

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Ivoni Maria da Conceição, Brasileira, solteira, autônoma, R6 7.534.401-50516, CPF 115.115.115, residente e domiciliada no Lot. MAJ Expedito, 115, Casa, Vitória de Santo Antão PE, CEP 55600-000.

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, respectivamente, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Salas 09/10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com.

PODERES

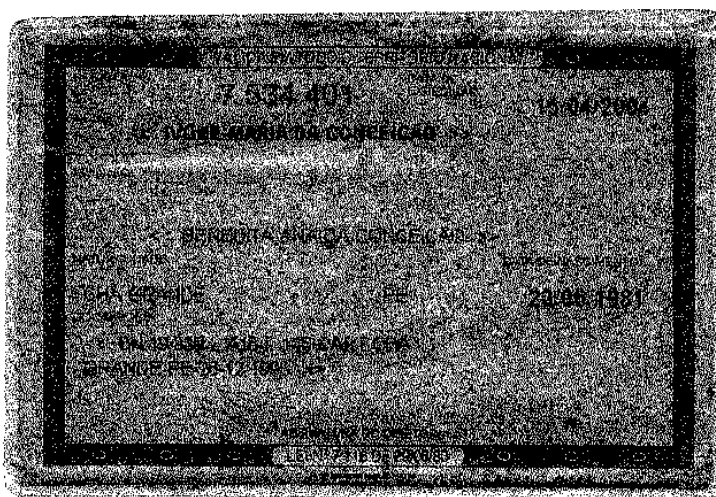
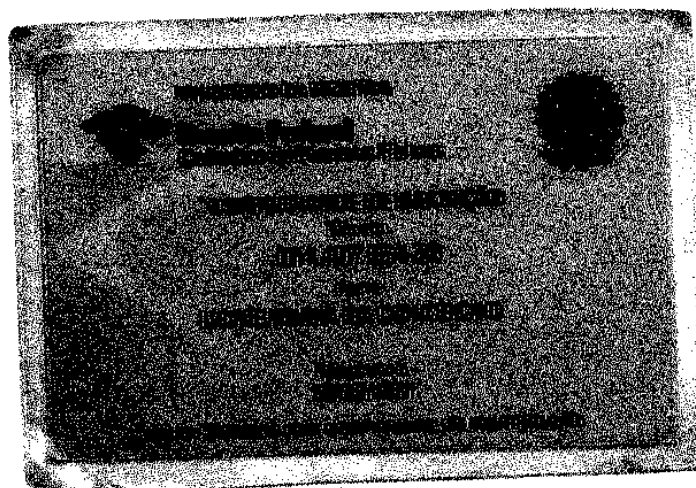
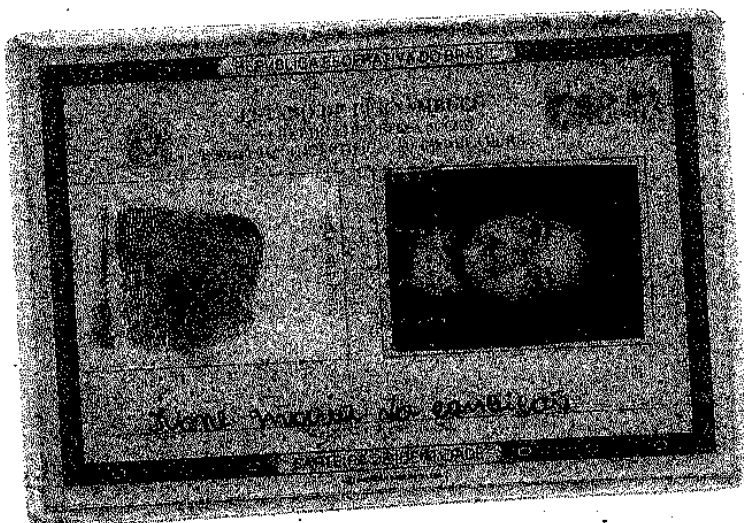
Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judícia", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual 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.

TERMO DE CARÊNCIA

DECLARO nos termos da Lei nº. 7.115, de 29 de agosto de 1983 e seguintes, para os devidos fins, de que sou pobre, na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do meu sustento e de minha família.

