

09/04/2020

2a Via de Fatura

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

DADOS DO CLIENTE

EDJANE SANTOS DE LIMA
PX AO BAR DE HENRIQUE
CPF: 082.022.154-63 NIS: 16096378073

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MAXIMO DA SILVA 110

CENTRO/SAIRE
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

DATA DE VENCIMENTO

17/04/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

49,65

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

09/04/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

09/04/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

103848823

CONTA CONTRATO

000397579026

Nº DO CLIENTE
2002371346

Nº DA INSTALAÇÃO
0003344717

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

408F.93AA.5F0E.DB02.324B.6412.4FFD.1920

DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

DESCRÍPCAO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.		
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10164199	3,04	Vencido	Dt Reav	Valor
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,17424342	12,19	17/03/20	09/04/20	90,49
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	35,00	0,26136513	9,14			
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09352837	2,80			
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,16033436	11,22			
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	35,00	0,24050154	8,41			
ICMS Subvenção-CDE-NF 092228102-11/01/20			0,59			
ICMS Subvenção-CDE-NF 096090354-08/02/20			0,60			
Multa por atraso-NF 096090354 - 08/02/20			1,50			
Juros por atraso-NF 096090354 - 08/02/20			0,71			
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			3,50			
Compensação DMIC 02/20			4,05			
TOTAL DA FATURA			49,65			

INFORMAÇOES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS	HISTÓRICO DO CONSUMO
BASE DE CALCULO % VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CALCULO % VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CALCULO % VALOR DO IMPPOSTO	kWh

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000083639610	CAT	10/03/2020	14.243,00	09/04/2020	14.378,00	30	1.00000 0,00 135,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 12/05/2020							
DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES							
DESCRÍPCAO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL	fev/2020	
DIC-No de horas sem Energia	CAMOCIM DE SAO FELIX	11,19	6,27	12,54	25,08		
FIC-No de vezes sem Energia		1,00	3,36	6,72	13,45		
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		11,19	3,71	0,00	0,00		
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico						Limite DICRI: 12,22	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 22,90							
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.							

INFORMAÇOES IMPORTANTES							
Pague no ponto mais perto de voce! comercial stenio: rua cel jose pessoa 179 a centro / comercial stephane: r cel jose pessoa 179 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 .							
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% (Res14/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 pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 32,14.							
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.							
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.							
Coronavirus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus							

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO 000397579026	MÊS/ANO 04/2020	TOTAL A PAGAR(R\$) 49,65	VENCIMENTO 17/04/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838500000008 496500110000 397579026100 144942887431

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

1/2



Assinado eletronicamente por: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS - 18/06/2020 17:34:27
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061817342725200000062559109>

Num. 63735023 - Pág. 1

09/04/2020

2a Via de Fatura



https://limento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?redirfatura=t... 2/2



Assinado eletronicamente por: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS - 18/06/2020 17:34:27
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061817342725200000062559109>
Número do documento: 20061817342725200000062559109

Num. 63735023 - Pág. 2

SINISTRO 3200127273 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE BATISTA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO JOSE BATISTA DA SILVA

CPF/CNPJ: 82425337415

Posição em 09-04-2020 10:48:09

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
03/04/2020	R\$ 945,00	R\$ 0,00	R\$ 945,00



07/01/20 200 P.m ot
nt pto - evafo
fristofps . n feria
04/02/20 4 hz

José Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedista
CRM-PE 5939

06/04/2020 14 m o-
ADm, p/ feridas. infax
p/ fristofps - no
nt pto - evafo, evafo
p/ condutor. trânsito
25/05/20 4 /m
r da crmo

José Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedista
CRM-PE 5939





NOME José Batista da Silva

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de lactes venas sig. CID-10: S 47° foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 17/12/2017. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Pós operatório paciente viveram
alguns dias hospitalizado. 12º dia P.O.
RD no pós-operatório. Necessita fision
terapia nutricional. Seu nome é
Bezerros, 06/04/2020.

