

**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:** Cleidson Sourença da Silva Filho  
brasileiro(a), estado civil Solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o  
nº 8418448 e portador da cédula de identidade  
nº 08397788484, residente e domiciliado(a) na  
TJ São Luís  
nº 04, bairro de Pentão  
CEP 55230-000 na PE, cidade de  
Bom Conselho

**OUTORGADA:** ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/ PE 28.697, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 102, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630 E-mail: [anasantosadv1@gmail.com](mailto:anasantosadv1@gmail.com), onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

**PODERES:** Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações, renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam, mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas, inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de poderes.

**JUSTIÇA GRATUITA:** Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Recife, 53 de 02 de 2020

X Cleidson Sourença da Silva Filho  
Ourorgante



## **SUBSTABELECIMENTO**

**ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS**, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE nº 28.697D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, **Substabelece com reserva de poderes**, a pessoa da advogada **AMANDA KARLA SOARES DA SILVA**, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PE nº 33664, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, os poderes que lhe foram outorgados por **CLEIDSON LOURENÇO DA SILVA FILHO**, através do instrumento particular de mandato, para praticar todos os atos que se fizerem necessários.

Recife, 26 de fevereiro de 2020.



---

Ana Cristina Santos

OAB/PE 28697



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

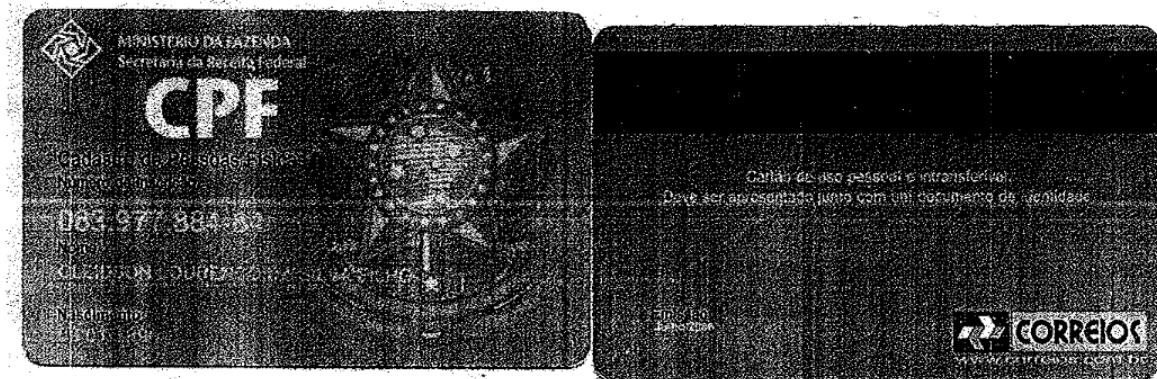
EU, Eleidson Sourenço da Silva Filho,  
brasileiro(a), estado civil casado,  
profissão Vendedor Inscrito no CPF/MF sob o  
nº 083 977 884 84, e portador da cédula de  
identidade nº S 428 148, residente e  
domiciliado(a) TJ São Sebastião,  
nº 04, bairro Centro,  
CEP 55330-000 na cidade de  
Bom Conselho / PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita,  
que não tenho condições de arcar com as custas e despesas  
processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo  
com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 13 de 02, de 2020.

NOME: Eleidson Sourenço da Silva Filho





I malidez



**FICHA DE ATENDIMENTO**

|                    |                            |  |                  |
|--------------------|----------------------------|--|------------------|
| Número do Registro | Data e Hora do Atendimento | Procedimento Local: Prontuário Integrado | Local de Entrada |
| 909206             | 23/09/2019 às 08:37:12     |  | EMERGENCIA GERAL |

**Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:**

Paciente: 025216362 - CLEIDSON LOURENÇO DA SILVA FILHO

CNS: 702601737931147 Nascimento: 09/01/1990 Idade: 29 anos Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: COMERCIARIO Naturalidade: BOM CONSELHO Nacionalidade: Brasileiro