Carpina/PE, 15 de agosto de 2018.

Ivoni Maria da Conceição
Outorgante





Tarifa Social de Energia Elétrica - pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-902
CNPJ 10.835.932/0001-05 | Ins. Est. 0005942-53 | www.celpe.com.br

NOME DO CLIENTE

JOANA DARC BAREUSA DA SILVA
PROX AO CAIX

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO MAJ EXPEDITO 115

CPF: 040.741.024-47

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CAJA VITÓRIA DE SANTO ANTAU
VITÓRIA DE SANTO ANTAU PE
55600-000

CODIGO CONTRATO

20074103869

DATA DE INÍCIO 29/11/2018

DATA DE FIM 22/12/2018

REDAÇÃO FISCAL: 040238659
APRESENTAÇÃO: 22/11/2018
UNICA: 22/11/2018
Nº DA INSTALAÇÃO: 4006119
22/11/2018 2002066677 4006119

VALOR 86,47

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	105,000000	0,7364662	77,32
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,04
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,14
Contrib. Rum. Pública Municipal			5,38
ICMS Subvenção-COE-NF 032657229-20/09/16			0,51

TOTAL DA FATURA 86,47

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
45017089	CAT	22-10-2018	18	310,00	22-11-2018	16	415,00	31	7,0000		105,00

MÊS		CONSUMO (kWh)		VALOR (R\$)		CONTRIBUIÇÃO DO CONSUMO	
NOV 18	105	30,56	28,00	22,12	25,00	Consumo Energia	R\$ 25,00 22,90%
OUT 18	108	31,50	28,00	25,12	25,00	Transmissão	R\$ 3,70 4,60%
SET 18	81	20,50	0,74	9,55	25,00	Distribuição (Celpe)	R\$ 12,83 24,53%
AGO 18	56	20,50	3,41	2,70	25,00	Perdas de Energia	R\$ 4,45 6,77%
JUL 18	60					Energia Solar	R\$ 4,46 6,64%
JUN 18	75					Tributos	R\$ 22,47 24,16%
MAY 18	57						
ABR 18	60						
MAR 18	50						
FEV 18	105						
JAN 18	135						
DEZ 17	130						
NOV 17	125						

1080 1E1E B57D 9710 A40A 1BF 1 8747 E245



PERNAMBUCO
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital João Murilo de Oliveira

HJMO

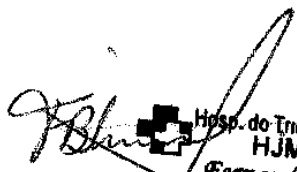
Hospital do
Tricentenário

Vitória de Santo Antão, 01 de Agosto de 2018

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de comprovação, que no dia 13 de Dezembro de 2015, a Sra. IVONE MARIA DA CONCEIÇÃO, RG- 7.534.401, residente no Loteamento Major Expedito nº 135- CAIC- Vitória de Santo Antão- PE. Compareceu neste Hospital João Murilo de Oliveira, localizado na Av. Henrique de Holanda, Nº87- Cajá - Vitória de Santo Antão – PE, para fins de atendimento na emergência vítima de atropelamento, paciente foi atendida realizado os primeiros cuidados, e transferida para o Hospital Getúlio Vargas, com suposta Fratura em MID.

Atenciosamente,


Hosp. do Tricentenário
HJMO
Fernanda Melo
Coord. Adm. e Financeira


Geane Guerra
Assistente Social
CRESS-3771
Hosp. do Tricentenário
HJMO
Geane de Lima Guerra
Ger. Serv. Social - CRESS - 3771





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: IVONE MARIA DA CONCEIÇÃO

1. Ocorrência da Emergência: 284434

1.1 - Atendimentos em: 14/12/2015

1.2 - Às 01 horas e 56 minutos:

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1003601

2.1 - Internado em:

2.2 - Alta em:

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA FECHADA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

4. Tratamento: TALA JOELHEIRA DIREITA.

5. Observação: ATROPELAMENTO.

TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE CONVENIO EM 19/02/2017.

