

## 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  
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

JOSENICE LAURENTINO DA SILVA  
CPF: 054.926.724-79 NIS: 16220846010

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI RIACHAO DO ITAPEGIPE 1760

SITIO RIACHAO/SAIRE RURAL  
55695-000 SAIRE 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](http://www.celpe.com.br)

## DATA DE VENCIMENTO

**24/03/2020**

TOTAL A PAGAR (R\$)

**83,07**

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

17/03/2020

## DATA DA APRESENTAÇÃO

17/03/2020

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

101027879

## CONTA CONTRATO

007011762829

## Nº DO CLIENTE

2012304044

## Nº DA INSTALAÇÃO

0005643639

## CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico**

## RESERVADO AO FISCO

**C8CE.CFCB.DF0C.A50C.B7E5.8BAD.DFFE.673F**

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,13799624	4,13
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,23656498	16,55
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	58,00	0,35484747	20,58
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,12698062	3,80
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,21768107	15,23
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	58,00	0,32652161	18,93
ICMS_Subvenção Baixa Renda			1,26
Multa por atraso-NF 093179022 - 17/01/20			0,90
Multa por atraso-NF 097106088 - 14/02/20			0,86
Juros por atraso-NF 097106088 - 14/02/20			0,27
Juros por atraso-NF 093179022 - 17/01/20			0,39
Atualização IGPM-NF 093179022 - 17/01/20			0,17
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>83,07</b>

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	
ICMS	PIS
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
79,22	25,00
19,80	79,22
1,04	0,82
79,22	4,79
3,79	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	25,84 32,62
Transmissão	3,03 3,82
Distribuição (Celpe)	18,37 23,19
Encargos Setoriais	1,79 2,26
Tributos	24,41 30,81
Perdas de Energia	5,78 7,30
<b>TOTAL</b>	<b>79,22 100</b>

HISTÓRICO DO CONSUMO	
	kWh
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,09545200
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,16363200
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,24544800
Consumo-TE até 30 kWh	0,06783250
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15057000
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,22585500
MAR 20	158
FEV 20	129
JAN 20	131
DEZ 19	145
NOV 19	137
OUT 19	145
SET 19	125
AGO 19	129
JUL 19	157
JUN 19	158
MAI 19	157
ABR 19	166
MAR 19	186

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003154258921	CAT	14/02/2020 5.007,00	17/03/2020 5.165,00	32	1,00000	0,00	158,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/04/2020

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jan/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	CAMOCIM DE SAO FELIX	0,00	11,74	23,48	46,96
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,67	15,34	30,69
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	6,49	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 28,54					
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! alves construçoes: r projetada 20 onaci soutu / c vet saude animal: rua cel joao pessoa centrolista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
Sua rota/ciclo de leitura será alterado. Art. 84 Ren. ANEEL 414/10.  
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.  
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 46,26 .  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

## NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007011762829	03/2020	83,07	24/03/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838800000003 830700110073 011762829104 145711958439



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE SAIRÉ

DISTRITO DE SAIRÉ

## NASCIMENTO Nº. 12.543

Eu **TEREZINHA SANTANA PONTES** Oficial do Registro Civil.

Certifico que às folhas **290** do livro, Nº. **A - 10** do registro de nascimento foi feito hoje, o assento de **CARLOS EDUARDO DA SILVA PEIXOTO**, nascido aos vinte e sete de agosto de dois mil e cinco (27/08/2005) às 20 horas 23 minutos no Hospital João Murilo Vitória de Santos Antão – PE, do sexo **MASCULINO** filho **SEBASTIÃO GERONILDO PEIXOTO** natural de PERNAMBUCO, profissão **AGRICULTOR** de dona **JOSENICE LAURENTINO DA SILVA** Natural de **PERNAMBUCO** Profissão **AGRICULTORA**

São avós paternos **JOSÉ PLACIDO PEIXOTO**

e dona **MARISA LOPES PEIXOTO**

e avós maternos **SEVERINO LUIZ DA SILVA**

e dona **GERSINA LAURENTINO DA SILVA**

Foi declarante O **GENITOR** e serviram de testemunhas **JOSÉ FRANCISCO BORBA FILHO** e **GENILSON BEZERRA DOS SANTOS**.

Observações:

O referido é verdade dou fé.

Registro de acordo com a Lei Nº. 9.534/97 de 10 de dezembro de 1997.

Sairé, 23 de setembro de 2005.

