

## 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

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](http://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

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO                                | QUANTIDADE | PREÇO      | VALOR (R\$)  |
|--|------------|------------|--------------|
| Consumo-TUSD até 30 kWh                  | 30,00      | 0,10164199 | 3,04         |
| Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh   | 70,00      | 0,17424342 | 12,19        |
| 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-        |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                   |            |            | <b>49,65</b> |

| INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS |   |                  |                 |        |                  |                 |      |
|-------------------------|---|------------------|-----------------|--------|------------------|-----------------|------|
| ICMS                    |   | PIS              |                 | COFINS |                  |                 |      |
| BASE DE CÁLCULO         | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %      | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %    |
| 0,00                    |   | 0,00             | 46,80           | 1,10   | 0,51             | 46,80           | 4,99 |

| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |       |       |  |
|-----------------------|-------|-------|--|
| Geração de Energia    | R\$   | %     |  |
| Transmissão           | 20,72 | 44,28 |  |
| Distribuição (Celpe)  | 2,43  | 5,19  |  |
| Encargos Setoriais    | 14,73 | 31,47 |  |
| Tributos              | 1,44  | 3,08  |  |
| Perdas de Energia     | 2,84  | 6,07  |  |
| TOTAL                 | 46,80 | 100   |  |

| HISTÓRICO DO CONSUMO |    |     |  |
|----------------------|----|-----|--|
| ABR                  | 20 | kWh |  |
| MAR                  | 20 | 135 |  |
| FEV                  | 20 | 164 |  |
| JAN                  | 20 | 149 |  |
| DEZ                  | 19 | 146 |  |
| NOV                  | 19 | 154 |  |
| OUT                  | 19 | 157 |  |
| SET                  | 19 | 152 |  |
| AGO                  | 19 | 155 |  |
| JUL                  | 19 | 141 |  |
| JUN                  | 19 | 139 |  |
| MAI                  | 19 | 151 |  |
| ABR                  | 19 | 149 |  |
|                      |    | 132 |  |

## EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

| Vencido  | Dt Reav  | Valor |
|----------|----------|-------|
| 17/03/20 | 09/04/20 | 90,49 |

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Aneel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NÚMERO DO MEDIDOR  | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR             | ATUAL                | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|--------------------|----------------|----------------------|----------------------|---------|-----------|--------|-------------|
| 000000000083639610 | 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

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| DESCRIÇÃO  | CONJUNTO       | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM | META ANUAL          |
|--|----------------|---------------|-------------|-----------|---------------------|
| fev/2020   |                |               |             |           |                     |
| DIC-No.de horas sem Energia  | CAMOCIM DE SAO | 11,19         | 6,27        | 12,54     | 25,08               |
| FIC-No.de vezes sem Energia  | FELIX          | 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. |                |               |             |           |                     |

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! comercial steno: rua cel jose pessoa 179 a centro / comercial stephane: r cel jose pessoa 179 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).  
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%(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 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.  
Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse [saude.gov.br/coronavirus](http://saude.gov.br/coronavirus)

## 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  |
|----------------|---------|--------------------|------------|---|
| 000397579026   | 04/2020 | 49,65              | 17/04/2020 | Evite dobrar, perfurar ou rasurar.<br>Este canhoto será usado em leitora ótica. |

838500000008 496500110000 397579026100 144942887431

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

1/2



09/04/2020

2a Via de Fatura



**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 2 us P. 40h  
na pte. cunha  
fractura no fêmur

04/02/20 4 h x

José Marilene V. Costa  
Traumato-Ortopedia  
CRM-PE 5099

06/04/2000 12 us 80  
ADH, perfractura. inflex

na fratura - no  
na perfractura, inflex  
na fratura. fratura  
25/05/20 4 h x

na fratura

José Marilene V. Costa  
Traumato-Ortopedia  
CRM-PE 5099





NOME Joy Batista da Silva

### LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura ungueal CID-10: S42.0, foi submetido a tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

17/12/2019. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Por ocasião da alta médica  
devida. Prescrição: 12 dias de  
ADs por via oral. Remoção da  
tela no dia 20/05/2020. Sem pontos de  
Bezerros, 02/05/2020.

L. Silva, médico, 20/05/2020

João Marinho V. Costa  
Traumatologista  
CRMPE 0000





HOSPITAL  
JESUS PEQUENINO

NOME: João Batista da Silva

REG.: 129144

DATA DE NASCIMENTO: 05/02/1940

DATA DA CIRURGIA: 17/12/2019

DIAGNÓSTICO: Úlcera crônica na região per-  
forada

TRATAMENTO: Cirurgia e pós-operatório

DATA DO RETORNO: 07/01/2020

MOTIVO DO RETORNO: Úlcera crônica

ligamento na região per-  
forada

João Batista V. Costa  
Frenologia - Cirurgia  
CRM-PE 5930







106.160

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Hora do atendimento: 09:05

Data: 13 / 12 / 19

Nome Completo: JOSÉ BATISTA DA SILVA

Profissão: AGRICULTOR

Data de Nascimento: 05/02/70 Sexo: (X) 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: SAIRÉ

CEP: 55625-000 UF:

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): EDUARDA

## HISTÓRIA CLÍNICA

Relato atual do Paciente: Paciente el història de trauma de mal  
 há 1 semana, el fractura seu umero E.  
 consciente e orientado / Colapso 15.