DATA: 2.5.2017

HORA: 09:57:51

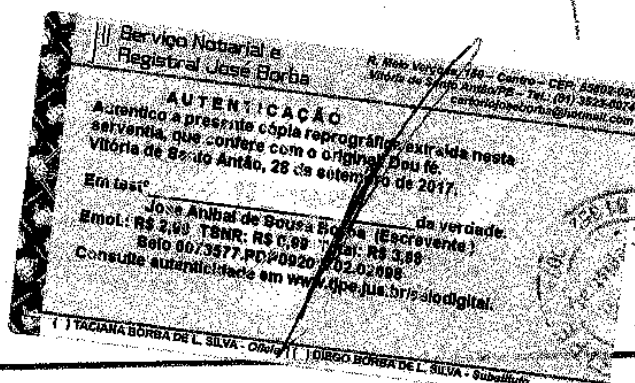
PASTA: 01.05.2017

TB

TSL

Dr. Tadeu Buri
SDC - CREMEPE 6019
MAT. 0588695

Dr. Tadeu Buri



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 14/12/2015 01:47

Nome Paciente: IVONE MARIA DA CONCEICAO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 20/06/1981
Sexo: Feminino
Idade: 34
Senha: E0003
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 14/12/2015 01:48 - 14/12/2015 01:49

ZENAIDE MARIA PEREIRA DA SILVA BARROS - COREN: 56525 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO HÁ +/- 7 HORAS C/ TRAUMA EM MÍD

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- DOR MODERADA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 7

Acolhido(a) por: ZENAIDE MARIA PEREIRA DA SILVA BARROS - COREN: 56525 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/12/2015 01:49

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 29/12/2015 10:28

Atendimento: 187160 Entrada: 19/12/2015 Hora: 13:37
Plano: SUS ESTADO - INTERNAMENTO
Responsável:
Médico: DANIEL SANCHES

Saída: 23/12/2015 Hora: 12:55
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 706906196977534

Paciente: 62873 IVONE MARIA DA CONCEICAO
Nascimento: 20/06/1981 (34 Anos e 6 Meses)
Endereço: RUA MAJOR EXPEDITO
Bairro: BELA VISTA C.E.P.: 55608-580
Cidade: 2616407 VITORIA DE SANTO ANTAO
Pai: NAO DECLARADO
Mãe: BENEDITA ANA DA CONCEICAO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 7534401 - SDS - PE
Telefone: 987496211 / 986208298
G.Instrução:
Ocupação: DO LAR
Naturalidade: CHA GRANDE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 19/12/2015 - 14:54

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL SANCHES CRM 19149)

Queixa do paciente:

pac transferida do hgv para tto cirurgico de fratura plato tibial D

Exame físico:

joelho perna D sem ferimentos

Hipótese diagnóstica:

frat plato tibial D

Pré-op OK

Prescrição/Conduta:

	Horario/Checkagem
01 - Internamento	
02 - VPM	
03 - tala coxopodálica	
04 -	

Reavaliação:

Materials Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Memorial Armino Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N - Moreno - PE



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 29/12/2015 10:28

Atendimento: 187160 Entrada: 19/12/2015 Hora: 13:37
Plano: SUS ESTADO - INTERNAMENTO
Responsável:
Médico: DANIEL SANCHES

Saída: 23/12/2015 Hora: 12:55
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 706806196977534

Paciente: 62873 IVONE MARIA DA CONCEICAO
Nascimento: 20/06/1981 (34 Anos e 6 Meses)
Endereço: RUA MAJOR EXPEDITO
Bairro: BELA VISTA C.E.P.: 55608-580
Cidade: 2616407 VITORIA DE SANTO ANTAO
Pai: NAO DECLARADO
Mãe: BENEDITA ANA DA CONCEICAO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 7534401 - SDS - PE
Telefone: 987496211 / 986208298
G.Instrução:
Ocupação: DO LAR
Naturalidade: CHA GRANDE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

DESCRIÇÃO CIRURGICA (Dr. JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA CRM 15595)

DESCRIÇÃO CIRURGICA

Equipe:

Cirurgião: JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA - CRM : 15595

Anestesista: PABLO GOMES

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA DE PLANALTO TIBIAL

Operação Realizada

1. OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL 2. ARTROTOMIA AO NIVEL DO JOELHO 3. FASCIOTOMIA

Diagnóstico Pós-Operatório

0 mesmo

Antecedentes

Não houve

Descrição

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MI
ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
INCISÃO VIA DE ACESSO ANTERO-LATERAL COM ABERTURA POR PLANOR E HEMOSTASIA
IDENTIFICAÇÃO DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL COM RETIRADA DE TECIDO DE INTERPOSIÇÃO
REDUÇÃO, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL, COM VISUALIZAÇÃO DIRETA DA SUPERFÍCIE ARTICULAR
COLOCAÇÃO DE PLACA EM L PARA PLATO TIBIAL
COLOCAÇÃO DE 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS
COLOCAÇÃO DE 03 PARAFUSOS CORTICAIS
LAVAGEM DAS FERIDAS COM SF 0,9%
SINTESE POR PLANOS COM VICRYL E NYLON
CURATIVO OCLUSIVO
RETIRADA DE GARROTE
USADA FLUOROSCOPIA

Materiais Prescritos

**01 PLACA DE PLATO TIBIAL
05 PARAFUSOS**

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15595 / CRM-BA 17638
4202: 11983

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. João Campelo, S/N - Moreno - PE



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 29/12/2015 10:28

Atendimento: 187160 Entrada: 19/12/2015 Hora: 13:37
Plano: SUS ESTADO - INTERNAMENTO
Responsável:
Médico: DANIEL SANCHES

Saída: 23/12/2015 Hora: 12:55
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 706906196977534

Paciente: 62873 IVONE MARIA DA CONCEICAO
Nascimento: 20/06/1981 (34 Anos e 6 Meses)
Endereço: RUA MAJOR EXPEDITO
Bairro: BELA VISTA C.E.P.: 55608-580
Cidade: 2816407 VITORIA DE SANTO ANTAO
Pai: NAO DECLARADO
Mãe: BENEDITA ANA DA CONCEICAO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 7534401 - SDS - PE
Telefone: 987496211 / 986208298
G.Instrução:
Ocupação: DO LAR
Naturalidade: CHA GRANDE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 19/12/2015 - 14:54

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL SANCHES CRM 19149)

Queixa do paciente:

pct transferida do hgv para tto cirurgico de fratura plato tibial D

Exame físico:

Joelho perna D sem ferimentos

Hipótese diagnóstica:

frat plato tibial D

Pré-op OK

Prescrição/Conduta:

Horario/Checagem

01 -	internamento	
02 -	VPM	
03 -	tala coxopodálica	
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Memorial Armino Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N - Moreno - PE



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 29/12/2015 10:28

Atendimento: 187160 Entrada: 19/12/2015 Hora: 13:37
Plano: SUS ESTADO - INTERNAMENTO
Responsavel:
Médico: DANIEL SANCHES

Saida: 23/12/2015 Hora: 12:55
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 706906196977534

Paciente: 62873 IVONE MARIA DA CONCEICAO
Nascimento: 20/06/1981 (34 Anos e 6 Meses)
Endereco: RUA MAJOR EXPEDITO
Bairro: BELA VISTA C.E.P.: 55608-580
Cidade: 2816407 VITORIA DE SANTO ANTAO
Pai: NAO DECLARADO
Mãe: BENEDITA ANA DA CONCEICAO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 7534401 - SDS - PE
Telefone: 987496211 / 986208298
G. Instrução:
Ocupação: DO LAR
Naturalidade: CHA GRANDE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 19/12/2015 14:54

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL SANCHES CRM 19149)

Queixa do paciente:

pct transferida do hgv para tto cirurgico de fratura plato tibial D

Exame físico:

joelho perna D sem ferimentos

Hipótese diagnóstica:

frat plato tibial D

Pré-op OK

Prescrição/Conduta:

Horario/Checagem

01 -	internamento	
02 -	VPM	
03 -	tala coxopodálica	
04 -		

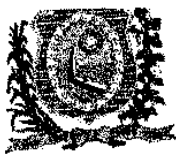
Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N - Moreno - PE





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0151003861**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/08/2018** às **15:56**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **13/12/2015** no período da **Noite**