Documento: Filiação:

RG - 8128148

Pai:

Mãe: ANA PALUA CORREIA DANTAS SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): RUA 06 DE ABRIL, Nº. 185

Complemento:

Bairro: CENTRO

Cidade: Bom Conselho

UF: PE

Telefone: (87) 8114-0960

Acompanhante:

Ocorrência:

Acidente de trabalho: Sim  Não

Procedência: Bom Conselho

Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: / / Hora: Médico:

CRM: /

Q. a Principal:

*Pqruu vangue no rosto com ferida na orelha.*

*descrigue hor na clavícula. nferm*

*Pqru m consciência 6 mês*

**História do Trauma:**

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

**Exame físico:**

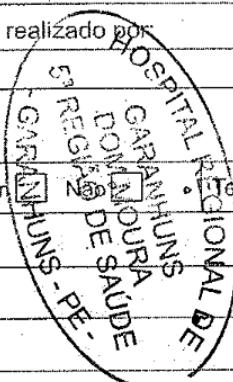
|          |   |   |          |
|----------|---|---|----------|
| A: Geral | Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> | O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> | Temp.: ° |
|----------|---|---|----------|

**B: Respiratório**

|                 |           |         |
|-----------------|-----------|---------|
| C: Circulatório | PA: mm Hg | P脉: 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<br>Escore: Hora: | Glasgow: Resposta Verbal<br>Escore: Hora: | Glasgow: Resposta Motora<br>Escore: Hora: |
|---|---|---|



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Roxas cervicais g5 quomas

Exames Solicitados:

AN  
bO onrro os quomas

Resultado dos Exames:

AN. V. onrro os quomas  
TÓXICOS PATÓLOGICOS

Tratamento/Procedimento:

① SFD 9% - 1000 ml, EV - 1° 2°  
② Transt: 0.05% + 100 ml 10% 9%, EV leito  
9:30

Cód. Procedimento  
Dr. ERICO HENRIQUE  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM: 18487 / SBQ

Ass. Médico + Carimbo  
Ass. Enfermeira + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim  Não  Motivo:

AVALIAÇÃO bO - CIRURGIA GORE  
(PELOS bO CONSCIÊNCIA NO ACCESO) CIRURGICA

Diagnóstico Definitivo: FURUN bG CERVICIS

Diagnóstico do Caso:

Internamento  Cirurgia  Óbito  Heróis Termo de Alta a pedido  Evadiu-se

Transferido para:

DR. ERICO HENRIQUE  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM: 18487 / SBQ

Internado na Clínica:

DR. ERICO HENRIQUE  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM: 18487 / SBQ

Condição da Alta:

Curado  Melhora

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: GARANHUNS Assinatura: \_\_\_\_\_

DOM MOURA

5ª REGIÃO DE SAÚDE

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

Data: / / Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_

Nº da Identidade: GARANHUNS Assinatura: \_\_\_\_\_





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS/PE  
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



20

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

### FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

| CLASSIFICAÇÃO: | VERMELHO | AMARELO | VERDE | AZUL |
|----------------|----------|---------|-------|------|
|----------------|----------|---------|-------|------|

|                  |                                     |        |
|------------------|-------------------------------------|--------|
| Nome:            | Clidson Lourenço                    | Idade: |
| Situação/Queixa: | Pranite de noite + dor no clavícula |        |
|                  |                                     |        |
|                  |                                     |        |

#### PROCEDÊNCIA

| RESIDÊNCIA             | VIA PÚBLICA | TRABALHO | UNIDADE DE SAÚDE: |
|------------------------|-------------|----------|-------------------|
| Doenças Preexistentes: |             |          |                   |
| Medicações em uso:     |             |          |                   |
| INTOLERÂNCIA/ALERGIAS  |             |          |                   |

