

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

Outorgante: **MARIA JOSÉ CLEMENTE**, brasileira, convivente, nascida aos 08/07/1963, filha de Maria dos Anjos Clemente, inscrita no Registro Geral sob o nº 6.664.646 SDS/PE e no Cadastro de Pessoa Física sob o nº020.934.744-92, residente e domiciliada à Rua Martins de Preta, nº77, centro, CEP: 55.240-000, Poção – PE.

Outorgada: **PRISCILLA CAROLINA SILVA FERNANDES**, brasileira, solteira, advogada inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº **37.456**, com escritório à Rua Silvino Macedo, nº253, 1º andar, sala 106, Empresarial Porto Filhos, bairro Maurício de Nassau, CEP: 55.012-380, telefone: (81) 3046-4147 e (81) 99291-0931, e-mail: priscillafernandesadvogados@gmail.com .

Poderes: Por este instrumento particular de procuração, constituo minha bastante procuradora a outorgada, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, e especialmente para: **PROPOR AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT**, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

Poderes Específicos: A presente procuração outorga à Advogada acima descrita, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (em conformidade com o art. 105 do Código de Processo Civil).

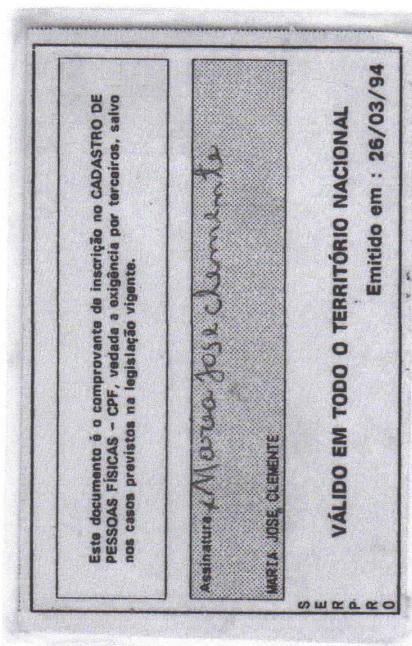
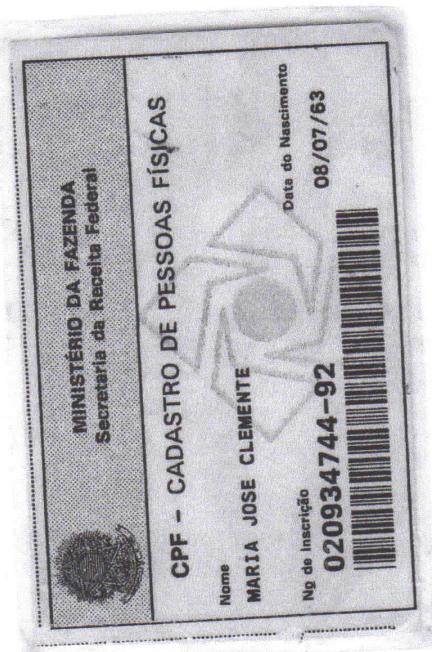
Os poderes acima outorgados poderão ser substabelecidos sem necessidade de prévia notificação ao outorgante.

Caruaru, 1º de dezembro de 2016.



MARIA JOSÉ CLEMENTE





DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **MARIA JOSÉ CLEMENTE**, brasileira, convivente, nascida aos 08/07/1963, filha de Maria dos Anjos Clemente, inscrita no Registro Geral sob o nº 6.664.646 SDS/PE e no Cadastro de Pessoa Física sob o nº 020.934.744-92, residente e domiciliada à Rua Martins de Preta, nº 77, centro, CEP: 55.240-000, Poção – PE, **declare** para todos os fins de direito e sob as penas da lei que, não possuo condições econômicas de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **gratuidade da Justiça**, nos termos do artigo 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil).

Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

A referida declaração é expressão da verdade.

Caruaru, 1º de dezembro de 2016.