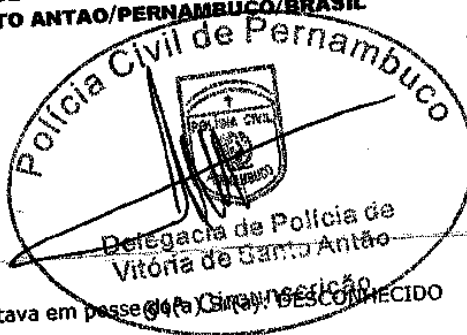
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 135, LOT. MAJOR EXPEDITO. BAIRRO CAIC - Bairro: CENTRO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
IVONE MARIA DA CONCEIÇÃO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de Sr(a) **DESCONHECIDO**



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

IVONE MARIA DA CONCEIÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **BENEDITA ANA DA CONCEIÇÃO**
Pai: **NAO DECLARADO** Data de Nascimento: **20/6/1981** Naturalidade: **CHA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 135, LOT. MAJOR EXPEDITO. BAIRRO CAIC - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - VITORIA DE SANTO ANTAO/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): **IVONE MARIA DA CONCEIÇÃO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MARCA, MODELO E PLACA NAO INFORMADOS.**

Complemento / Observação

A NOTICIANTE PASSOU A RELATAR QUE FOI VITIMA DE UM ATROPELAMENTO, TENDO COMO AUTOR PESSOA DESCONHECIDA; INFORMA QUE ESTAVA TRANSITANDO A PÉ PELA VIA, JA CITADA, QUANDO FOI ATINGIDA POR UM VEICULO DE PLACA E MARCA NAO OBSERVADAS; QUE FICOU FERIDA E FOI SOCORRIDA POR ESTE DESCONHECIDO, QUE APOS A REFERIDA PRESTACAO DE SOCORRO DEIXOU O HOSPITAL SEM SE IDENTIFICAR; QUE A VITIMA RECEBEU ATENDIMENTO MEDICO NO HOSPITAL JOAO MURILO DE OLIVEIRA.

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

06/08/2018 15:56



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPrev

IVONE MARIA DA CONCEIÇÃO
(VITIMA)

ivone maria da conceição

B.O. registrado por: **ISMAILSON ARAUJO DA SILVA** - Matrícula: **319.624-0**

SINISTRO 3180408275 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA IVONE MARIA DA CONCEICAO FERREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA
EXCELSIOR DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO IVONE MARIA DA CONCEICAO FERREIRA

CPF/CNPJ: 01440765430

Posição em 16-11-2018 16:20:10

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento				Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
16/11/2018	-4	R\$ 2.362,50		R\$ 0,00		R\$ 2.362,50

Ativar o Windows

Ative as configurações do computador para ativar o Windows.





Nome: IVONE MARIA DA CONCEICAO (62873)

Admissão: 218554

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito:

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: 30/05/2016



Hospital Armindo Moura

Ay. Cleto Campelo, s/n

• Centro - Moreno/PE

Fone: 81 3535-2013



Armindo Moura

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1a. via - Farmácia / 2a. via - Paciente

Identificação do Paciente

Paciente: IVONE MARIA DA CONCEICAO

Endereço:

Rua: RUA MAJOR EXPEDITO - Bairro: BELA VISTA - VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Prescrição:

1 - PACO (PARACETAMOL + CODEÍNA) ----- 01 (UMA) CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, DE 03/03, EM CASO DE DOR

30/05/2016

Identificação do Comprador

Nome:

Identidade:

Órgão emissor:

Endereço:

Cidade:

PE:

Telefone:

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data / /

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 30/05/2016 as 16:36

DR. JUAZEL SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15595 / CRM-BA 17638
PROF. 11983

Dr. (a) JUAZEL SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: 15595



EMERGENCIA

Prontuário: 1003601

CNS: 706906196977534

Profissão:

Ocorrência: AUT, ENF, ZENAIDE SENHA - 4817187 HOSP. POLICL JOAO MURILO DE OLIVEIRA - DE VITORIA DE SANTO.