L. deixa, mto agradecido 30/05/2018

*João Batista V. Costa
Traumato-Ortopedista
CRMPE 6000*





HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: Jon Batista da hbc

REG.: 129149

DATA DE NASCIMENTO: 05 / 01 / 1970

DATA DA CIRURGIA: 17 / 12 / 2015

DIAGNÓSTICO: Gastrite crônica aguda por
alcool

TRATAMENTO: Cirurgia e suspensão

DATA DO RETORNO: 07 / 01 / 2020

MOTIVO DO RETORNO: Pontos tópicos

Liquor volta por trás
do dentista

Julio Menezes V. Costa
Transito-Gastrojú^l
CMA-PE 5930





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.790.634
DATA DE EXPEDIÇÃO 19/01/2017	
NOME << JOSE BATISTA DA SILVA >>	
FILIAÇÃO	<< JOSE AMARO DA SILVA FILHO >> << MARIA JOSE DO NASCIMENTO >>
NATURALIDADE SAIRÉ - PE	DATA DE NASCIMENTO 05/02/1970
DOC. ORIGEM SAIRÉ-PE 08.03.1970	CNPJ 824.253.374-15
CPF	Assinatura do Diretor Ana Patrícia C.S. Alcântara Chegada do Politec-Gerente ITB ASSINATURA DO DIRETOR LEIN 7.116 DE 29/08/83



Uma Nova História

FICHA DE EMERGÊNCIA

106.160 **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Hora do atendimento: 09:05 Data: 13/12/2019

Nome Completo: JOSÉ BATISTA DA SILVA

Profissão: AGRICULTOR

Data de Nascimento: 05/02/90 Sexo: () Masculino () Feminino

Nº Cartão SUS: _____ CPF/RG: _____

Nome da mãe: MARIA JOSÉ DA NASCIMENTO

Nome do pai: JOSÉ AMARO DA SILVA FILHO

Endereço de Residência: RUA: MAXIMINO RUFINO DA SILVA

Município: SAINÉ CEP: 55625-000 UF: RS

Raça/Cor: 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado

Equipe de Saúde da Família: _____

Estado Civil: SOLTEIRO Fone: _____

Enfermeira(o): SILVANIA Médico(a): EDUARDO

HISTÓRIA CLÍNICA

Relato atual do Paciente: Paciente ei histórico de faduma de mês
há + 1 semana, ei faduma seu umero é.
Consciente e orientado (olografia 15).

Pressão Arterial (PA): 120x80 Pulso: _____ Temperatura: _____

Hipótese Diagnóstico (HD): _____

Conduta: _____



SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SÃO PAULO
Titular: FERNANDO SERGIO DA ROCHA FARIA FILHO
Telefone: (81) 3748-1340

Certifico e dou fé que a presente cópia reprodutiva é a reprodução fiel do original que me foi apresentado.
Enol: R\$ 3,07; TSNR: R\$ 0,68; Fundos: R\$ 0,10; FERC: R\$ 0,34; Total: R\$ 4,19. Em testemunha da verdade, Mariana N. Martins Faria - Escrivente Autorizada

Selo: 0159574.MFL12201902-00254 16/12/2019 09:27:55
Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Hora da Liberação: _____ Data: / /

Assinatura: Dr. Eduardo Holanda

Gráfica IGAL





HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

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: *L*, *l*, *h*, *g*, *m*, *n*, *p*, *q*, *r*, *s*, *t*, *u*, *v*, *w*, *x*, *y*, *z*

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ **Tel.:** _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

Condição de Alta

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

Data: _____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

13/12/2019 10:36:52

2 de 2

Usuario do Atendimento

REJANESS





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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Maria Belita de Melo

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

350 887

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7012807611743441003

8 - DATA DE NASCIMENTO

07/07/1941

9 - SEXO

Masc.

10 - RACA/COR

Parda

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Vivência fose do maramento

12 - TELEFONE DE CONTATO

99875335

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Maximino Rufino

DDD

Nº DO TELEFONE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Savá

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doença de estômago no mês de

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

Próstata

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fest - Melo

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CRÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ana cristina aleixo pereira santos

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 - NÚMERO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

/ /

/ /



Data e hora retirada da senha: 13/12/2019 10:18

Nome Paciente:	JOSE BATISTA DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	05/02/1970
Sexo:	Masculino
Idade:	49
Senha:	U0011
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 13/12/2019 10:19 - 13/12/2019 10:22

ANDREA KAROLINY SOUZA SILVA - COREN: S/N/C - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **POUCO URGENTE**

Cor: **VERDE**

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ 1 SEMANA , APRESENTANDO DOR E DIMINUIÇÃO DE MOBILIDADE, COM FRATURA FECHADA EM UMERO ESQUERDO.

Medicamento(s): HAS-;DM-

Observação: SENHA 5836655
NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS NOS MEMBROS.

