

Dra. Gabriela Viegas - OAB/PE 37.792
Dra. Sílvia Laís - OAB/PE 37.461

INSTRUMENTO PARTICULAR DE MANDATO

Através do presente instrumento particular de mandato -
José Belo da Silva, brasileiro,
solteiro, autônomo, portador da Cédula de
identidade de nº 4343.940 SP/PE e inscrito sob o CPF de nº
749.822.204-04, residente e domiciliado na
TV. Azeiteira Lial Ferreira, nº 41,
Petropolis, Caruaru/PE, CEP 55030-351, nomeia e constitui
como sua(s) procuradora(s) a advogada, BELA. GABRIELA MARIA VIEGAS
BEZERRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE sob o número
37.792 e BELA. SÍLVIA LAÍS DA SILVA, brasileira, solteira, advogada, inscrita
na OAB/PE sob o nº. 37.461, ambas com escritório profissional situado na
Praça Leocádio Porto, nº 31, sala 206, Centro, Caruaru-PE, CEP 55000-000,
outorgando-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste
mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105
do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar
compromisso, ~~substabelecer~~, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do
pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos os atos
perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da
administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante
particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais,
podendo atuar em conjunto ou separadamente, podendo substabelecer com ou
sem reservas de poderes, dando tudo por bom e válido.

Caruaru/PE, 20 de julho de 2014

José Belo da Silva
OUTORGANTE

Praça Leocádio Porto, nº 31, sala 206, Centro, Caruaru-PE, CEP 55000-000
Sílvia.laismail@gmail.com
Fone: (081) 21662-3470/9464





Advogado(a) e Advogada(a)
Dra. Gabriela Vargas - OAB/PE nº 2
Dra. Silvia Laís - OAB/PE 37.464

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

Eu, Jose Belo da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão autônomo, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº 4.343.940 SSIRG inscrito (a) no CPF/MF nº 749.822.204-04, domiciliado (a) e residente na TV Adelia Leal Ferreira, n° 41, Petrópolis, Caruaru/PE 55030-151, declaro que, em razão de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei 1060/50. Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo, na forma do art. 98 do Código de Processo Civil.

Caruaru/PE, 20 de julho de 2020

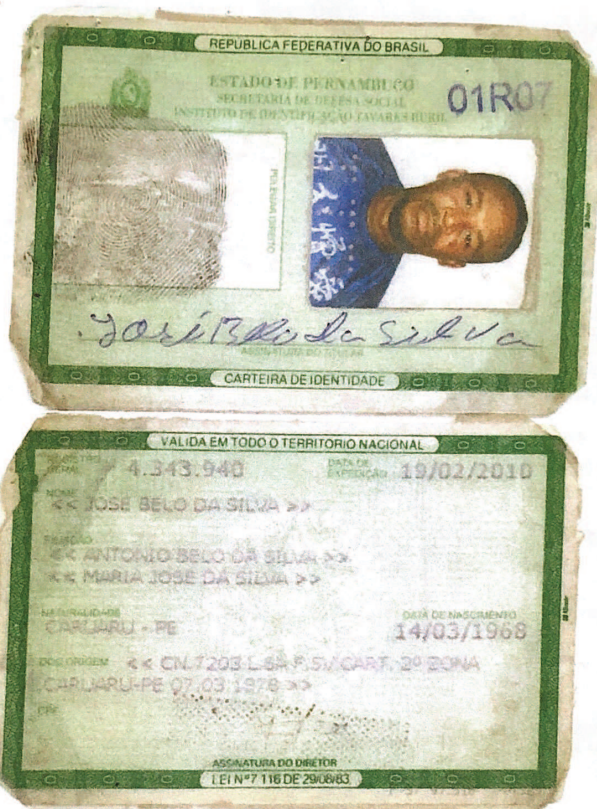
Jose Belo da Silva

Praca Lourenço Filho, nº 1, Sala 20 - Centro - Caruaru - PE

Gabriel - gabriel@oabpe.org.br

Fones: (81) 9382-1111







ENTREGA DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV 1 ADELIA LEAL FERREIRA 41

PETROPOLIS/CARUARU
CARUARU PE
55030-151

CODICE CONTRATO	INIZIO
1184264036	09/2019
DATA DI VENCIMENTO	DATA DI REALIZZAZIONE LAVORI
11/09/2019	07/10/2019
TOTAL A PAGARE (€)	33,59

Nº DA NOTA FISCAL	SENTA	EMISSÃO
075853781	UNICA	04/09/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
04/09/2019	2003042594	858986

