



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Josefa Pinha do Nascimento, brasileiro(a), estado civil Solteira, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 315.945-159-68 e portador da cédula de identidade nº 3900 493, residente e domiciliado(a) na ST Patolé do Mapoleão, bairro Patolé, de PE, na CEP 55755-000, cidade Passim, de 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 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.

CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL: Pelo exercício do mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto, desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se, ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios celebrado em instrumento próprio.

Recife, 16 de 04 de 2020

Josefa Pinha do Nascimento
Outorgante





HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



IDENTIFYING CAUSES OF DROPPING LEAVES

Atendimento: 409866 **Prontuário: 285609**
Nome: JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO
Data Nasc.: 11/01/1970 Idade: 48 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 700005601390309
Endereço: SITIO CATOLE DO NAPOLEAO Nº: 0
Bairro: Z RURAL Cidade: CASINHAS Estado: PE
CEP: 557555000 Fone: 973199516 Profissão: AGRICULTOR
Nome da Mãe: SEVERINA CABRAL DE LIMA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 ATENDIMENTO - DATA: 2009/01/06 - HORA: 10:16 - DEPARTAMENTO: ORTOPEDIA
Queixa Principal / HDA: A artopedia
Patiente refere queda de moto há + 6h. Negou vomito, desmaio, dor abdominal. Trajada pelo SAMU com imobilização provisória em MSE, sem collar cervical.
Exame Físico: col, sem mancha rígida. PA: _____ FC: _____ FR: _____
Cond: Solicito Rx de trauma.
Faco Atlt + prescrição.
Dra. Karina Fioretti
Médica
Ortop. e Traumatologia
Ckit-ufc 2.208 962235

1 de 2





HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



3. EV. 10-16-1967
Some more going to O. Fazio
Pamela DR. BROWN 1325
CRM-PE 1325
CRM-A 1325

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Name: _____ **RG:** _____

Endereço: _____ **Tel.:** _____

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Name: _____ **RG:** _____

Endereço: _____ **Tel.:** _____

Procedimento:

Assinatura

Diag. Definitivo:

PREVIOUS WORK

Alta Cirurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido

Transferência: Internamento

Condition B A

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: / / **Hora:** **Médico:** **CRM:**

4/29/2018 9:28:37 PM
3 de 3

Usuario do Atendimento





HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



3. Evolución clínica

Pancreatitis aguda. ^{Ataque agudo}
Síntesis de ^{lipoproteína de alta densidad} disminuida
Colesterol ^{total} ~~200~~ 240 mg/dl
GPT 400 U/l

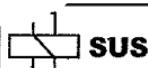
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Familiar
<p>Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.</p>		
Nome:	RG:	
Endereço:	Tel.:	
Data: ____ / ____ / ____	<hr/> Assinatura	

Autorização de Procedimento		<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Familiar
Nome: _____		RG: _____	
Endereço: _____		Tel.: _____	
Procedimento: _____			
Assinatura			
Diag. Definitivo: <i>Intensão de vida útil</i> (6)			
Destino do paciente: () Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido () Transferência: _____ <i>Internamento</i> <div style="float: right; margin-top: -100px;"> 31/07/2018 14:56 14/07/2018 CRM: 1469 </div>			
Condicão de Alta: () Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito			
Data: _____ / _____ / _____		Hora: _____	Médico: _____
		CRM: _____	

4/29/2018 11:33:44 PM
2 de 2

Usuario do Atendimento
ELAINECB





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 REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.R.F.

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Lima do Nascimento

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
285609

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7001001561011319103109

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/01/70

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

Serena Lima de Lima

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
81975149516

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

[Signature]

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)

Sítio Latoli do Nascimento

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
16 - UF
18 - CEP
P65515000

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Pasinha

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de acidente Motocicleta com
trauma na região do tórax ()

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade Clínica

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Trauma ósseo dist. ()

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento hospitalar

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

()CNS

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

()CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

Dr. Alfredo Melo Mesquita

()

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

41 - SÉRIE

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - CNAE DA EMPRESA

()

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

()

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

()CNS

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

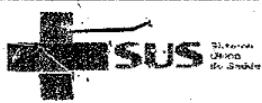
()CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

29/04/18





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO	6 - Número do Prontuário 119243		
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 700005601390309	8 - Data Nascimento 31/01/1970		
9 - Sexo FEMININO	10 - Raça/Cor 3		
11 - Nome da Mãe SEVERINA CABRAL DE LIMA	12 - Telefone de Contato 8173199516		
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato		
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) SITIO CATOLE DO NAPOLEAO, () - ZONA RURAL			
16 - Município de residência CASINHAS	17 - Cod. IBGE município 2604155	18 - UF PE	19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos

fratura fêmur perna esquerda, após
trauma

21 - Condições que justificam a internação

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

RX

23 - Diagnóstico inicial FRACTURA FEMUR E	24 - CID 10 Principais 592.5	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas
PROCEDIMENTO SOLICITADO Internação			
27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do procedimento 04.09.02.010-7		
29 - Clínica ORT	30 - Caráter de Internação Hospitalar	31 - Documento () CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante
33 - Nr. do Profissional Solicitante CRM-PE 3601	34 - Data da solicitação	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	
38 - () Acidente de Trabalho trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado	() Aposentado () Não segurado		
AUTORIZAÇÃO			
46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Orgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar	
48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	Conferido Com Documento Original Bezerros PE Hospital Jesus Pequenino	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)		



HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_01 - LEITO-05
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento:	499849	Data:	03/05/2018	Hora:	10:45	Recep.:	NAYALLI
Convênio:	SES-ORTOPEDIA					Matrícula:	700005601390309
Responsável:						Identidade:	
Médico:	DR. IRON ALVES SILVA					Cartão SUS:	700005601390309
Paciente:	119243	JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO				Sexo:	FEMININO
Nascimento:	31/01/1970	- 48 Anos e 3 Meses				Est. Civil:	
Endereço:	SITIO CATOLE DO NAPOLEAO,					C.P.F.	71594515468
Bairro:	ZONA RURAL					Identidade:	3900493
IBGE/Cidade:	2604155	CASINHAS	CEP:	PE		Telefone:	8173199516
Pai:	SEVERINO ORESTE DO NASCIMENTO					G.Instrução:	
Mãe:	SEVERINA CABRAL DE LIMA					Ocupação:	
Nacionalidade:	BRASIL					Naturalidade:	
Obs.:	ORTOP 440694						

Queixa do Paciente:

ferida em perna

H.D.A.:

*ferida em perna Park eff, afer
franque*

Exame Físico:

RX

Fratura humeral esq

Colo

Tratamento:

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE

19/05/18

Hospital Jesus Pequenino

*Ata de Amostra
Assinatura CRM
CRESCE 4.471*

Bezerros, 03 de maio de 2018

*DR. IRON ALVES SILVA
Data 03/05/2018*

Iron Alves

CRM-PE 2601

Assinatura e Carimbo do Médico





RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO CLÍNICA ORTOPÉDICA	NÚMERO DO REGISTRO 119243
CIRURGÃO RONALDO EVANGELISTA	ANESTESISTA DRA. PRISCILA
ANESTESIA SEDAÇÃO	
DATA DA OPERAÇÃO 04/05/2018	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	
DESCRICAÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
<ol style="list-style-type: none">1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO CAMPO OPERATÓRIO DO RÁDIO DISTAL DIREITO3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS4. COM PACIENTE SOB NARCOSE, REALIZADA A MANOBRA DE REDUÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO + FIXAÇÃO COM 02 FIOS DE KIRCHNER5. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA6. CURATIVO	

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE
Hospital Jesus Pequenino
Até Am
Assinado por
CRESSPE 4.471
19/04/18
19/04/18





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 124ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASINHAS - DP124ªCIRC
 DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0214000274**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/10/2018** às **15:24**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **29/4/2018** no período da **Tarde**

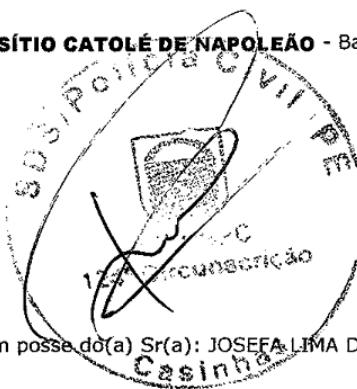
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CASINHAS, 1, SÍTIO CATOLÉ DE NAPOLEÃO** - Bairro: **ZONA RURAL - CASINHAS/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APlica (AUTOR \ AGENTE)
 JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO



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

JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINA CABRAL DE LIMA** Pai: **SEVERINO ORESTE DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **31/1/1970** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3900493/SDS/PE (RG), 71594515468 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81973199516**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CASINHAS, 1, SÍTIO CATOLÉ DE NAPOLEÃO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CASINHAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APlica - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 START** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGZ7425** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **104946909** Chassi: **9C2KC1670FR520284**
 Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**



Complemento / Observação

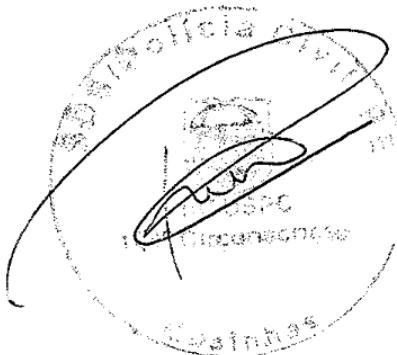
O PRESENTE BOE VEIO A SER LAVRADO APÓS COMUNICAÇÃO DO FATO PELA VÍTIMA DE NOME JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO. SEGUNDO A NOTICIANTE, O ACIDENTE ACONTEceu QUANDO A MESMA ESTAVA SUBINDO UMA LADEIRA E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, VINDO A CAIR NO SOLO E, POR CONSEQUÊNCIA DA QUEDA, FRATUROU O PUNHO ESQUERDO. A NOTICIANTE REQUEREU O REGISTRO DA OCORRÊNCIA NA INTENÇÃO DA DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT. DITO ISTO, ENCERRO O PRESENTE BOE.