Admopelocenta citem de 2th e Vth e fogado pto
FAMU con tola pumano pulesab, sur e D_x Ca folio

NY 62-100000-1448



663, em preso, comado, distado, opht, Stedam

WV ④ 8/24 FR = 16

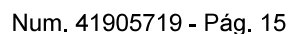
1993

200 21 300 815 Fe-78

Escore:	Hora:
----------------	--------------

CCG-V

Sen. Richard Nixon







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **014.407.654-30**

Nome: **IVONE MARIA DA CONCEICAO FERREIRA**

Data de Nascimento: **20/06/1981**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **02/10/2003**

Digito Verificador: **00**

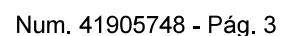
Comprovante emitido às: **13:11:27** do dia **28/01/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **81FB.DD15.BDDF.6929**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)







Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
Seção A da 8ª Vara Cível da Capital

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA
JOANA BEZERRA, RECIFE - PE - CEP: 50080-800 - F:()

Processo nº **0015251-60.2019.8.17.2001**

AUTOR: IVONE MARIA DA CONCEICAO

RÉU: TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.

DESPACHO

Intime-se a parte autora, através do advogado, para juntar aos autos, no **prazo de 15 (quinze) dias úteis**, o seguinte:

- 1. Cópia do benefício do INSS;**
- 2. Cópia do Boletim de Ocorrência referente ao segundo acidente de trânsito que lesionou a outra mão;**
- 3. Outros documentos, conforme solicitação da perita à fl. 37.**

Sob pena de extinção do feito, de acordo com o disposto no art. 485, IV do CPC.

CUMPRASE.

RECIFE, 27 de fevereiro de 2019



Juiz(a) de Direito





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA
JOANA BEZERRA, RECIFE - PE - CEP: 50080-800

Seção A da 8ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0015251-60.2019.8.17.2001
AUTOR: IVONE MARIA DA CONCEICAO

RÉU: TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.

INTIMAÇÃO DE DESPACHO

Por ordem do(a) Exmo(a). Dr(a). Juiz(a) de Direito do Seção A da 8ª Vara Cível da Capital, fica(m) a(s) parte(s) intimada(s) do inteiro teor do Despacho de ID 41910803, conforme segue transcrito abaixo:

" Intime-se a parte autora, através do advogado, para juntar aos autos, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, o seguinte: 1. Cópia do benefício do INSS; 2. Cópia do Boletim de Ocorrência referente ao segundo acidente de trânsito que lesionou a outra mão; 3. Outros documentos, conforme solicitação da perita à fl. 37. Sob pena de extinção do feito, de acordo com o disposto no art. 485, IV do CPC. CUMPRA-SE. RECIFE, 27 de fevereiro de 2019 Juiz(a) de Direito"

RECIFE, 27 de fevereiro de 2019.

ANA ELISABETE PROCÓPIO DE ALMEIDA CASTRO
Diretoria Cível do 1º Grau



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª CÍVEL DA CAPITAL – PERNAMBUCO.

PROCESSO Nº: 0015251-60.2019.8.17.2001.

REF: JUNTADA.

IVONE MARIA DA CONCEIÇÃO, já devidamente qualificado nos autos acima em epígrafe, vem por suas advogadas infra-assinadas, em observância do despacho de id [41914190](#), apresentar a CTPS da AUTORA como prova de sua hipossuficiência, já que encontra-se atualmente desempregada, renovando seu pedido de deferimento do benefício da justiça gratuita.

Nestes termos,

Pede deferimento.

Recife, 28 de março de 2019.

Juliana Magalhães

OAB/PE 22.820



...você também está obrigado a usá-los, para prevenir aci-

...dentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo "companheiro os perigos que o

...verão no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada,

...para evitar outros desgrasas.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser

...pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médi-

...co adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos"

concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços

de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for viti-

ma de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve

respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de

seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde

você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a aci-

dentes pela desatenção.

Leia e reflicta sempre os ensinamentos contidos nos

cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não

fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máqui-

nas nos devidos lugares.

Parque a máquina quando tiver que consertá-la ou

lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes.

Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manuseio dos extintores e demais dispositi-

vos de combate ao fogo existentes em seu local de traba-

lho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número

034981 0060 - P E

Série



x *Juliana Maria da Silva*
ASSINATURA DO PORTADOR *Beijos*



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Sr. Maria da Conceição
 Loc. Nasc. Chã Grande Est. PE Data 20/06/81
 Filiação Benedita Ana da Conceição
 Doc. Nº EN: 19339 F. 146 L. 16 Reg. Chã-Grande PE.

