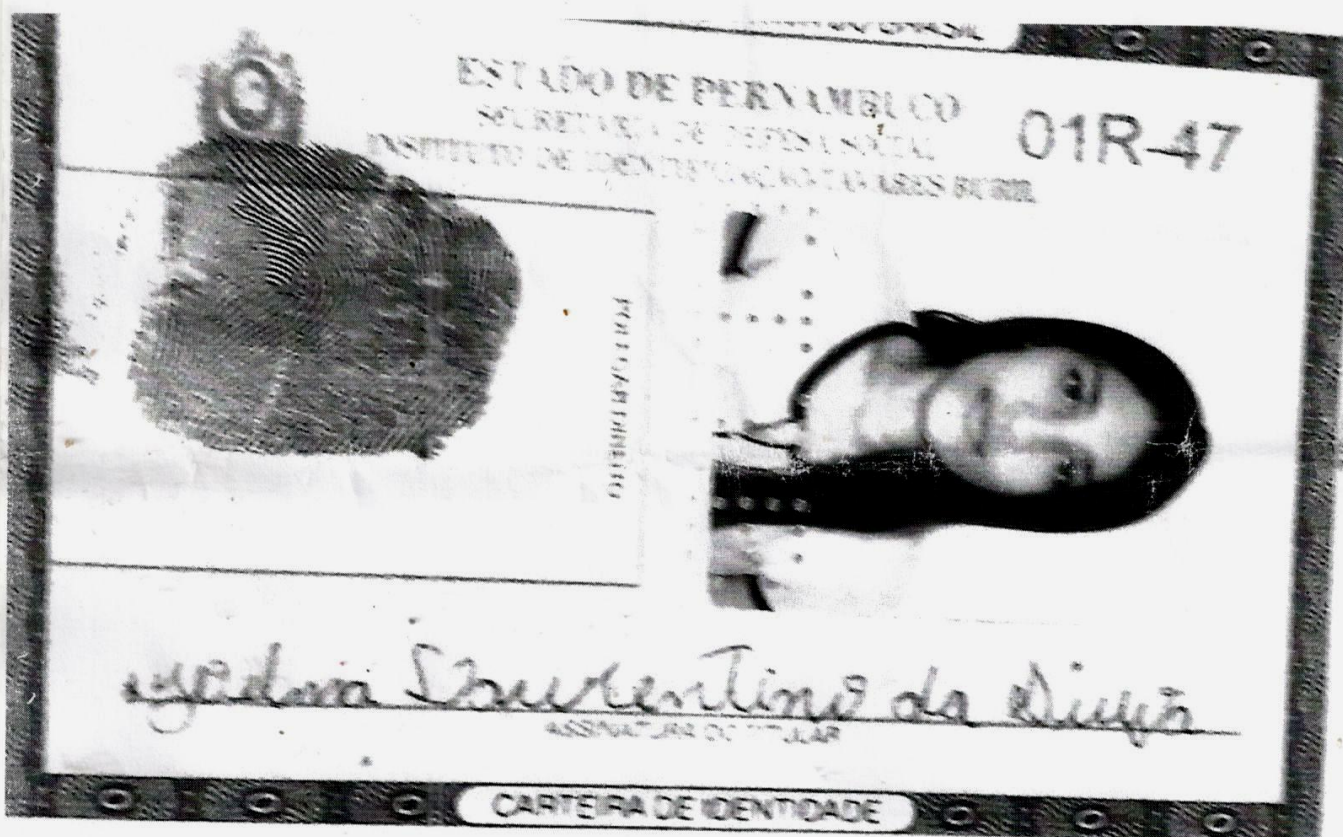




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

8.847.852

DATA DE
EXPEDIÇÃO 10/09/2009

NOME

<< JOELMA LAURENTINO DA SILVA >>

FILIAÇÃO

<< SEBASTIÃO PEREIRA LAURENTINO >>

<< MARIA JOSE FERREIRA DA SILVA >>

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE 18/12/1989

DOC ORIGEM

<< CN.15688 L.A14 F.134V CART. SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE-PE 23.07.2008 >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7 116 DE 29/08/83

Scanned by CamScanner



03/02/2020

Comprovante de Situação Cadastral no CPF



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **102.182.754-12**

Nome: **JOELMA LAURENTINO DA SILVA**

Data de Nascimento: **18/12/1989**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **31/07/2009**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:15:55** do dia **03/02/2020** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **9BF3.B009.8EF3.A8CF**