Discriminador(es): - DEFORMAÇÃO?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ANDREA KAROLINY SOUZA SILVA - COREN: S/N/C - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/12/2019 10:22

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





UNIDADE MISTA OLÍIA MENDONÇA SOUTO MAIOR

FICHA DE TRANSFERÊNCIA

HORA DE ATENDIMENTO: _____

NOME: José Batista da Silva

PROFISSÃO: _____ SEXO: M DATA DE NASCIMENTO: / /

ESTADO CIVIL: _____ IDADE: _____

FILIAÇÃO: _____

E _____

ENDEREÇO: _____

PA: _____ TCº: _____ P: _____ FC: _____

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Paciente vítima de trauma há + 1 semana.
C1 abr e diminuição da mobilidade em membro.
Supurac fechada -
Fratura seu membro E.
Consciente e orientado, Glasgow 15
PA: 120x80 mmHg
FC: 80 SatO₂: 97%

DIAGNÓSTICO: Hospital Regional do Agreste (traumatoboracica)

HOSPITAL: _____

SENHA: 5836655

HORA DA LIBERAÇÃO: _____

MOTORISTA: _____

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____

MÉDICO: _____

*Dra Edna H. Blanda
Médica
CRM 6364*

Gráfica IGAL





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 097ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOAQUIM DO MONTE -
DP97ªCIRC DINTER1/14ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0187000120**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/02/2020** às **15:57**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **5/12/2019** às **15:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAIRE, 01, RODOVIA PE 103** - Bairro: **CENTRO** - **SAIRE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAASTELO PERGENTINO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEMA UTORIA (AUTOR \ AGENTE)
JOSE BATISTA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE BATISTA DA SILVA

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

JOSE BATISTA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DO NASCIMENTO** Pai: **JOSE AMARO DA SILVA FILHO** Data de Nascimento: **5/2/1970** Naturalidade: **SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3790634/SDS/PE (RG), 82425337415 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAIRE, 130, RUA MAXIMO DA SILVA - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO** - **SAIRE/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEMA UTORIA - 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), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE BATISTA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB300R** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

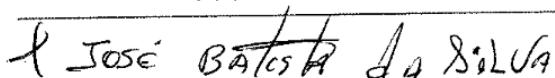
Placa: **PGK1785** (PERNAMBUCO/ARACOIABA) Renavam: **532246853** Chassi: **9C2NC4910DR004547**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **PROPRIETÁRIO: ROSEANE RIBEIRO DA SILVA**



Complemento / Observação

A VITIMA TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELA RODOVIA PE 103, QUANDO COLIDIU COM UM AUTOMOVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, CINDO EMS EGUIDA AO CHÃO, COMO NÃO HOUVE DANOS NO AUTOMOVEL O CONDUTOR DO AUTOMOVEL FOI EMBORA SEM SER IDENTIFICADO, E A VITIMA AFIRMA TER TIDO UMA LESÃO NO BRAÇO ESQUERDO, MAS QUE NA OCASIÃO NÃO PROCUROU ATENDIMENTOS MEDICOS, INDO PARA SUA RESIDÊNCIA, QUE NO PASSAR DOS DIAS A VITIMA NÃO SENTIA MELHORIA O QUE O FEZ PROCURAR ATENDIMENTOS MEDICOS NA UNIDADE MISTA OLILIA MENDONÇA SOUTO MAIOR, ONDE FOOIA TENDIDO E DIAGNOSTICADO UMA FRATURA EM UMEIRO ESQUERDO, CONFORME FICHA MEDICA DE N° 106.160 APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, NADA MIAS A DECLARAR.

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


JOSE BATISTA DA SILVA
(VITIMA)

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



Vicente - 02.20

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Batista da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 814 253 379-55 e portador da cédula de identidade nº 3790 639 residente e domiciliado(a) na Rua Maximino da Silva, nº 410 bairro Centro de Pernambuco, na PE cidade de Sairé.

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, à 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, 09 de 04 de 2020

José Batista da Silva
Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, José Batista da Silva,

brasileiro(a), estado civil Hóspede,
profissão agricultor Inscrito no CPF/MF sob o
nº 3728 634 e portador da cédula de
identidade nº 824 253 379 55, residente e
domiciliado(a) Rua Maximino da Silva
nº 150, bairro Centro,
CEP 55695-000 na cidade de
Pernambuco.

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, 09 de 04, de 2020.

NOME: José Batista da Silva