#### PARÂMETROS

|    |         |    |    |    |       |      |               |          |
|----|---------|----|----|----|-------|------|---------------|----------|
| PA | 150/110 | P: | R: | T: | SpO2: | HGT: | Respiratória: | Glasgow: |
|----|---------|----|----|----|-------|------|---------------|----------|

#### RÉGUA DE DOR

|      |          |       |
|------|----------|-------|
| LEVE | MODERADA | GRAVE |
|------|----------|-------|

ACIDENTE DE TRABALHO  SIM  NÃO

|            |           |              |                           |       |
|------------|-----------|--------------|---------------------------|-------|
| Consciente | Orientado | Desorientado | Ansioso                   | Calmo |
| Agitado    | Torporoso | Comatoso     | Não atende voz de comando |       |

|                        |                     |                     |             |
|------------------------|---------------------|---------------------|-------------|
| Ritmo Sinusal          | Palpitações         | Taquicardia         | Bradicardia |
| Dispneias aos esforços | Dispneia de repouso | Dispneia de noturna | Cianose     |
| Palidez                | Sudorese            |                     |             |

#### DOR TORÁXICA

|         |          |      |
|---------|----------|------|
| INTENSA | MODERADA | LEVE |
|---------|----------|------|

Duração da dor:

Localização:

#### IRRADIAÇÃO DA DOR

|         |         |          |           |                 |         |
|---------|---------|----------|-----------|-----------------|---------|
| Braço E | Braço D | Escápula | Mandíbula | Tórax posterior | Abdômen |
|---------|---------|----------|-----------|-----------------|---------|

#### DOR PRESENTE

|            |              |                |
|------------|--------------|----------------|
| EM REPOUSO | AOS ESFORÇOS | QUANDO RESPIRA |
|------------|--------------|----------------|

Fluxograma: *to outos*

Data: *23/09/19*

*Assinatura/Cartão*

*Cooperativa de Saúde*



Assinado eletronicamente por: Ricardo Alves de S. Júnior  
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022614243040900000057425143

H R D M

5777440

Ricardo Alves de S. Júnior  
Clínica Médica - Geriatria  
CREMEPE 15239

07:00

LAUDO MEDICO

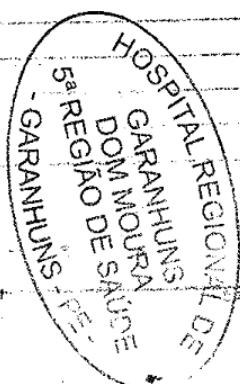
Cléodora Barreto de Oliveira Filho, 22 anos  
Sexo: Fem. ( ) Masculino ( )

22 anos, paciente de evolução satisfatória e  
física de clínica C.

Avaliação - Clínica  
CRMV - RJ 304

23.09.12

Ricardo Alves de S. Júnior  
Clínica Médica - Geriatria  
CREMEPE 15239





F1  
01

Prefeitura Municipal de Bom Conselho  
Secretaria Municipal de Saúde  
PRONTUÁRIO DE EMERGÊNCIA

00:20

Nome: Chidson Lourenço da Silva Filho Hora: \_\_\_\_\_  
Idade: 29 anos Peso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_  
Endereço: Rua Alvaro V. O. - Tij. São Sebastião  
Filiação: Ana Paula Correia Dutra Ferreira  
Acid. Trans: ( ) Acid. Trab: ( ) Agressão: ( ) Outros: ( )  
HDA: \_\_\_\_\_

Ex. Clin: Paciente Alcoolizado, tmao por 3 dias seguidos  
com ton de fogo acusando n. motorciclistas  
le  
Diagnóstico: - Agitado / louco capivara  
Conduta: - De e pelasca e macinavaca no  
ombro degrau  
Cons. Simples ( ) Cons. Terapia ( ) Cons. Observação ( ) Procedimento ( )  
Data: 23/09/2019 Hr: 20:30 Dr. Jassun Médico  
Clínica Matilde - 20090