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Joelma Lauretino da Silva
brasileiro(a), estado civil solteira, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 109.182.75412 e portador da cédula de identidade
nº 8847852, residente e domiciliado(a) na
Rua 15 de Novembro,
nº 403, bairro de São Agostinho
CEP 55193-585 na cidade de
Santa Cruz do Capibaribe - PE

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, onde recebe intimações e/ou notificações
judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses judiciários, 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, 01 de 04 de 2020

Joelma Lauretino da Silva
Outorgante





**SAMU
192**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) **JOELMA LAURENTINO DA SILVA**, CPF-102.182.754-12, RG-8.847.852 SDS/PE, que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por este serviço a mesma com ID-0177, REG-25.308, no dia 31 de outubro de 2019, às 12:h e 24min, na rua Caleb de Carvalho-São Jorge, com queixa de queda de moto, tendo sido enviada pela **UNIDADE DE SUPORTE (USB)** que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para UPA 24h

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo de trauma, verificação de sinais AVP e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 22 DE DEZEMBRO 2019

Maria Lenice C. da Silva
Coordenadora 34-10
[Assinatura]

**MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA**

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE em ____ / ____ / ____





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AS 13:01

RECEITUÁRIO

Nome: JOELMA LAURENTINO DA SILVA - 30 ANOS

ENCAMINHAMENTO

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU, APÓS QUEDA DE MOTO SEM TCE, APRESENTA DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO (D) E QUEIXA-SE DE DOR NO MESMO LOCAL.

C/F: REG, EUPNEICA, NORMOTENSA, NORMOCORADA, LOTE, G=LS.
PUPILAS ISOTÓPICAS E REAGENTES.

AO RX: EVIDENCIA FRATURA DISTAL DE RÁDIO E ULNA (D)
(RADIOGRAFIA EM ANEXO).

HD: FRATURA FECHADA DE RÁDIO E ULNA (D).

CD: SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA DA TRAUMATO-ORTOPEDIA.

HRA- 5805636.

GRATO!

Data: 31 / 10 / 19

MÉDICO

Nome: _____ Rg.: _____

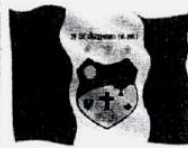
Medicamentos: _____

Data: ____ / ____ / ____

MÉDICO

CÓPIA AUTORIZADA





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **JOELMA LAURENTINO DA SILVA** nascido em 18/12/1989 esteve nesta unidade hospitalar no dia 31/10/2019 por volta das **12h47min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 18 de NOVEMBRO de 2019.

ATENCIOSAMENTE

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Jose Ademir Pereira
Diretor
MAT. 514591

Rodovia PE 160, SN - Curral Picado - Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hscc@gmail.com





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTÓ ATENDIMENTO (UPA 24H)

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81) 99982-5994 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0283488 31/10/2019 12:47:35 Código: 0289192

Paciente: JOELMA LAURENTINO DA SILVA SUS:

Sexo: F D. Nasc.: Idade: 30 ANOS.

RG: CPF:

Profissão:

Filiação: Mãe:

Pai:

Endereço:

Bairro:

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial: 130 x 90

Pulso: 116

Temperatura: 36,5

Peso: 60 kg

HGT = 1,60 m

Sat O₂ = 99%

Histórico da Doença atual: PTE TRAZIDA PELO SAMU, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, SEM TCE, APRESENTA DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO (D) E QUEIXA-SE DE DOR NO MESMO LOCAL. TAMBÉM APRESENTA ESCORIAÇÃO EM MÃO (E).

Exame Físico:

CÓPIA AUTORIZADA

Diagnóstico Provisório:

Conduta: ① SOLICITO RX DE ANTEBRAÇO (D) E MÃO (E)

② VOLTAR EM OLIMP (IM) (SUSPENDO).

③ TRAMAL 100mg + SF0,9% 100mg (EV) 13:27

Liberação do Paciente: Data: / / Hora:

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

Senha:
AD

At 14:00 paciente recebeu - se da unidade ALINE F. DA SILVA
COREN PE 493.324 ENE.



FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 12:50

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia (); Cianose (); Estridor (); PC <50 >140 (); FR >32vpm (); Extremidades frias (); Pulso Fraco (); Pulso Ausente (); Sudorese (); PAS <80mmhg (); PAD >130mmhg (); Letargia (); Convulsionando (); Irresponsivo ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intestinal (); Lesão grave (); Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16 (); FC <50 ou >140 (); PAS <90 ou >190mmhg (); PAD >130 (); Febre >39°C (); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24 horas (); Mucosas ressecadas (); Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas (); Abuso Sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa (); história até 72h de: Hematêmese (); Enterorragia (); Epistaxe (); Acidente perfuro/cortante c/material biológico ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa (); Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, quações (); Dor abdominal sem alterações de SSW (10; PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ();

OBS: Queda de Moto

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou retirada de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ();

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA () AMARELA () VERDE (☒) AZUL ()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO (☒)

mf
ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO



05/11/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 05/11/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

NOME : Wagner Luiz Egito de Araujo



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JOELMA LAURENTINO DA SILVA

Data da Internação: 31/10/2019

Data da Alta: 05/11/2019

Registro: 2028127

Tempo de Permanência: -18201

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO
[ULNA]

Principais Exames: EXAME FISICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia: FIXACAO PERCUTANEA

Data: 04/11/2019

Equipe:

Cirurgião: EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM PUNHO DIREITO, COM DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, FOI REALIZADO FIXAÇÃO PERCUTANEA SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: ALTA HOSPITALAR: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, ATESTADO MEDICO, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA

Medicações para Casa: PRESCREVO DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, ARFLEX 200MG 1X AO DIA POR 06 DIAS

Condições de Alta: Melhorado

Data: 05/11/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito de Araujo

RESPONSÁVEL : Wagner Luiz Egito de Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
CRM - PB 8926



31/10/2019



GOVERNO DO PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

PRONT (B.E) Nº: 2028109

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Matinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 31/10/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: JOELMA LAURENTINO DA SILVA

CEP: 58400002 Nascimento: 18/12/1989

Endereço: R. DA CERÂMICA

Sexo: F Telefone: 93943381

Cidade: Campina Grande

Idade: 029 Bairro: SANTA ROSA

Nome da Mãe: MARIA JOSE FERREIRA DA SILVA

RG: 8847852 Nº: 431 Profissão: COSTUREIRA

Responsável:

Estado Civil: Solteira

Data de Atendimento: 31/10/2019

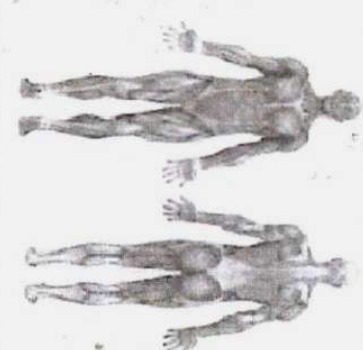
MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO

Hora: 16:12:58

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injuriamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otite aguda
30. Paralisia
31. Ferida
32. Paralisia
33. Quelmadura
34. Rinite aguda
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADO INÍCOS

Carla Rocha Lemos - 05/04/2020 20:20:16

Carla Rocha Lemos - 05/04/2020 20:20:16

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:

() Gasometria arterial () Radiografias:

() Tomografia Computadorizada () _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ às _____ Dia _____

Especialista: _____ às _____ Dia _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº _____ PRESCRIÇÕES E CONDUTAS _____ HORÁRIO REALIZADO _____

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RAIO X

REALIZADO EM:

31/10/19

31/10/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data da internação: 31/10/2019 Hora: 16:57:30

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856

Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE JOELMA LAURENTINO DA SILVA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2028127
7 - CARTÃO DO SUS 898002952733017	8 - DATA DE NASCIMENTO 18/12/1989	9 - SEXO Masc ☐ Fem ☒
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA JOSE FERREIRA DA SILVA		11 - TELEFONE DE CONTATO DIR 83 N° DE TELEFONE 93943381
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R DA CERAMICA , 431 , SANTA ROSA		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - CÓDIGO MU 550400	15 - UF PB
16 - CPF 58400002		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO DIR APÓS TRAUMA POR ACIDENTE DE MOTO			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSITA CIRURGIA			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) RX+EXAME FÍSICO			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FX RADIO DISTAL DIR	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 706500355121696
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO IN	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 706500355121696
29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 706500355121696		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE HALLISSON BARROS DE AEMEI
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 31/10/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) CRM - PB 9562

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CHOR
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

10.1.1.148/projetohtcg/impreinternamento.php?contar=2028127

1/2



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMESNÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJNOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: JOELMA LAURENTINO DA SILVA

ENDEREÇO: R DA CERAMICA

BAIRRO: SANTA ROSA

Identidade:
8847852

Idade: 029

PRONTUÁRIO:

Nº 2028127

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA), 1

Campina Grande - PB 04/11/2019 Hora:
11:52:55

Médico: Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MÉDICO
CRM-PB 9907

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMESNÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJNOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: JOELMA LAURENTINO DA SILVA