MARIA JOSÉ CLEMENTE





Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-36 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA JOSE CLEMENTE

CPF: 020 934 744-92 NIS: 20313270865

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA AUGUSTO DA SILVA ANDRADE 160

CENTRO/POCAO
POCAO PE
55240-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

DATA DE VENCIMENTO	05/12/2016	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA	28/12/2016
Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE UNICA	EMISSÃO	11/2016
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO	18,99
28/11/2016	2011200305	6268917	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL		QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh		30.000000	0,15915448	4,77
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh		41.000000	0,27284677	11,18
Acréscimo Bandeira AMARELA				0,47
Contribuição Iluminação Pública				2,28
Multa por atraso-NF 003463254 - 27/10/16				0,28
Juros por atraso-NF 003463254 - 27/10/16				0,01

18,99

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIADOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3154421814	CAT	27-10-2016	143,00	28-11-2016	214,00	32	1.00000

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MÊS/ANO	km	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	R\$ %
NOV16	71	ICMS	16,42	0,87	8,72 53,10
OUT16	65	PIS	16,42	0,87	0,30 1,83
SET16	72	COFINS	16,42	4,04	4,75 28,93
AGO16	30				1,85 11,27
JUL16	30				0,80 4,87
JUN16					Total 16,42 100
MAI16					
ABR16					
MAR16					
FEV16					
JAN16					
DEZ15					
NOV15					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a tarifa de consumo é a Amarela. Multa por atraso é de 2% (R\$ 0,41340000000000005000000000000000) e Juros 15% a.m. (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês. Serviço Mítra. A segurança do Brasil em nossas mãos. Recomenda-se a leitura em sua org. Mítra de 09-10/2016 Isenção de ICMS conforme art. 9º, XLVII, a, 2.2.2, do RCMS-PE. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Descritivo para aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 17,47. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de fínido para o prazo de efetivação do consumo.

Não existem débitos de 2015, e/ou arreios. Esta declaração substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações de consumo, a declaração das faturamentos mensais (Art. 4º, Lei 12.007/09). Esta declaração não substitui a declaração de parcelamentos/corridas de dívidas nem faturas em discussão judicial que poderão ser cobradas após o fim do processo judicial.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES		NÍVEIS DE TENSÃO		
PESQUERA	VALOR EUSD/2016	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	0,57	6,16	12,30	24,80
FIC	1,00	3,42	6,85	13,70
DMIC	0,57	3,83	0,00	0,00

Límite DiCR 12,22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 7,07

APROVADO PELA REDE DE DISTRIBUIÇÃO
SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA



Requerimento

Através do presente, eu, Maria José Clemente, inscrita no CPF sob o nº 020.934.744-92, residente e domiciliada à Rua Martins de Preta, nº77, Centro, Poção-PE, venho requerer **a devolução da documentação protocolada** junto à Seguradora Líder, do procedimento referente ao sinistro nº3151052686, pelo que se faz necessário apresentação dos referidos documentos em via judicial.

Poção, 30 de novembro de 2016.



Maria José Clemente

MARIA JOSÉ CLEMENTE

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS DE POÇÃO-PE
Fabricia de Melo Lins
Substituta



Assinado eletronicamente por: PRISCILLA CAROLINA SILVA FERNANDES - 01/02/2017 17:19:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17020116504381100000016976330>
Número do documento: 17020116504381100000016976330

Num. 17122176 - Pág. 1

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

Outorgante: **ANTÔNIO FERREIRA DOS SANTOS**, brasileiro, convivente, agricultor, nascido aos 04/09/1957, filho de Marino Cordeiro dos Santos e de Maria Ferreira dos Santos, inscrito no Registro Geral sob o nº 8.774.895 SDS/PE e no Cadastro de Pessoa Física sob o nº 016.687.544-95, residente e domiciliado à Rua Martins de Preta, nº 77, centro, CEP: 55.240-000, Poção – PE.