D Observações

D 865x \_\_\_\_\_ social

o corpos bons

D Sobre soplos de 200-300  
4 seta

D Síntomas \_\_\_\_\_ sim  
+mais

Dr. Jessull Cruz Santos  
Clínica Médica e Geriátria  
CRM 20986

Ricardo Arves de S. Junior  
Clínica Médica - Geriatria  
CREMEPE,15239

Fabiana Melo da Silva  
COREN/PE 1207106-TE

Maria Lucidolva C. Vieira  
COPER/PE 732839



**FICHA DE INTERNACAO**

|   |   |                      |                    |                        |        |
|---|---|----------------------|--------------------|------------------------|--------|
| Número do Registro<br>309872                            | Data e Hora do Atendimento<br>25/09/2019 10:32                                      | CNS                  |                    |                        | Local: |
| Paciente:<br>000086669 CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO | Nascimento:<br>09/01/1990   | Idade:<br>29         | Sexo:<br>Masculino | Cor:<br>Sem informação |        |
| Estado Civil: Casado(a)                                 | Profissão: VENDEDOR   | Naturalidade:        |                    |                        |        |
| Documento:<br>8128148                                   | Filiação:<br>Pai: CLEIDSON LOURENÇO DA SILVA<br>Mãe: ANA PAULA CORREIA DANTAS SILVA |                      |                    |                        |        |
| Endereço: TRAVESSA SAO SEBASTIAO.                       | Nº: 4   | Complemento:         |                    |                        |        |
| Bairro: CENTRO  | Cidade: BOM CONSELHO  | UF: PE               | CEP: 55330-000     |                        |        |
| Telefone fixo: (87) 99683-5234                          | Telefone Celular: (45) 98813-6662   |                      |                    |                        |        |
| Convênio:<br>Particular                                 | Categoria:  | Matrícula: 097427701 |                    |                        |        |
| Médico: SAULO BEZERRA DE ALMEIDA                        |   |                      |                    |                        |        |
| Enfermaria: Posto - B                                   | CRM:  |                      |                    |                        |        |
| Leito: QTO. 22 LEITO 1                                  |   |                      |                    |                        |        |

Histórico:

Grau de Gripe de resto, enjugo constante  
onilho apertado

Anamnese:

Exame médico físico:

corpo + humor ligeiro fucoral, sem despe

Diagnóstico:

natureza de clínica grave

CIN:

Hipótese diagnóstica:

Tratamento:

Tratamento Enjugo

Data da alta: 26/09/19

Motivo: melhora

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO**

Eu, José Paudá Correia Donizete Ferreira, pelo presente termo, autorizo aos médicos da CASA DE SAÚDE E MAT. N. SRA. PERPÉTUO SOCORRO a procederem no paciente acima relacionado, tudo que acharem necessário para o tratamento do mesmo (cirurgias, exames, transfusões, etc.) dando aos mesmos, plenos direitos para o tratamento indicado, conforme necessários e em observação às normas do decorrente de despesas não autorizadas pelos convênios, mas necessárias ao tratamento do paciente. Com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) NÃO TERÃO QUE FAZER NENHUMA COMPLEMENTAÇÃO nos procedimentos realizados neste nosocomio. Pacientes PARTICULARES será cobrada taxa administrativa de 10% sobre o valor da conta em pacientes internados.

*Dr. Saúlo Almeida  
Ortopedista Traumatologista  
CRMPE 8786 CRMAL 451*

Assinatura Médico c/ Carimbo

*José Paudá Correia Donizete Ferreira*  
Assinatura / Responsável

Criado por Greyce Kelly Monteiro da Silva em 25/09/2019 10:35





CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA  
Av. Simôa Gomes, 33 - Fone: (87) 3762.2002 - Fax: (87) 3762.2003  
CNPJ: 10.248.599/0001-30 - Heliópolis - CEP 55296-250 - Garanhuns - PE  
e-mail: hpsocorro@hotmail.com

