

INSTRUMENTO DE MANDATO**OUTORGANTE:**

ELTON JONAS FERREIRA DA SILVA, brasileiro, solteiro, mototaxista, portador da Carteira de Identidade de Nº.: 7.124.408 SDS/PE, inscrito no CPF de nº 112.824.004-10, residente e domiciliado na Rua da Caixa, 07, Centro, 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, 26 de Novembro de 2018.

ELTON JONAS FERREIRA DA SILVA

OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

ELTON JONAS FERREIRA DA SILVA, brasileiro, solteiro, mototaxista, portador da Carteira de Identidade de Nº.: 7.124.408 SDS/PE, inscrito no CPF de nº 112.824.004-10, residente e domiciliado na Rua da Caixa, 07, Centro, 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, 26 de Novembro de 2018.

ELTON JONAS FERREIRA DA SILVA
ELTON JONAS FERREIRA DA SILVA



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

NOME
 ELTON JONAS FERREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 7124408 SDS PE

CPF
 112.824.004-10

DATA NASCIMENTO
 22/06/1994

FILIAÇÃO
 UIRACUITAN FERREIRA
 DA SILVA
 MARIA SUELI DA SILVA

PERMISSÃO
 ACC
 CAT. HAB.
 A.B

Nº REGISTRO
 06295202981

VALIDADE
 30/09/2019

1ª HABILITAÇÃO
 04/02/2015

OBSERVAÇÕES
 Exerce Ativ Remunerada

ELTON JONAS FERREIRA DA SILVA

LOCAL
 VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

DATA EMISSÃO
 11/02/2016

ASSINATURA DO EMISSOR
 88425460588
 PE071379843

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1221576126

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1221576126





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 061ª CIRCUNSCRIÇÃO - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO -
DP61ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0151002714**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/05/2016** às **15:53**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **18/5/2016** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **TRAVESSA DESEMBARGADOR PEDRO BELTRAO, 01 - Bairro: CAJA - VITORIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
SEVERINO ROBSON DA SILVA (OUTRO)
ELTON JONAS FERREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ELTON JONAS FERREIRA DA SILVA**

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

ELTON JONAS FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA SUELI DA SILVA Pai: UIRAQUITAN FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 22/6/1994 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 07, RUA DA CAIXA -SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEVERINO ROBSON DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SEVERINO ROBSON DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELTON JONAS FERREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PET8472** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **453086633** Chassi: **9C2KC1660CR520256**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA**

20/07/17, 15:22



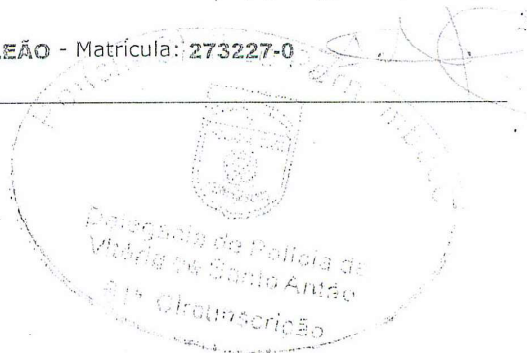
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A VITIMA EM TELA QUANDO AO PASSAR EM UM CRUZAMENTO, PERCEBEU O IMPACTO PROVOCADO POR UMA MOTOCICLETA QUE ESTAVA SENDO PILOTADA POR UMA PESSOA DE NOME ABRAÃO, VINDO A SOFRER LESÕES. DECLARA QUE FOI SOCORRIDO POR UMA PESSOA DE NOME "ALEF" PARA O HOSPITAL JOÃO MURILO, COMO CONSTA NA FICHA DE ATENDIMENTO 634065 DAQUELE NOSOCOMIO.

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

ELTON JONAS FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARCIO RENE SANTANA SOUZA LEÃO** - Matrícula: **273227-0**



20/07/17, 15:22



Número do Reg.: 634065 Data/hora: 18/05/2016 23:45 Prontuário: 0 Local de entrada: EMERGÊNCIA GERAL

INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO PACIENTE OU ACOMPANHANTE:

Paciente: ELTON JONAS FERREIRA DA SILVA Nasc.: 22/06/1994 Idade: 21 Sexo: Masculino
Cor: Parda Estado civil: Profissão: Nacionalidade: Brasileira Documento de Identidade: 7124408
Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANT Filiação: MARIA SUELI DA SILVA UIRAQUITAS FERREIRA DA SILVA
Endereço: CAIXA Nº: 7 CEP: 55600-000 CNS:
Bairro: SANTANA Cidade: VITORIA DE SANTO ANTAO UF: PE Telefone:
Acompanhante: O MESMO