Outorgada: **PRISCILLA CAROLINA SILVA FERNANDES**, brasileira, solteira, advogada inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº **37.456**, com escritório à Rua Silvino Macedo, nº 253, 1º andar, sala 106, Empresarial Porto Filhos, bairro Maurício de Nassau, CEP: 55.012-380, telefone: (81) 3046-4147 e (81) 99291-0931, e-mail: priscillafernandesadvogados@gmail.com .

Poderes: Por este instrumento particular de procuração, constituo minha bastante procuradora a outorgada, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, e especialmente para: **PROPOR AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT**, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

Poderes Específicos: A presente procuração outorga à Advogada acima descrita, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (em conformidade com o art. 105 do Código de Processo Civil).

Os poderes acima outorgados poderão ser substabelecidos sem necessidade de prévia notificação ao outorgante.

Caruaru, 1º de dezembro de 2016.



Assigo: Maria Lúcia Lavalanti Jatobá
ANTÔNIO FERREIRA DOS SANTOS



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **ANTÔNIO FERREIRA DOS SANTOS**, brasileiro, convivente, agricultor, nascido aos 04/09/1957, filho de Marino Cordeiro dos Santos e de Maria Ferreira dos Santos, inscrito no Registro Geral sob o nº 8.774.895 SDS/PE e no Cadastro de Pessoa Física sob o nº 016.687.544-95, residente e domiciliado à Rua Martins de Preta, nº 77, centro, CEP: 55.240-000, Poção – PE, **declaro** para todos os fins de direito e sob as penas da lei que, não possuo condições econômicas de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **gratuidade da Justiça**, nos termos do artigo 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil).

Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

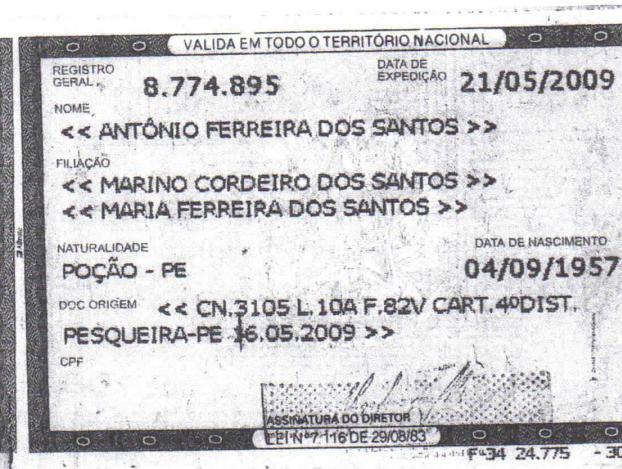
A referida declaração é expressão da verdade.

Caruaru, 1º de dezembro de 2016.



x *Assinado: Maria Lúcia Cavalcanti Souto*
ANTÔNIO FERREIRA DOS SANTOS





de 3



DEPARTAMENTO DE DEFESA SOCIAL
ESTADO DE PERNAMBUCO

10/11/2015 09:07

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 114ª CIRCUNSCRIÇÃO - POÇÃO -
DP114ªCIRC DINTER1/15/DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 15E0204000238

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/11/2015** às **09:02**

Complementa o BO Número: **15E0204000079**

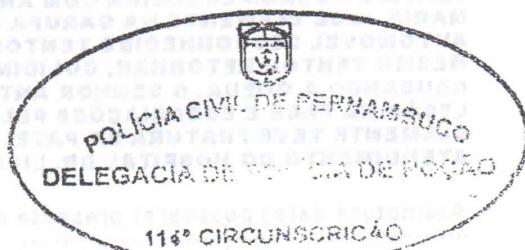
ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **1/4/2015** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: **PE 107 - POCÃO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:
MUNICIPIO DE POCÃO, 1 - Bairro: CENTRO - POCÃO/PERNAMBUCO
/BRASIL