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

|   |                                |              |
|---|--------------------------------|--------------|
| UNIDADE DE SAÚDE  |                                | P-16-        |
| NOME DO PACIENTE  | Silvino Lamento da Silva Filho |              |
| CLÍNICA   | Operação                       |              |
| OPERADOR  | Dr. José Sávio Oliveira        |              |
| 1º ASSISTENTE   | 2º ASSISTENTE                  |              |
| INSTRUMENTADOR  | ANESTESISTA                    |              |
| ANESTÉSIA   | DURAÇÃO                        |              |
| DATA DA OPERAÇÃO<br>23-03-2018  | INÍCIO<br>13:20                | FIM<br>14:45 |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO<br>Reverteu ilíaco esquerdo  |                                |              |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO  |                                |              |
| OPERAÇÃO PROPOSTA<br>Tratamento cirúrgico fechado clavícula ep.   |                                |              |
| OPERAÇÃO REALIZADA<br>A - parte   |                                |              |
| DESCRIPÇÃO DO ATO OPERATÓRIO  |                                |              |
| * Paciente sob bloqueio de Ribeira<br>* Segurando + apoiado os braços estiveram<br>* Inserção frica antero-superior do ombo e<br>* Osteosíntese cl. placa 1/3 de caixa 3,5 (8 furos)<br>* Sutura por planim |                                |              |
| <br>Dr. Sávio Oliveira<br>Ortopedia e Traumatologia<br>CRM-PE 838-CREMAL 4551<br>EOT 1300   |                                |              |





**CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA.**  
Av. Simão Gomes, 33 - Hellópolis - CEP 55.296-250 - Garanhuns - PE - Fone: (87) 3762.2002 - Fax: (87) 3762.2003  
E-mail: hpsocorro@hotmail.com

# EVOLUÇÃO MÉDICA



<https://servicos.sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=49&idC=112&numeroBO=19E0049004467&tipo=simples&naPrincipal=AMEA...> 2/2



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 136º CIRCUNSCRIÇÃO - BOM CONSELHO - DP136ºCIRC  
DINTER1/18ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0226000920**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/11/2019 às 10:38

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 23/9/2019 no período da Noite**

Foto ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE BOM CONSELHO, 1 - Bairro: CENTRO - BOM CONSELHO/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Foto: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
N HOUVE (AUTOR / AGENTE )  
JEYSON LEITE SOBRAL (OUTRO )  
CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO (VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JEYSON LEITE SOBRAL

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

**CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Mãe: ANA PAULA CORREIA DANTAS SILVA Pai: CLEIDSON LOURENÇO DA SILVA Data de Nascimento: 6/1/1980  
Naturalidade: BOM CONSELHO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Documentos: 8128148/SDS/PE (RG), 08997788484 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU  
**INCOMPLETO** Profissão: VENDEDOR(A)  
Telefones Celulares:  
- 87886885234

Endereço Residencial: TRAVESSA SÃO SEBASTIAO, 4 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - BOM CONSELHO/PERNAMBUCO/BRASIL

**JEYSON LEITE SOBRAL** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Mãe: JENECI LEITE DA SILVA SOBRAL Pai: LUIZ PEDRO SOBRAL Data de Nascimento: 6/1/1881 Naturalidade: BOM CONSELHO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Documentos: 8284612/SDS/PE (RG), 09497606489 (CPF), 04778965519 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: VENDEDOR(A)  
Telefones Celulares:  
- 8797711964

Endereço Residencial: RUA CAPITAO LISIMACO, 103 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - BOM CONSELHO/PERNAMBUCO/BRASIL

**N HOUVE** (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido  
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

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



Boletim de Ocorrência

Página 2 de 2

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JEYSON LEITE SOBRAL**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX EBDI** Objeto apreendido: Não

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYO8708 (PERNAMBUCO/BOM CONSELHO)** Renavam: **100468226** Chassi: **9C2K16S0BR024788**

