/11/2018 19:23 h CLAUDIOAS

impressão: 09/11/2018 19:23 h CLAUDIOAS

Médico