  
Oficial do Registro Civil



Rua Coronel José Pessoa, 50, Centro – Sairé-PE CPE 55695-000 Tel/Fax. (0\*\*81)3748-1320



CÓDIGO DE CONTROLE  
AD5A.FAC2.A634.A2DE



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 11:32:44 do dia 17/01/2018 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

**VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**



**Ministério da Fazenda  
Receita Federal**



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

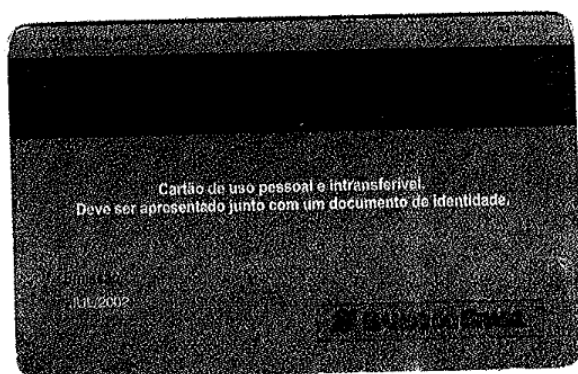
Número  
**151.761.754-52**

Nome  
**CARLOS EDUARDO DA SILVA PEIXOTO**

Nascimento  
**27/08/2005**



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO 6122093	DATA DE EMISSÃO: 09.05.1998	ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO TAVARES BUIE	
NOME JOSENICE LAURENTINO DA SILVA		EV - 08	
Pai: Severino Luiz da Silva		FOTO	
Mãe: Gersina Laurentino da Silva		FOTO	
NATURALIDADE Sairé-PE	DATA DE NASCIMENTO 20.05.1981		
DOC. ORIGEM: C.N. 7.852, L.A-06, F.217v,			
Cart. de Sai			
ASSINATURA DO DIRETOR		ASSINATURA DO TITULAR	
LEI Nº 7.116 DE 29/09/83		CARTEIRA DE IDENTIDADE	



*054.926.724-79*



## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. Sebastião Geronildo Peixoto, RG: 5.877.086 SSP-PE, CPF: 035.226.294-00 que consta nos registros de ocorrências do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por este serviço ao menor Carlos Eduardo da Silva Peixoto, CPF: 151.761.754-52 com ID - 0344, no dia 07 de Setembro de 2018, às 17h e 53min, no Sítio Passagem, zona rural de Sairé, Próximo a Zé de Inácio referente a um capotamento, tendo sido enviada a Unidade Básica do SAMU SAIRÉ, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a para o hospital local.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foi realizado no paciente todo protocolo de trauma.

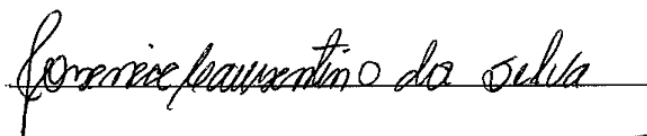
Sairé, 12 de Março de 2019.

Livia Pereira Barros  
Secretaria de Saúde  
Coordenadora do SAMU SAIRÉ

  
Coordenadora do SAMU/SAIRÉ - PE  
Enf.ª Livia Pereira Barros  
COREN - PE Nº 350071

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – SAMU SAIRE

Em, 13 / 03 / 2019



Rua Cel. José Pessoa, S/N - CEP: 55695-000 - Fone: (81) 3748.1144 / FAX: (81) 3748.1156  
CNPJ: 10.122.307/0001-19 - [www.saire.pe.gov.br](http://www.saire.pe.gov.br)





UNIDADE MISTA OLÍLIA MENDONÇA SOUTO MAIOR

## FICHA DE TRANSFERÊNCIA

HORA DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

NOME: Carlos Edson da Silva Kayoto

PROFISSÃO: maquiagem SEXO: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: 1 / 1 /

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ IDADE: 19

FILIAÇÃO: \_\_\_\_\_

E: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_ TC: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: paciente vítima de acidente de

carro em 2ª hora, sofreu com lesões

no de movimento em membros superiores

esquerda

Tratado em 2ª hora, ferido

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

HOSPITAL: IMA

SENHA: 5308091

HORA DA LIBERAÇÃO: \_\_\_\_\_

MOTORISTA: \_\_\_\_\_

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

MÉDICO: \_\_\_\_\_

Dr. Paulo Marcos  
CRM: 18592

Gráfica IGAL





PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SAIRÉ**  
Uma Nova História

## UNIDADE MISTA OLÍLIA MENDONÇA SOUTO MAIOR

### FICHA DE EMERGÊNCIA

Hora do Atendimento:

082.944

18:50

Nome: Carlos Eduardo da Silva Reixato

Profissão:

Sexo: M

Data: 07 / 09 / 18

Estado Civil: Menor

Idade: 130 anos

Filiação: Josevete Laurentina da Silva

E

Endereço: Sítio Coqueiro

Enfermeira: Thomirus

Médico: Dr. Paulo

Relato do Paciente atual:

Paciente trazido pelo samu, vítima de acidente automobilístico, refere dor e limitação de movimento em MSE.