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCOOL/GASOL**

Complemento / Observação

**INFORMA A VITIMA QUE SE DIRIGIA COM DESTINO A SUA RESIDENCIA COM SEU AMIGO PROPRIETÁRIO DA MOTO E AO PASSAR PRÓXIMO AO CAMPO DE AVIAÇÃO ACABARAM CAINDO DA MOTO SOFRENDO AS LESÕES DESCritas NA FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR. RENAVAM CORRETO: 100468226**

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

*Cleidson Lourenco da silva Filho*  
CLEIDSON LOURENCO DA SILVA  
FILHO  
(VITIMA)

*JEYSON LEITE SOBRAL*  
(OUTRO)

B.O. registrado por: **JOSE FABRICIO MENEZES MARANHAO** - Matrícula: **328324-7**



**NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA**

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvíndia 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>DADOS DO CLIENTE</b><br>ANA PAULA CORREIA DANTAS TENORIO<br>CPF: 769.751.694-20                                    | <b>DATA DE VENCIMENTO</b><br><b>17/02/2020</b><br><b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b><br><b>237,70</b> | <b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b><br><b>10/02/2020</b><br><b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b><br><b>10/02/2020</b><br><b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b><br><b>096136311</b> | <b>CONTA CONTRATO</b><br><b>007024409184</b><br><b>Nº DO CLIENTE</b><br><b>2015269948</b><br><b>Nº DA INSTALAÇÃO</b><br><b>0006370201</b> |
| <b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b><br>TV SAO SEBASTIAO 04<br><br>CENTRO/BOM CONSELHO<br>55330-000 BOM CONSELHO PE | <b>CLASSIFICAÇÃO</b><br><b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b><br>Monofásico                     |   |   |
|   | <b>RESERVADO AO FISCO</b><br><b>0B6D.3590.8782.D79D.1CD9.3B16.8B90.DA7A</b>                   |   |   |

**DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL**

| DESCRÍÇÃO                                | QUANTIDADE    | PREÇO                   | VALOR (R\$)            | EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE. |            |            |
|--|---------------|-------------------------|------------------------|--|------------|------------|
| Consumo Ativo(kWh)-TUSD                  | 283,00        | 0,42167891              | 119,33                 | Vencido  | Di Reav    | Valor      |
| Consumo Ativo(kWh)-TE                    | 283,00        | 0,35464951              | 100,36                 | 20/01/20   | 10/02/20   | 302,13     |
| Acréscimo Bandeira AMARELA               |               |                         | 3,44                   |  |            |            |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal         |               |                         | 12,60                  |  |            |            |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 088478833-16/12/19 |               |                         | 1,97                   |  |            |            |
|  |               |                         |                        |  |            |            |
|  |               |                         |                        |  |            |            |
|  |               |                         |                        |  |            |            |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                   |               |                         | <b>237,70</b>          |  |            |            |
| <b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>           |               |                         |                        |  |            |            |
| <b>ICMS</b>                              |               | <b>PIS</b>              |                        | <b>HISTÓRICO DO CONSUMO</b>                        |            |            |
| <b>BASE DE CÁLCULO</b>                   | <b>%</b>      | <b>VALOR DO IMPOSTO</b> | <b>BASE DE CÁLCULO</b> | <b>%</b>   | <b>FEV</b> | <b>kWh</b> |
| 223,13                                   | 25,00         | 55,78                   | 223,13                 | 0,75   | 20         | 283        |
|  |               |                         |                        |  | 20         | 327        |
|  |               |                         |                        |  | 19         | 331        |
|  |               |                         |                        |  | 19         | 280        |
|  |               |                         |                        |  | 19         | 219        |
|  |               |                         |                        |  | 19         | 127        |
|  |               |                         |                        |  | 19         | 225        |
|  |               |                         |                        |  | 19         | 160        |
|  |               |                         |                        |  | 19         | 208        |
|  |               |                         |                        |  | 19         | 236        |
|  |               |                         |                        |  | 19         | 211        |
|  |               |                         |                        |  | 19         | 230        |
|  |               |                         |                        |  | 19         | 310        |
| <b>COMPOSIÇÃO DO CONSUMO</b>             |               |                         |                        |  |            |            |
| Geração de Energia                       | R\$           | %                       |                        |  |            |            |
| Transmissão                              | 71,42         | 32,01                   |                        |  |            |            |
| Distribuição (Celpe)                     | 8,31          | 3,72                    |                        |  |            |            |
| Encargos Setoriais                       | 50,43         | 22,60                   |                        |  |            |            |
| Tributos                                 | 11,86         | 5,32                    |                        |  |            |            |
| Perdas de Energia                        | 65,23         | 29,23                   |                        |  |            |            |
| <b>TOTAL</b>                             | <b>223,13</b> | <b>100</b>              |                        |  |            |            |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL   |                |               |                     |            |            |        |
|--|----------------|---------------|---------------------|------------|------------|--------|
| NÚMERO DO MEDIADOR   | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR      | ATUAL               | Nº DIAS    | CONSTANTE  | AJUSTE |
| 00000003161749612  | CAT            | 13/01/2020    | 7.325,00            | 10/02/2020 | 7.608,00   | 28     |
| DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/03/2020   |                |               |                     |            |            |        |
| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES  |                |               |                     |            |            |        |
| DESCRÍÇÃO  | CONJUNTO       | VALOR APURADO | META MENSAL         | META TRIM. | META ANUAL |        |
| dez/2019   |                |               |                     |            |            |        |
| DIC-No.de horas sem Energia  | BOM CONSELHO   | 0,00          | 11,30               | 22,61      | 45,22      |        |
| FIC-No.de vezes sem Energia  |                | 0,00          | 7,59                | 15,19      | 30,39      |        |
| DMIC-Duração máxima de interrupção continua  |                | 0,00          | 6,19                | 0,00       | 0,00       |        |
| DICRI-Duração de interrupção em dia crítico  |                |               | Limite DICRI: 16,60 |            |            |        |
| EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 84,44   |                |               |                     |            |            |        |
| Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo. |                |               |                     |            |            |        |

| INFORMAÇÕES IMPORTANTES  |  |                       |  |  |  |  |
|--|--|-----------------------|--|--|--|--|
| Pague no ponto mais perto de você! m j net: r. monteiro lobato centro / vip credito: pc dom pedro ii 35 lagoa de sao jose.lista completa em <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> ."    |  |                       |  |  |  |  |
| Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> .   |  |                       |  |  |  |  |
| Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.  |  |                       |  |  |  |  |
| O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  |  |                       |  |  |  |  |
| Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês  |  |                       |  |  |  |  |
| O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  |  |                       |  |  |  |  |
| Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão. |  |                       |  |  |  |  |
| NÍVEIS DE TENSÃO   |  |                       |  |  |  |  |
| TENSÃO NOMINAL(V)  |  | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) |  |  |  |  |
| MÍNIMO   |  | MÁXIMO                |  |  |  |  |
| 220  |  | 202                   |  |  |  |  |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA  |  |                       |  |  |  |  |

| DESTAQUE AQUI                         |                           |                                     |                                 |   |  |
|---------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---|--|
| CONTA CONTRATO<br><b>007024409184</b> | MÊS/ANO<br><b>02/2020</b> | TOTAL A PAGAR(R\$)<br><b>237,70</b> | VENCIMENTO<br><b>17/02/2020</b> | TALÃO DE PAGAMENTO<br><br>Evite dobrar, perfurar ou rasurar.<br>Este canhoto será usado em leitora ótica. |  |

| PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO |  | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |
|---|--|-----------------------|
|   |  |                       |



## SINISTRO 3200035567 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial Recife-PE

**BENEFICIÁRIO** CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO

**CPF/CNPJ:** 08397788484

### Posição em 18-02-2020 11:52:55

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  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 30/01/2020        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |