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ANTONIA CORDEIRO ALVES (OUTRO)
MARIA JOSÉ CLEMENTE (VITIMA)
ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS**

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

MARIA JOSÉ CLEMENTE (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DOS ANJOS CLEMENTE** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **8/7/1963** Naturalidade: **JATAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6664646/SDS/PE (RG), 02093474492 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **RUA MARTINS DE PRETA, 1 - CEP: 6 - Bairro: CENTRO - POCÃO/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA FERREIRA DOS SANTOS** Pai: **MARIANO CORDEIRO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **4/9/1967** Naturalidade: **POCAO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8774806/SDS/PE (RG), 01068764496 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **RUA MARTINS DE PRETA, 1 - CEP: 6 - Bairro: CENTRO - POCÃO/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANTONIA CORDEIRO ALVES (não presente ao plantão) - Sexo:



de 2

10/11/2015 09:10

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

<https://security.sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.d...>

Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA JACINTO DANTAS, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - POCÃO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIA CORDEIRO ALVES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KMA3830** (PERNAMBUCO/POCAO) Renavam: **797476631** Chassi: **9C2JC250XWR041611**
Ano Fabricação/Modelo: **1998/1999** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

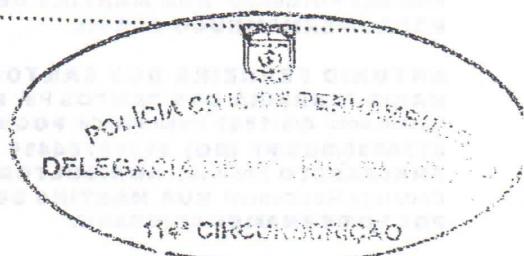
SEGUNDO FOI INFORMADO PELAS VITIMAS, OS MESMOS ESTAVAM TRAFEGANDO SENTIDO POCÃO/PESQUEIRA COM ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS DIRIGINDO E MARIA JOSÉ CLEMENTE NA GARUPA DA REFERIDA MOTOCICLETA, QUANDO UM AUTOMÓVEL DESCONHECIDO TENTOU ULTRAPASSAR, NÃO CONSEGUINDO O MESMO TENTOU RETORNAR, COLIDINDO NA LATERAL DA MOTOCICLETA, CAUSANDO A QUEDA. O SENHOR ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS TEVE UMA LESÃO NA FACE E ESCORIAÇÕES PELO CORPO E A SENHORA MARIA JOSE CLEMENTE TEVE FRATURA DA PATELA ESQUEDA, SEGUNDO FICHAS DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL DR. LIDIO PARAIBA EM PESQUEIRA.

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

Maria José Clemente
MARIA JOSÉ CLEMENTE
(VITIMA)

Antonio Ferreira dos Santos
ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS
(VITIMA)

Edierk Pereira Tavares
B.O. registrado por: **EDIERK PEREIRA TAVARES - MAT. 319862-6 - Matrícula: 319862-6**



FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 3400	Data e Hora do Atendimento 01/04/2015 às 16:16:00	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada URGÊNCIA SUS
----------------------------	--	--	----------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000007261 - MARIA JOSE CLEMENTE

CNS:

Nascimento: 08/07/1963

Idade: 51 anos

Sexo: Feminino

Cor: Parda

Estado Civil: Casado(a)

Profissão:

Naturalidade: POÇÃO

Nacionalidade: Brasileiro

Documento:

Filiação:

Ignorado

Pai:

Mãe: MARIA DOS ANJOS CLEMENTE

Endereço (Av., Rua, etc): RUA MARTINE DE FREITAS, N°.