Pressão Arterial: 110x70

Pulso:

Temp.:

Diagnóstico Provisório:

HT-153

HT: Testes positivos a MSE

Conduta

1º Analisar patologia  
2º Voltar para as feições  
MRA- 5508091

Hora da Liberação:

Maneiza Pereira da Silva  
TE COREN-PE 458112

Assinatura





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**  
Setor de Arquivo Médico e Estatísticas  
Fone: (81) 3719-9346


Caruaru, 19 de Setembro de 2018.

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o(a) paciente: **CARLOS EDUARDO DA SILVA PEIXOTO**, esteve interno(a) nesta unidade hospitalar, desde **07/09/2018** até **13/09/2018**.

**PRONTUÁRIO: 324923**  
**TRATAMENTO: INTERNAÇÃO**  
**MOTIVO: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO**

**ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

  
**Alexandre de Oliveira Bezerra**  
**Op. Administrativo - SAME/HRA**

/

**Hospital Regional do Agreste- Dr. Waldemiro Ferreira , Br. 232, Km 130, Indianópolis – Caruaru/PE CEP 55.000-000**





# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 444201

Prontuário: 324923

Nome: CARLOS EDUARDO DA SILVA PEIXOTO

Data Nasc.: 27/08/2005

Idade: 13

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 898002930550165

Nº: 0

Endereço: SÍTIO CAJUEIRO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: SAIRE

Estado: PE

CÉP: 55695000

Fone: 95691777

Profissão: ESTUDANTE

Nome da Mãe: JOSENICE LAURENTINA DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM AUTOMÓVEL

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

## 2 - ATENDIMENTO

Data: 07/09/2018 20:08

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

acidente de carro. dor no 15  
membr. OK. fratura (de) membr.  
em de 15 membr. do pulso e

Exame Físico:

PA:

FC:

FR:

1) Do pulso e Ant. 15  
2) Do cotovelo e Ant. 15  
3) Do ant. 15

Diag. Provisório:

Nilton Pereira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE 10.557

Prescrição:

Dieta: \_\_\_\_\_

Data

Horário

Ata da cirurgia  
lançar de a 15  
TMA Axila  
R. 15  
15

Antônio Raimundo L. Barreto  
ORTOPEDIA GERAL  
CRM-PE: 10.557  
CPF: 149.063.523-11

Nilton Pereira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE 10.557

1 de 2



Figure 1 is a scatter plot with the following data points (approximate values):

Children in Household (X)	Children in Neighborhood (Y)
0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10

The linear regression line is defined by the equation  $Y = 0.8X + 0.2$  with an  $R^2$  value of 0.92.

[illegible]

☐ Paciente    ☐ Familiar

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura

( ) Paciente ( ) Familiar

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Procedimento: \_\_\_\_\_

Assinatura

**Diag. Definitivo:**

### Destino do Paciente

( ) Alta ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadiu-se ( ) Termo de Alta a Pedido  
( ) Transferência: \_\_\_\_\_ ( ) Internamento \_\_\_\_\_

### Condição de Alta

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

Data:        /        /        Hora:        Médico:        CRM:       

Usuário do Atendimento  
DIEGOJLV



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Carlos Eduardo da Silva Pereira Nº do Registro: 324923Clínica: Ortopedia Nº do Leito: P. 12 83Operador: Claudio Raposo

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador: OmeonAnestesista: Dr. ZenoAnestesia: Sedação

Duração:

Data da Operação: 12.04.13

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fract. do radio e pul.Diagnóstico Pós-Operatório: O meoOperação Proposta: Redução imediata + placa fixa  
com pul.Operação Realizada: A fixação com

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Redução imediata da fratura do  
radio e pul. com a placa  
com pul. e placa fixa