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



**JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **CLAUDINO ALVES DA NÓBREGA FILHO** - Matrícula: **3875288**





MUNICIPAL DE CASINHAS

SECRETARIA DE SAÚDE

MARCELLA LEAL DE MIRANDA

FICHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA

IDENTIFICAÇÃO:

PACIENTE: Josefa Lima do Nascimento

DATA DE NASCIMENTO: 31/01/70 DATA DE ATENDIMENTO: 29/04/18 HORA: 15:50

NOME DA MÃE: Severina Cabral de Lima

TEMPERATURA: _____ PESO: _____ PA: 137.622.498/0001-73

ENDEREÇO: St. Catele

U. M. C. L. M.

Fundo Municipal de Saúde

Rua Severino Augusto de Miranda, S/N

Centro - CEP: 55.755-000

Casinhas - PE

QUEIXA PRINCIPAL:

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA	MEDICAÇÃO	HORÁRIO
1 / 1		
1 / 1	Infiltração de Álcool Físico	
1 / 1		
1 / 1		
1 / 1	Digoxina 0,25 mg c/ 12h - 16j/20	
1 / 1	Fransolox 100 mg 1/1 16/20	
1 / 1		

DESTINO:

ALTA: 1 / 1 HORA: :

INTERNAMENTO: 1 / 1 HORA: :

TRANSFERÊNCIA: 1 / 1 HORA: :

OUTROS: 1 / 1 HORA: :

M = José Santanna
MCRN 906935

Assinatura: Dr. José Henrique

Médico / Responsável



SINISTRO 3190350225 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 71594515468

Posição em 16-04-2020 09:51:13

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
11/06/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, josefa bainha do Nascimento,
brasileiro(a), estado civil solutiva,
profissão agricultora inscrito no CPF/MF sob o
nº 735.945.154-68, e portador da cédula de
identidade nº 3900 493, residente e
domiciliado(a) St Patolí do Napoléon,
nº 1510, bairro Patolí,
CEP 55755-000 na cidade de
Coronha / 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, 26 de 04, de 2020

NOME: josefa bainha do Nascimento



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ 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
Ouvidoria 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

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO
CPF: 715.945.154-68 NIS: 20991158533

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI CATOLE DO NAPOLEAO 1510

CASINHAS/CATOLE
55755-000 CASINHAS PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
27/03/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
12,14

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
20/03/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO
20/03/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL
101629648

CONTA CONTRATO
002456441010

Nº DO CLIENTE
2001297038

Nº DA INSTALAÇÃO
0000932850

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

E59D.837A.682F.2F33.E978.6D36.2C30.EDA2

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10136136	3,04
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	18,00	0,17376234	3,12
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09327014	2,79
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	18,00	0,15989168	2,87
Multa por atraso-NF 093848956 - 22/01/20			0,11
Multa por atraso-NF 097798901 - 19/02/20			0,11
Juros por atraso-NF 097798901 - 19/02/20			0,02
Juros por atraso-NF 093848956 - 22/01/20			0,08
TOTAL DA FATURA			12,14

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00	11,82	1,04	0,12	11,82	4,79	0,56	

Tarifas Aplicadas

Consumo-TUSD até 30 kWh 0,09545200
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh 0,16363200
Consumo-TE até 30 kWh 0,08783250
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh 0,15057000

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
MAR	20	48
FEV	20	30
JAN	20	30
DEZ	19	30
NOV	19	30
OUT	19	35
SET	19	37
AGO	19	30
JUL	19	49
JUN	19	49
MAI	19	59
ABR	19	71
MAR	19	56

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	5,26	44,50
Transmissão	0,61	5,16
Distribuição (Celpe)	3,73	31,56
Encargos Setaoriais	0,36	3,05
Tributos	0,68	5,75
Perdas de Energia	1,18	9,98
TOTAL	11,82	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jan/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	SURUBIM	1,57	5,55	11,10	22,21
FIC-No.de vezes sem Energia		2,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,96	3,20	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 5,80					
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! adeliane barbosa de andrade -: r. coronel período centro / supermercado lealdade ltda: rua coronel período 112 centro lista completa em www.celpe.com.br."
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
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.
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto para a aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 16,16 .
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
MINÍMO	MÁXIMO
220	202
	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002456441010	03/2020	12,14	27/03/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

83800000000050226301



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