Complemento:

Bairro: CENTRO

Cidade: Poção

UF: PE

Telefone:

Acompanhante:

Procedência: Poção

Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: / /

Hora:

Médico:

CRM: /

Queixa Principal:

HDA:

1.º TMA de Acidente rodoviário (colisão com moto); NC41 desmaio ou vomito

Fratura de perna esq. (aberta)

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Type:	
Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Type:	
Atropelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local do Impacto:	Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>
Vítima de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Type:	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura:
Queimadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:	Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequada: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Por que:

Exame físico:

A: Geral	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp.:
<i>30m, cravado</i>			

B: Respiratório

mus st lg

C: Circulatório	PA: <input checked="" type="checkbox"/> mm Hg	Pulso: <input type="checkbox"/> bpm
D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas	

Glasgow: Abertura Ocular Escore: <i>10</i> Hora: <i>25/04/2015</i>	Glasgow: Resposta Verbal Escore: <i>5</i> Hora: <i>25/04/2015</i>	Glasgow: Resposta Motoria Escore: <i>5</i> Hora: <i>25/04/2015</i>
<i>Glasgow = 15</i>		



C: Abdômen	Diagnóstico Inicial: <i>Obstrução biliar crônica - 28/01/2016</i>		
Exames Solicitados:	<i>Rx Joelho esq e Mão esq. Rádios</i>		
Resultado dos Exames:			
Tratamento/Procedimento:	<i>Cecotomia Nefrectomia</i>		
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	<div style="text-align: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; margin-right: 10px;"> Ass. Médico + Carimbo Ricardo Tavares Médico CRM: 12098 </div> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;"> Ass. Enfermeira + Carimbo </div>		
Diagnóstico Definitivo:			
Diagnóstico do Caso:	Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input type="checkbox"/> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> Condição da Alta: <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito </div>		
Transferido para:	<i>HRA</i>		
Internado na Clínica:	<i>15enho 16/03/16</i>		
Autorização para Alta / Internamento / Transferência:			
Médico:	CRM:	Data:	Horas:
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, exames complementares e transporte se forem necessários.			
Data:	Nome Completo Legível: _____ N° da Identidade: _____ Assinatura: _____		
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.			
Data:	Nome Completo Legível: _____ N° da Identidade: _____ Assinatura: _____		



DE LÍDIO PARAÍBA

HOSPITAL DR LIDIO PARAIBA
F PESSOA DE QUEIROZ, PRADO, Pesqueira - PE
CEP: 55200-000, Fone: (87) 3835-8727 | (87) 3835-8727

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 3397	Data e Hora do Atendimento 01/04/2015 às 16:15:00	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada URGÊNCIA SUS
----------------------------	--	--	----------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000007258 - ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS

CNS: Nascimento: 04/09/1957 Idade: 57 anos Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Casado(a) Profissão: Naturalidade:POCÃO Nacionalidade: Brasileiro

Documento: Ignorado Filiação:
Pai:
Mãe: MARIA FERREIRA DOS SANTOS

Endereço (Av, Rua, etc): RUA MARTINE DE FREITAS N° 00000-000 Complemento: 00000-000

Endereço (Av., Rua, Cto.): Rua Mariana Bezerra, 1111
Bairro: CENTRO Cidade: Pocão UF: PE Telefone:

Bairro: CENTRO

Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim Não

Procedência: Pocão

Atendimento Médico:

Alentamiento Médico.

Data: / / Hora: Medico:

CRM.

Queixa Principal: VITALS DE SEGUIMENT MORTALS (colapse de HDA: cano e moto); muor desmuntar da moto

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo: Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>	
Atropelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local do Impacto:	
Vítima de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Type:	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: m
Queimadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por:	Transporte realizado por:	
Condições de imobilização adequada: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por que:	

Exame físico:

A: Geral	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp.: °C
<i>Boa, eu posso</i>			
B: Respiratório	<i>Muito bem</i>		
C: Circulatório	PA: x mm Hg	Pulso: bpm	
D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas <input type="checkbox"/>		
Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:	
<i>Glascow = 15</i>			