ENDEREÇO: R DA CERAMICA

BAIRRO: SANTA ROSA

Identidade:
8847852

Idade: 029

PRONTUÁRIO:

Nº 2028127

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA), 1

Campina Grande - PB 04/11/2019 Hora:
11:52:55

Médico: Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MÉDICO
CRM-PB 9907



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0218004318**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/11/2019** às **09:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **31/10/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, BAIRRO SÃO JORGE**
- Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOELMA LAURENTINO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

JOELMA LAURENTINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA JOSE FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **18/12/1989** Naturalidade: **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8847852/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 92735376**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 97, RUA DOMIGUINHOS - JAÇANÃ - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO(MOTO) (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOELMA LAURENTINO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOELMA LAURENTINO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDG8558** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **105953067** Chassi: **9C2HB0210FR469629**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

21/11/2019 09:39



A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTO QUANDO POR UM DADO MOMENTO PERDEU O CONTROLE DA MESMA VINDO A CAIR AO SOLO SENDO SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU PARA UP A PARA PROCEDIMENTOS MÉDICO - HOSPITALAR .

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

JOELMA LAURENTINO DA SILVA
(VITIMA)

Joelma Laurentino da Silva

B.O. registrado por: **EULINALDO BEZERRA DE LIMA** - Matrícula: 319785-9

Eulinaldo Bezerra de Lima

21/11/2019 09:39



SINISTRO 3200057416 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOELMA LAURENTINO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE
SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JOELMA LAURENTINO DA SILVA

CPF/CNPJ: 10218275412

Posição em 01-04-2020 08:37:53

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta Referência

[Ver Carta](#)

08/02/2020

PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Joelma Laurentino da Silva,
brasileiro(a), estado civil solteira,
profissão Costureira Inscrito no CPF/MF sob o
nº 402.182.754-12, e portador da cédula de
identidade nº 8847 852 residente e
domiciliado(a) rua 25 de Novembro
nº 103, bairro Sto. Agostinho,
CEP 55191-585 na cidade de
Santa Cruz do Capibaribe - 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, 02 de 04, de 2020.

NOME: X Joelma Laurentino da Silva





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

NOTA FISCAL DE FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE FERREIRA DA SILVA LAURENTINO

CPF: 064.842.364-61

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 15 DE NOVEMBRO 103

STO AGOSTINHO/SANTA CRUZ DO CAPIBA
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55191-585

CPF DO CLIENTE	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
084814732	ÚNICA	14/11/2019
CPF DO CLIENTE	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
2002130553	14/11/2019	2002130553

CPF DO CLIENTE	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
7029098071	11/2019	11/2019
CPF DO CLIENTE	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
2002130553	14/11/2019	2002130553

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	87,0000000	0,78888782	52,70
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,75
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Subvenção-CDE-NF 077236543-12/08/19			0,33
Multa por atraso-NF 081078197 - 15/10/19			1,00
Juros por atraso-NF 081078197 - 15/10/19			0,10

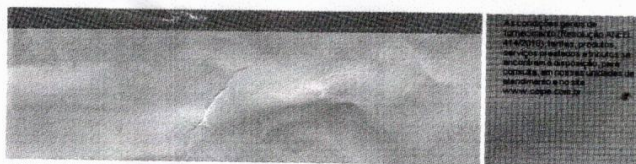
TOTAL DA FATURA

58,81

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
319124530	CAT	15-10-2019	101,00	14-11-2019	188,00	30	1,00000		87,00

Mês/Ano kWh	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Geração de Energia	R\$	%
NOV 19 87				Transmissão	R\$ 1,89	3,42%
OUT 19 59				Distribuição (Celpe)	R\$ 11,47	20,74%
SET 19 46				Perdas de Energia	R\$ 3,61	6,53%
AGO 19 56				Encargos Setoriais	R\$ 2,59	4,95%
JUL 19 57				Tributação	R\$ 16,87	30,14%
JUN 19 53				Total	R\$ 66,31	100%
MAY 19 60						
ABR 19 52						
MAR 19 50						
FEV 19 46						
JAN 19 51						
DEZ 18 60						
NOV 18 64						

Na data de emissão da fatura em vigor é a Verde. Mais informações em www.celpe.com.br. Cobrança ICMS sobre a subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 38.458/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Regio: em atraso gera multa 2% (Resolução 414/ANEL), Juros 1% a.m. (Lei 10.438/02) e atualização monetária no pro. mês. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.



Assinatura eletrônica de
CARLA ROCHA LEMOS
CPF: 084.842.364-61
Assinatura eletrônica de
CARLA ROCHA LEMOS
CPF: 084.842.364-61