Ocorrência: _____
Local da Ocorrência: _____ Meio de Transporte: _____

Atendimento médico:

Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____ Médico: _____ CRM: _____
Queixa principal: *trauma + dor no abdome direito* (SIC)

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 do Impacto: _____
Emprelamento: Sim () Não () Sofreu Queda: Sim () Não ()
Tema de Ferimento: Sim () Não () Tipo: _____
Altura: _____ m Transporte realizado por: _____
Queimadura: Sim () Não () Por: _____
Condições de Imobilização adequadas: Sim () Não () Porque: _____
Observações: _____

Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim () Não () O paciente fala: Sim () Não () Temp: _____ C° _____

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: _____ x _____ mm Pulso: _____ bpm

D: Exame Neurológico

Glasgow: Abertura Ocular

Escora: _____ Hora: _____

Deficiência motora: MSD: () MSE: () MID: () MIE: ()

Glasgow: Resposta Verbal

Escora: _____ Hora: _____

Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas

Glasgow: Resposta Motora

Escora: _____ Hora: _____

Diagnóstico Inicial:



150 mg
Falta de controle de 2000

Exames Solicitados: 1- Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2- Especializados

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimentos:

Cod. Procedimento

Indicação Cirúrgica Sim () Não ()

Motivo

Ass. Médico + Carimbo

Evolução de Enfermagem:

Diagnóstico Definitivo:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Definição de Caso:

Condição de Alta

Internamento () Cirurgia () Óbito () Termo de Alta e Pedido () Evadiu-se ()

() Curado

() Melhorado

Transferido para:

() Inalterado () Piorado

Internado na Clínica:

() Óbito

Informação do Serviço Social

Assist. Social

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências

Alta ()

Transfência ()

Estudo do Caso ()

Exames Externos ()

Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta/ Internamento/ Transferência:

Médico:

CRM:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito 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 todas as consequências que deste ato podem vir.

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade

Assinatura:

Atendimento: EDUARDA GABRIELA 18/05/2016 23:45

Registro: 18/05/2016 23:39



SUS



PERNAMBUCO



HU/UC

ESTADO DE PERNAMBUCO

Nome: **ELTON JONAS FERREIRA DA SILVA**
Dt. Nasc.: 22/06/94 - 21 ano (s)
Mãe:
Endereço: , nº , -
Data/hora: 18/05/2016 - 23:39

Nº registro: **634065**
Sexo: Masculino
Fone:
Nº pág.: 1/1

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
18/05/2016 - WILLDS

SENHA: NO-180

Classificação de Risco: **NÃO URGENTE - VERDE**
Especialidade: **TRAUMATOLOGIA**
Encaminhado Para: **CONSULTÓRIO - TRAUMATOLOGIA**

ANAMNESE

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

- PACIENTE RELATA COLISÃO DE MOTO COM MOTO DEBETE DOR MSD 3 QUILODACTILO + MID 2 PODODACTILO -
ESCORIAÇÕES

EXAME FÍSICO:

PA: 130 x 90 mmHg
HGT: mg/dL

Peso:

Temperatura: °C
Alto: SP C2, 30

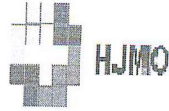
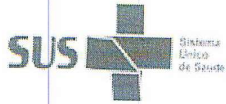
OBSERVAÇÕES:

COREN: 283709
Dr. WILLDS CORREIA DE AMORIM SILVA

COREN: 333709
Dr. WILLDS CORREIA DE AMORIM SILVA

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz - CEP: 55602-900 - Recife de Santo Antônio/PE
Contato: (81) 3526-8033





Nome: NIVALDO LUIZ DA SILVA

Nº registro: 618232

Dt. Nasc.: 01/06/92 - 25 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: MARIA ELIANE VIANA LUIZ

Fone: 81994067175

Endereço: ASSEMBLEIA DE DEUS, nº 14, SANTANA. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Data/hora: 09/01/2018 - 19:08

Nº pág.: 1/1

Setor: Leito:

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

ALERGIA:

QUEIXA PRINCIPAL:

{ - }

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

ACIDENTE DE MOTO COM ESCORIAÇÕES DIFUSAS E EDEMA EM TNZ ESQ

EXAME FÍSICO:

Pa: X mmHg Temp: °C HGT: mg/dL

Peso: Kg Altura: m SP O₂: %

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S825 - FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL | TÍBIA, ENVOLVENDO

RESULTADOS DE EXAMES:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

tala bota
ao ambulatório

CRM: 11293
Dr. JERONIMO PEREIRA LOBO

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