04/09/2019	2003042594	859880	DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL		
			QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo ate 30 kWh			30.0300000	0,13199125	5,75
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh			80.0000000	0,32911071	19,74
Acréscimo Bandeira VERMELHA					1,84
Contrib. Ilum. Pública Municipal					4,47
ICMS Subvenção-CDE-NF 054362032-04/06/19					0,72
Multa por atraso-NF 071973707 - 05/08/19					0,71
Juros por atraso-NF 071973707 - 05/08/19					0,19
Atualização IGPM-NF 071973707 - 05/08/19					0,07

33.59

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
145169	CAT	05/08/2019	25 167,00	04/09/2019	25 267,00	30	1,00000		00,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (kWh)
SET 19 90	110
AGO 19 112	140
JUL 19 103	130
JUN 19 107	120
MAI 19 137	140
ABR 19 152	130
MAR 19 110	120
FEV 19 160	140
JAN 19 126	130
DEZ 19 162	150
NOV 19 123	140
OUT 19 112	130
SET 19 112	120

INFORMAÇÕES DO TÁRIFICO

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	27,43	0,81	0,22
PIS			
COFINS	27,43	3,72	1,02

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	13,33	48,59%
Transmissão	1,34	4,89%
Distribuição (Cetp)	8,16	28,71%
Perdas de Energia	2,57	9,37%
Encargos Setoriais	0,60	2,92%
Tributos	1,24	4,52%
Total	27,43	100%

TÁRIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh: 0,18728450
 Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,31426200

RESERVAÇÃO DO FISCO

B010 C743 5125 D8DB 5EE2 1E07 523C 73F7

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE Nº 014488273986
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	514129670	*****	2019

NOME

JOSE BELO DA SILVA

CARUARU-PE

CPF / CNPJ

749.822.304-04

PLACA

PGF5523

PLACA ANT / UF

***** / PE

CHASSI

9C2KD0540CR557733

ESPÉCIE TIPO

PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

HONDA/NAR150 BROS ESD

ANO FAB.

2012

ANO MOD.

20

CAP / POT / CIL

2P/149CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANT

VERMELHA

COTA ÚNICA

IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

1ª *****

FAIXA I.P.V.A.

1

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

80.11

IOF (R\$)

0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)

84.58

DATA DE PAGAMENTO

05/02/19

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

LOCAL

CARUARU

DATA

06/02/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

Diretor Presidente DETRAN/PE

CONTRAN

Tamara Garcez-Sousa





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190710977

Vítima: JOSE BELO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE BELO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **JOSE BELO DA SILVA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000002778**

Conta: **0000028918-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 90ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 19E0180003167

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/11/2019** às **09:57**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **5/10/2019** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JOSE RODRIGUES DE JESUS, 01** - Bairro: **INDIANOPOLIS** -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ BELO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ BELO DA SILVA**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

JOSÉ BELO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ DA SILVA** Pai: **ANTONIO BELO DA SILVA** Data de Nascimento: **14/3/1968** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4343940/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81991208889**

Endereço Residencial: **RUA PROFESSORA ADELIA LEAL FERREIRA, 41** - CEP: **55000-000** - Bairro: **VASSOURAL** -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **DESCONHECIDA** Pai: **DESCONHECIDO**,
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ BELO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ BELO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGF2523** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **514129670** Chassi: **9C2KD0540CR557733**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

VEÍCULO 02 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO



Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ALEGA À VÍTIMA, O QUAL NO MOMENTO DO ACIDENTE, CONDUZIA O VEÍCULO ORA DENOMINADO DE VEÍCULO 01, NA AVENIDA JOSÉ RODRIGUES DE JESUS, MOMENTO EM QUE, O AUTOR DESTA BO., O QUAL CONDUZIA O VEÍCULO ORA DENOMINADO DE VEÍCULO 02, DEU UM TRANCA NELE VÍTIMA, ONDE O MESMO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA, ELE VÍTIMA, FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº317897. AINDA INFORMA À VÍTIMA, QUE AS DECLARAÇÕES ORA PRESTADAS NESTE BO., É A EXPRESSÃO DA VERDADE, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELAS MESMAS, E QUE TAL REGISTRO PRENDE-SE AO FATO DELE VÍTIMA ACIONAR O SEGURO DPVAT. DIANTE DO EXPÓSTO PEDE PROVIDÊNCIAS.

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


JOSÉ BELO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CARLOS ALBERTO DA SILVA MELO** - Matrícula: **3809382**



Carlos Alberto da Silva Melo
Comissário Especial de Polícia
Mat. 380.938-2



Num. 65030189 - Pág. 1

CARUARU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE: UPA Varzea

NOME: José Belo da Silva

REGISTRO: 0724

HORA: 17:53

IDADE: 55a

DATA DE NASCIMENTO: 05/10/19

HISTÓRIA ATUAL:

Paciente admitido à UPA em 17/07/2020 às 17h05. Relata que o capto ocorreu no momento da queda. Presente com dor pelo clínico médico.

EXAME FÍSICO:

PA 140x90mmHg, FC 70bpm, FR 15. Escala de dor na região da face 2. Exame físico normal. Biped direito. Presença de mediotraumatologia.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de crânio e face.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura de osso na região

CONDUTA:

Sutura labial, administração de osso pólo de Voltaren IM e 0,1 ampola de dipirona IV às 19 horas. Necessária a avaliação quanto à extensão da fratura. Colocação de S.F. 0,9% 500ml IV.

TRANSFERIDO PARA: HRA - Bucamaxilfacial

SENHA: 5286853

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

NÃO

Marcelo L. Correia
Cirurgião-Dentista
CRO-PE 6039

SINAIS VITAIS
 PA: 110 x 90 mmHg
 Temp: _____ RCPR: _____ rpm
 FC: _____ bpm Peso: _____ kg
 HGT: 130 mg/dl SpO₂: _____ %
 HORA: 14:15



CARDARU UPA VASSOURAL

EMERGÊNCIA/ CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ADULTO

PREFERENCIAL: () SENHA: 131

CLASSIFICAÇÃO: Vermelho ☐

Verde ☐ IDADE: 51A

Amarelo ☒

Azul ☐ DATA: 05/10/19

HORA: 17:30

NOME: Apoc Beto da Silva

Alergias: ☒ NÃO ☐ SIM:

1- Sinais de Emergência atendimento imediato- CLASSIFICAR COMO VERMELHO-

1. Apnéia ☐ Cianose ☐ Estridor ☐ PC < 50 ou 140 ☐ FR > 32 vpm ☐ FR < 10 ☐
2. Extremidades frias ☐ Enchimento capilar/ lentificado ☐ Pulso fraco ☐ Pulso ausente ☐
3. Sudorese ☐ PAS < 80 mmHg ☐ PAD > 130 mmHg ☐
4. Convulsionando no momento ☐ Irresponsivo ou só resposta à dor ☐ Letargia ☐
5. Queimaduras em mais de 25% de SC ou acompanhamento de vias áreas ☐
6. Intoxicação exógena ☐
7. Sangramento intenso ☐ Lesão Grave ☐

2- Sinais de urgência- Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação- CLASSIFICAR COMO AMARELO

1. Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16 ☐
2. FC < 50 OU > 140 ☐ PAS < 90 OU > 240 ☐ PAD > 130 sem sintomas ☐
3. Febre > 39° ☐ Febre com imunodepressão ☐
4. História de convulsão nas últimas 24 horas ☐ Impossibilidade de deambulação aguda ☐
5. Tumor pastoso ☐ Mucosas Ressecadas ☐
6. Queimaduras de 1° e 3° áreas não críticas SCQ < 10% ☐
7. Vítimas de abuso sexual ocorrido há 72 Horas ☐
8. Fraturas anguladas e luxações com comp. Neuro Vascular ou Dor Intensa ☐
9. Dor Abdominal intensa ☐ Dor Torácica intensa ☐
10. História até 72 Horas de: Mielena ☐ Hematêmese ☐ Enterorragia ☐ Epistaxe ☐

- Paciente com história de acidente de trânsito há 20 min, apresentando lesões com um corpo estranho na parte frontal da cabeça.

DM ⊕ UA ⊕

Assinatura do médico



[illegible]

ORTOP

AV. AGAMENON MAGALHÃES, 1116, MAURÍCIO DE NASSAU.



LAUDO MÉDICO (DPVAT)

JOSÉ BELO DA SILVA

CPF: 749.822.304-04

PACIENTE ACIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO COM FRATURA COMPLEXA EM REGIÃO DO OSSO NASAL TRATADA COM REDUÇÃO INCRUENTA, NA DATA 05/10/2019

EVOLUI COM ASSIMETRIA EM FACE E DIFICULDADE NA RESPIRAÇÃO.

LIMITAÇÃO DE 80% CRANIO FACIAL (FRATURA OSSOS NASAL)

ALTA EM 09/01/2020.

CID - 10: S02.2

CARUARU 09 DE JANEIRO 2020

DR. GUSTAVO LIBÓRIO

ORTOPEDIA & CIRURGIA DO TRAUMA ORTOPEDICO

RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO

CRM 15582 – TEOT 13985

Dr. Gustavo Libório
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO
CRM 15582-TEOT 13985
TITULAR SBO/SEDT/ASAM