AD: NDN

Justificativa Inicial: *Definitiva Urticaria generalizada com prurito intenso*

Exames Solicitados: *Exa frontal esquerda do abdômen e recto*
pele lisa espuma

Resultados dos Exames: *Exames de MMS*

Tratamento/Procedimento: *Rx Clorotetrac*
Alcool
Ritomax enjolofac

	Cód. Procedimento
<i>Div. Radiologia</i> <i>Tec. Radiologia</i> <i>CRM: 128237</i>	<i>Ass. Médico + Enfermeira + Carimbos</i> <i>Ricardo Tavares Carimbo</i> <i>Médico</i> <i>CRM: 12998</i>
<i>Ass. Enfermeira + Carimbo</i>	

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a pedido Evadiu-se

Transferido para: *46603216 MRA - M²*

Internado na Clínica: *HR 4660350*

Condição da Alta:

Curado Melhorado
 Inalterado Piorado
 Óbito

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, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / / Nome Completo Legível: _____

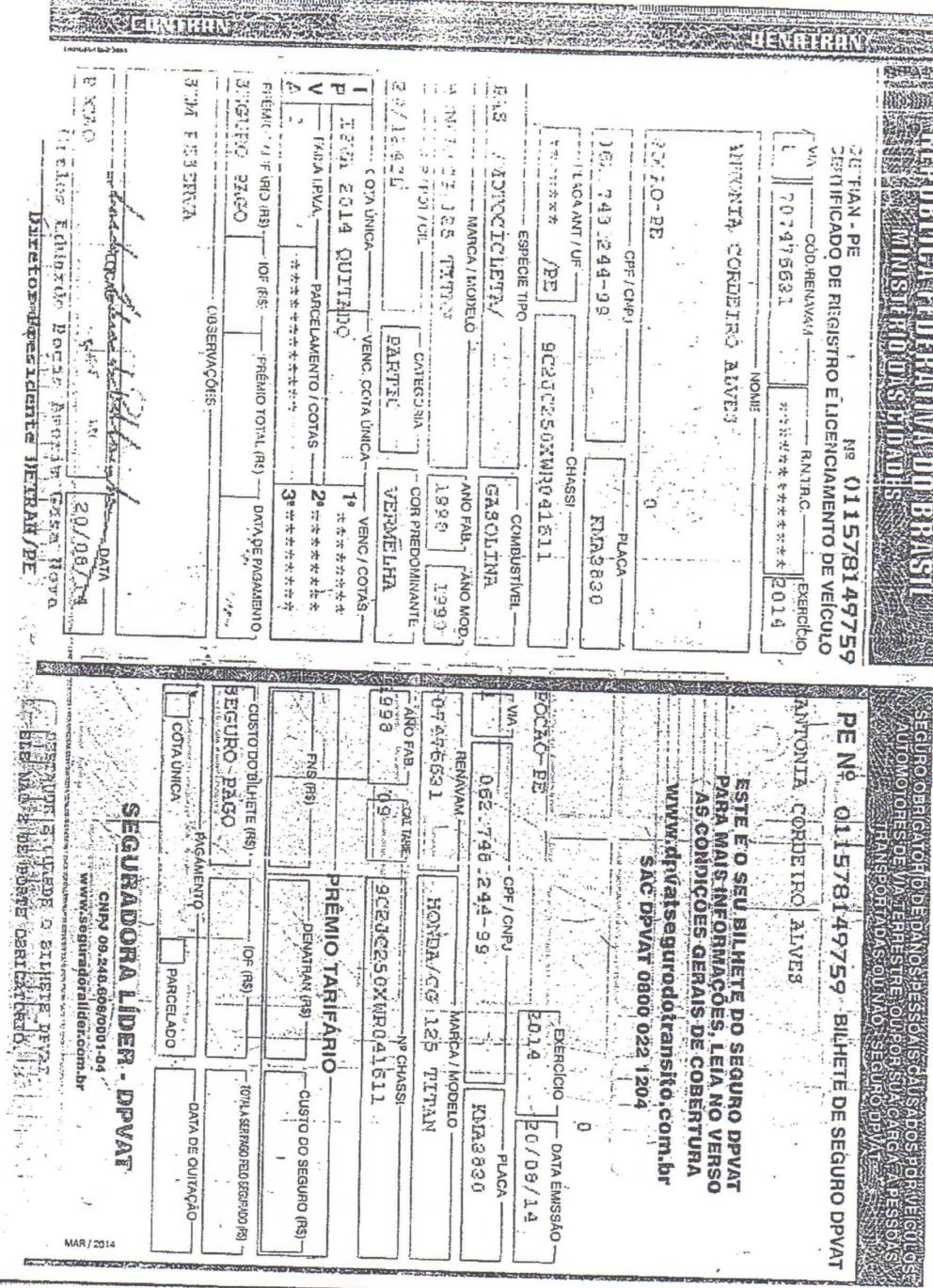
Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / / Nome Completo Legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIA CORDEIRO ALVES, RG nº 6666290, data de expedição 20/03/2000 órgão SDS/PE, portador do CPF nº 062.748.244-99, com domicílio na cidade de POCÃO, no estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/avenida/Estrada) RUA JACINTO DANTAS nº 182, complemento CENTRO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Antônio Ferreira dos Santos, cujo o condutor era Antônio Ferreira dos Santos.