Pressão Arterial (PA): 120 x 80 Pulso:

Temperatura:

Hipótese Diagnóstico (HD):

Conduta:

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SAIRÉ

Titular: FERNANDO SÉRGIO DA ROCHA FARIAS FILHO

Telefone: (81) 3748-1340

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

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

Hora da Liberação:

Data: / /

Assinatura:

Dr. Eduarda Holanda  
 Médica  
 CRM 28362

Gráfica IGAL







### 3 - Evolução / Exames

[illegible]

### **Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido**

☐ Paciente    ☐ Familiar

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

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Data:**

**Assinatura**

### Autorização de Procedimento

☐ 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:    

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

Adriana de M. L.

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

350 887

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

701218076177442103

8 - DATA DE NASCIMENTO

5/2/70

9 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

Parda

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Imana José do Nascimento

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Maximiano Rufino

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Salvador

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dores, edemas no membro

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

PP

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de C.7. Imunoz

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

frat. - imuno

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

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 VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

43 - CNAE DA EMPRESA

41 - SÉRIE

44 - CBOR

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 UMEROS 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 OLÍLIA MENDONÇA SOUTO MAIOR

## FICHA DE TRANSFERÊNCIA

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

NOME: José Batista da Silva

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ SEXO: 49 anos DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

FILIAÇÃO: \_\_\_\_\_

E \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

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

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Paciente vítima de trauma há ± 1 semana

com diminuição da mobilidade em membros

superiores.

Fratura fechada

fratura no úmero E.

Consciente e orientado, Glasgow 15

PA: 120x80 mmHg

FC: 80 SatO<sub>2</sub>: 97%

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: Hospital Regional de Agreste (traumatologia)

HOSPITAL: \_\_\_\_\_

SENHA: 5836655

HORA DA LIBERAÇÃO: \_\_\_\_\_

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

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

MÉDICO: \_\_\_\_\_

Drª Eduarda Holanda  
Médica  
CRM 6352

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 DINTER1/14ªDESEC

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 - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **5/12/2019** às **15:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO 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 (VÍTIMA)

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: **MUNICÍPIO 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**

file:///C:/Users/Policia%20Civil/.infopol/xml/BOEPreview.html

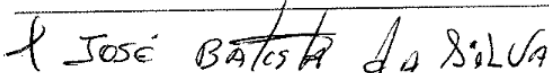
14/02/2020



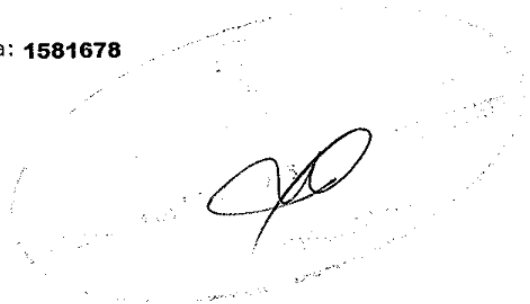
## Complemento / Observação

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 HOUE DANOS NO AUTOMOVEL O CONDUTOR DO AUTOMOVEL FOI EMBORA SEM SER IDENTIFICADO, E A VITIMA AFIRMA TER TIDO UMA LESÃO NO BRAÇO ESQUERDO, MAIS QUE NA OCASIÃO NÃO PROCUROU ATENDIMENTOS MEDICOS, INDO PARA SUA RESIDÊNCIA, QUE NO PASSAR DOS DIAS A VITIMA NÃO SENTIA MELHORA O QUE O FEZ PROCURAR ATENDIMENTOS MEDICOS NA UNIDADE MISTA OLILIA MENDONÇA SOUTO MAIOR, OND EFOIA TENDIDO E DIAGNOSTICADO UMA FRATURAEM UMEROS ESQUERDO, CONFORME FICHA MEDICA DE Nº 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**





**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:** Jose Batista da Silva  
brasileiro(a), estado civil solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o  
nº 824.253.379-35 e portador da cédula de identidade  
nº 3790639 residente e domiciliado(a) na  
Rua Maximiano da Silva  
nº 410 bairro de Centro  
CEP 55695-000 na cidade de Recife 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, 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

Jose Batista da Silva  
Outorgante



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, José Batista da Silva,  
brasileiro(a), estado civil solteiro,  
profissão aguardador Inscrito no CPF/MF sob o  
nº 3720 634, e portador da cédula de  
identidade nº 824 953 374 55, residente e  
domiciliado(a) Rua Maximo da Silva  
nº 530, bairro Centro,  
CEP 55625-000 na cidade de  
Recife, 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: José Batista da Silva