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / / Estado
 Obs.:
 Data Emissão 30/03/01 DRT Vitória PE.

Augusto Cesar da S. Oliveira
 Assinatura do Funcionário
 SSG / SELAD / DRTPE
 Mat. 660430

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

9



ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de
de / / a / /

.....
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de / / a / /

.....
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de / / a / /

.....
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de / / a / /

.....
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de / / a / /

.....
Assinatura do empregador

FGTS — Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
(Lei nº 5.107/66, regulamentada pelo Dec. nº 59.820/66)

OPÇÃO

..... / /
Dia Mês Ano

Banco depositário

Agência

Praça

Empresa

.....
Carimbo e assinatura do empregador

RETRATAÇÃO

..... / /
Dia Mês Ano

Banco depositário

Agência

Praça Estado

Empresa

.....
Carimbo e assinatura do empregador

OPÇÃO

..... / /
Dia Mês Ano

Banco depositário

Agência

Praça

Empresa

.....
Carimbo e assinatura do empregador

RETRATAÇÃO

..... / /
Dia Mês Ano

Banco depositário

Agência

Praça Estado

Empresa

.....
Carimbo e assinatura do empregador



TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

162.44222.57-2

NÚMERO

9482615

SÉRIE

0050

UF

PE

Nome Maria da Conceição Lima

ASSINATURA DO TITULAR





QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

IVONE MARIA DA CONCEIÇÃO FERREIRA
FILIAÇÃO..... BENEDITA ANA DA CONCEIÇÃO
NASCIMENTO..... 20/06/1981
ESTADO CIVIL..... VIÚVO
NATURALIDADE: CHÃ GRANDE - PE
DOCUMENTO..... R.G. - 7.534.401 - 15/04/2004 - SDS - PE

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF..... 014.407.654-30

CNH.....

TIT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL DE EMISSÃO: AA/PE - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
DATA DE EMISSÃO.: 01/12/2017

EDUARDO GEOVANE DE FREITAS LEITE
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/PE
ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

1 - CASAMENTO | C - OUTRGO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO

2 - SEPULCRO | D - ADOPÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO
FATOR RH

DIABETE

☐ SIM
☐ NÃO

HEMOFILIA

☐ SIM
☐ NÃO

ALERGIAS

☐ SIM
☐ NÃO

DOADOR DE ÓRGÃO

☐ SIM
☐ NÃO

Doc. n° 879, de 12 de julho de 1993

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO

SÉRIE

UF

DATA DE EMISSÃO

34891

0060

PE

30/09/2001

DATA DA ANOTAÇÃO

07/12/2012

NÚMERO

SÉRIE

UF

DATA DE EMISSÃO

DATA DA ANOTAÇÃO

ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR

NÚMERO

SÉRIE

UF

DATA DE EMISSÃO

DATA DA ANOTAÇÃO

ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR

NÚMERO

SÉRIE

UF

DATA DE EMISSÃO

DATA DA ANOTAÇÃO

ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR

06

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CGC/CPF/CEI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO

CBO N°

DATA DE ADMISSÃO

DE

REGISTRO N°

FLS. / FICHA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

1ª

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROGO C/ TESTEMUNHA

DATA DE SAÍDA

DE

1ª

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROGO C/ TESTEMUNHA

COM. DISPENSA CD N°

FGTS N° DA CONTA:

07



ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

AUMENTADO EM. / / PARA R\$

MOTIVO ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM. / / PARA R\$

MOTIVO ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM. / / PARA R\$

MOTIVO ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM. / / PARA R\$

MOTIVO ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM. / / PARA R\$

MOTIVO ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM. / / PARA R\$

MOTIVO ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM. / / PARA R\$

MOTIVO ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM. / / PARA R\$

MOTIVO ASSINATURA DO EMPREGADOR

18

04.828.15

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

DE. / / A. / /

PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR

DE. / / A. / /

PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR

DE. / / A. / /

PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR

DE. / / A. / /

PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR

DE. / / A. / /

PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR

DE. / / A. / /

PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR

19



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO



**CARTEIRA DE TRABALHO
E
PREVIDÊNCIA SOCIAL**



Ministério do Trabalho e Emprego



CARTEIRA DE TRABALHO
E
PREVIDÊNCIA SOCIAL