Veículo: Motoeletro

Modelo: Honda CG Titen 125cc

Ano: 1998/1999

Chassi: 9C2JC250XWR041611

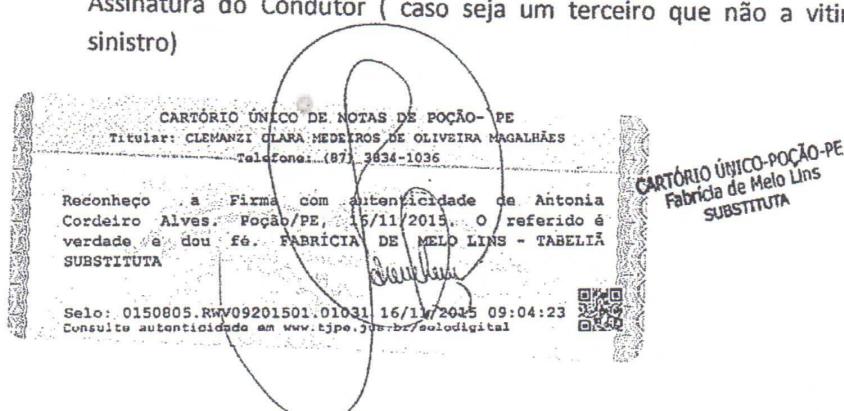
Data do Acidente: 03/04/2015

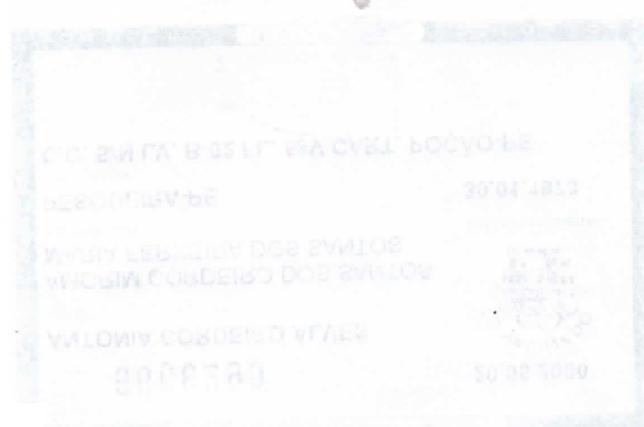
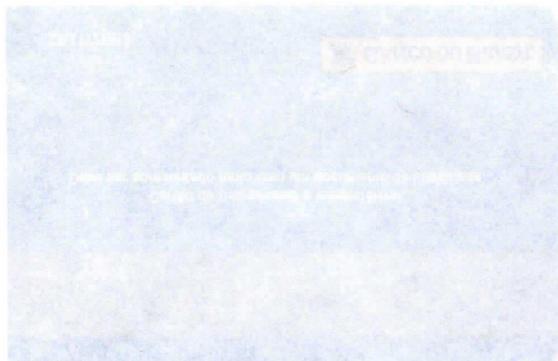
Local e Data: Caruaru, 3º de dezembro de 2015