Claudio Raposo  
Dr. Claudio Raposo  
Traumatismo Ortopedia  
CRM 2913



# SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

### RESUMO DE ALTA

Nome: Carlos Eduardo da Silva Plixoto

Prontuário: 324923

Data: 07/09/18 Hora: \_\_\_\_\_

#### DIAGNÓSTICO:

Fratura de metacarpo

#### AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Atender em 19/09/18

atender a

#### TRATAMENTO REALIZADO:

Redução imediata e fixação

com arame

Alta Hospitalar: Data: 13/09/18 Hora: \_\_\_\_\_

[Assinatura]  
Dr. Claudio Raposo  
Especialista Ortopedia  
CRM 2413  
Ass. do Médico e CRM  
Carimbo





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0181001855**

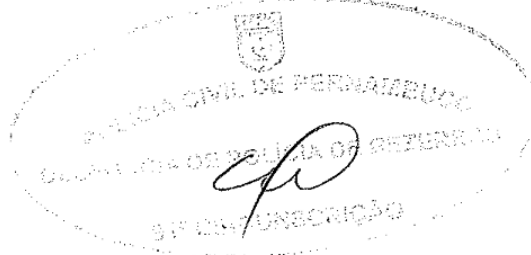
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/10/2019** às **10:31**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **7/9/2018** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAIRE, 01, SITIO PASSAGEM ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SAIRE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

//// ( AUTOR \ AGENTE )  
SEBASTIÃO GERONILDO PEIXOTO ( NOTICIANTE )  
CARLOS EDUARDO DA SILVA ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**CARLOS EDUARDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSENICE LAURENTINO DA SILVA Pai: SEBASTIÃO GERONILDO PEIXOTO Data de Nascimento: 7/8/2005 Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: ESTUDANTE**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAIRE, 1760, SITIO RIACHÃO DO ITAPEGIPE, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAIRE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**SEBASTIÃO GERONILDO PEIXOTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LOPES PEIXOTO Pai: JOSE PLACIDO PEIXOTO Data de Nascimento: 15/5/1978 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5877084/SDS/PE (RG). 0579984423 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAIRE, 1760, SITIO RIACHÃO DO ITAPEGIPE, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAIRE/PERNAMBUCO/BRASIL**

//// - 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)



**AUTOMOVELO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **SEBASTIÃO GERONILDO PEIXOTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SEBASTIÃO GERONILDO PEIXOTO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/GM/KADETT** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHQ7228** (PERNAMBUCO/SAIRE) Renavam: **189883156** Chassi: **9BGKT8GNNC339112**  
Ano Fabricação/Modelo: **1992/1993** Combustível: **GASOLINA**

### Complemento / Observação

O SENHOR GERONILDO PEIXOTO DECLARA QUE NA DATA E HORARIO ACIMA DESCRITO CONDUZIA SEU AUTOMOVELO PELA ESTRADA CARROÇAVEL NO SITIO PASSAGEM, ZONA RURAL DE SAIRE-PE, NA OCISÃO TAMBÉM ESTAVA NO AUTOMOVELO O FILHO DO DECLARANTE, O JOVEM CARLOS EDUARDO DA SILVA PEIXOTO, QUE O DECLARANTE PERDEU O COTROLE DO VEICULO AO ESTOURAR O PNEU DIANTEIRO, EMS EGUIDA COLIDIU COM UMA BARREIRA, QUE O DECLARANTE NADA SOFREU, SENDO QUE SEU FILHO CARLOS EDUARDO FOI SOCORRIDO PELA SAMU E LEVADO PARA A UNIDADE MISTA LOCAL ESTE ONDE FOI ATENDIDO CONFORME REGSITRO DE N° 082.944, EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOPSITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE D CARUARU-PE, PRONTUARIO DE N° 324923, ASSINADO PELO MEDICO DR. ANTONIO RAIMUNDO L. BARRETO, CRM-PE 10.557. NADA MAIS A DECLARAR.

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

**CARLOS EDUARDO DA SILVA**  
**(VITIMA)**

**SEBASTIÃO GERONILDO PEIXOTO**  
**(NOTICIANTE)**

*Sebastião Geronildo Peixoto*

B.O. registrado por: *Cicero* **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**



**SINISTRO 3200066198 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** CARLOS EDUARDO DA SILVA PEIXOTO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Recife-PE

**BENEFICIÁRIO** CARLOS EDUARDO DA SILVA PEIXOTO**CPF/CNPJ:** 05492672479**Posição em 27-03-2020 14:00:34**

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
27/02/2020	R\$ 337,50	R\$ 0,00	R\$ 337,50





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

representado

legal

por

seu

menor

representante

inscrito no CPF sob o nº 054 926 724 79, portador do RG de nº 6122093 - /PE, residente e domiciliado na

Sítio Riachão do Itapeipe  
1760, Zaimi Rural, cep: 55695.000 São - PE

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, ambas 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.