Antonia Cordeiro Alves

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)







Assinado eletronicamente por: PRISCILLA CAROLINA SILVA FERNANDES - 01/02/2017 17:19:53
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17020117163441500000016977724>
Número do documento: 17020117163441500000016977724

Num. 17123595 - Pág. 2



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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. Joá de Barros, 100 - Bairro Vista Rei, Recife, Pernambuco - CEP 50.050-902
Nº 0.855-830-001-21 Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ANTONIA CORDEIRO ALVES
DADOS DO CLIENTE

RUA JACINTO DANTAS 182
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF 062 748 244-99 NIS 20313272365

CENTRO/POCAO

POCAO PE
55240-000

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

003205789 FISCAL ÚNICA 27/07/2015

7005859888 07/2015

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	VALOR (R\$)
Consumo Ativo ate 30 kWh	0,14560038
Consumo Ativo Superior a 30 ate 100 kWh	0,14625780
Acrescimo Bandeira VERMELHA	8,23
Contribuição Iluminação Pública	1,48
Multa por atraso-NF 003137530 - 26/06/15	2,06
Multa por atraso-NF 003185387 - 27/05/16	0,24
Juros por atraso-NF 003137530 - 26/06/15	0,24
	0,02

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA PUNTO	DATA PUNTO	ANTERIOR LEITURA	ATUAL LEITURA	LEITURA MÉDIA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (W.H)
95501	26/06/2015	LE21.529,00	27/07/2015	LE21.554,00	31	1,00000		55.00
MÁSANO (W.H)								
JUL'15	55							
JUN'15	56							
MAI'15	55							
ABR'15	42							
MAR'15	57							
FEV'15	48							
JAN'15	66							
DEZ'14	66							
NOV'14	68							
OUT'14	65							
SET'14	67							
AGO'14	66							
Jul'14	55							
INFORMAÇÕES DE REFERÊNCIA								
		BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOSTO				
		12,07	1,09	0,13				
		12,07	5,00	0,60				
ICMS PIS COPOMS								
COMPOMIÇÃO DO CONSUMO								
						R\$	%	
						5,97	57,75	
						0,33	2,73	
						3,06	25,35	
						0,38	3,21	
						0,73	6,05	
						12,87	100	
Consumo Ativo de 32 kWh								
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh								
TARIFAS APLICADAS								
						0,13654500		
						0,23407000		

Não existem débitos de 2014 e anos anteriores. Esta declaração substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos títulos amarelos manuais (Art 4º, Lei 12.007/09). Esta declaração não abrange débitos de parcelamentos, confissões de dívidas nem futuras em discussão judicial que poderão ser cobradas após o fim do processo jurídico.



Assinado eletronicamente por: PRISCILLA CAROLINA SILVA FERNANDES - 01/02/2017 17:19:54
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17020117172602300000016977830>
Número do documento: 17020117172602300000016977830

Num. 17123701 - Pág. 1

Nº	RECIBO	Valor			
Recebi (emos) de	me fez o cumprimento				
Endereço					
A importância de	meu e o diretor da min				
Referente	- x - x -				
emerson menezes					
Para maior clareza firmo o presente.					
peço	23	de	04	de	16
Emitente	TRINTE LIMA		CPF/RG	083.786.866-00	
Endereço					
Assinatura	 Dr. Thiago LIMA Ortopedista / Traumatologista TEC: 15499/CRM-17291				
titlibra					





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2016

Carta nº 9234862

a/c: ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS

Sinistro: 3151053615 ASL-0794215/15
Vitima: ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS
Data Acidente: 01/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