Recife, 21 de

03

de 2019

Josénice Bayronino da Silva  
Outorgante





## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Josmaria Laurentino da Silva,  
RG 6122 093, CPF 054.926.724-79,  
Residente na Sítio Riachão do Sapequi, Bairro Saíre Rural  
Cidade Saíre, Estado de PE

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização a que tenho direito.

Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Recife, 27 de 03 de 2020

Josmaria Laurentino da Silva  
Assinatura do Declarante



**CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**  
**IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES CONTRATANTES**

CONTRATANTE: Josmaria Laurentino da Silva  
brasileira, estado civil solteira, regularmente inscrito no CPF/MF sob o  
nº 054.926.729-73 e portador da cédula de identidade  
nº 63120933, residente  
domiciliado(a) Ilha Riachão do Itapecuru, nº 176 bairro de  
Saiz Rural, CEP 55635-000, na  
cidade Saiz, PE.

CONTRATADO: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D,  
com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha sala 104, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP:  
50750-630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações judiciais

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Honorários Advocatícios, que se regerá  
pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.

**DO OBJETO DO CONTRATO**

Cláusula 1ª. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios na AÇÃO DE COBRANÇA DO  
SEGURO DPVAT proposta por: \_\_\_\_\_, como também com  
defesas e requerimentos em geral a serem realizados nesse processo.

**DAS ATIVIDADES**

Cláusula 2ª. As atividades incluídas na prestação de serviço objeto deste instrumento, são todas aquelas inerentes à profissão,  
quais sejam:

a) Praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do  
Brasil, bem como os especificados no Instrumento Procuratório.

**DOS ATOS PROCESSUAIS**

Cláusula 3ª. Havendo necessidade de contratação de outros profissionais, no decurso do processo, o CONTRATADO  
elaborará subestabelecimento, indicando escritório de seu conhecimento, restando facultado ao CONTRATANTE aceitá-lo ou  
não. Aceitando, ficará sob a responsabilidade, única e exclusivamente do CONTRATANTE no que concerne aos honorários e  
atividades a serem exercidas.

**DAS DESPESAS**

Cláusula 4ª. Todas as despesas efetuadas pelo CONTRATADO, ligadas direta ou indiretamente com o processo, incluindo-se  
fotocópias, emolumentos, viagens, custas, entre outros, ficarão a cargo do CONTRATANTE.

Cláusula 5ª. Todas as despesas serão acompanhadas de recibo, devidamente preparado e assinado pelo CONTRATADO.

**DA COBRANÇA**

Cláusula 6ª. As partes acordam que facultará ao CONTRATADO, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os  
meios admitidos em direito.

**DOS HONORÁRIOS**

Cláusula 7ª. Fica acordado entre as partes que os honorários a título de prestação de serviço recairá sobre o percentual de  
30% sobre o valor recebido pelo contratante.

Parágrafo único: Os pagamentos acima descritos serão garantidos através da emissão de cheques ao portador nos valores e  
datas acima descritos.

Cláusula 8ª. Caso haja morte ou incapacidade civil do CONTRATADO, seus sucessores ou representante legal receberão os  
honorários na proporção do trabalho realizado.

Cláusula 9ª. As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários, serão cobrados juros de mora na  
proporção de 1% (um por cento) ao mês e multa de 10% sobre o valor a ser pago.

**DA RESCISÃO**

Cláusula 10ª. Agindo o CONTRATANTE de forma dolosa ou culposa em face do CONTRATADO, restará facultado a este,  
rescindir o contrato, subestabelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas obrigações.

**DO FORO**

Cláusula 11ª. Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do CONTRATO, as partes elegem o foro da comarca de Recife;  
Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor.

Recife-PE, 27, de 03 de 2020.  
\_\_\_\_\_  
Contratante

\_\_\_\_\_  
Contratado





## DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Josémaria Beneditino da Silva  
brasileiro(a), estado civil Solteira,  
profissão agricultor Inscrito no CPF/MF sob o  
nº 6122093, e portador da cédula de  
identidade nº 6122093, residente e  
domiciliado(a) Sítio Riachão do Itapegi PE  
nº 1760, bairro Jairé Rural  
CEP 55695-000 na cidade de  
Jairé / 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, 27 de 03, de 2020

NOME: Josémaria Beneditino da Silva

