

PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Geniane Manoel da Silva Filho, brasileiro(a), estado civil solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 137 561 654-42 e portador da cédula de identidade nº 10 772 098, residente e domiciliado(a) na Rua Central, nº 69, bairro Centro na CEP 55 665-000, cidade 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](mailto:anasantosadv1@gmail.com), onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

**PODERES:** Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes poderes incluídos nas clausulas "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, 23 de 09 de 2019

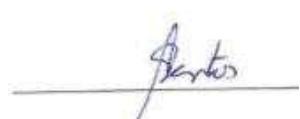
P. Geniane Manoel da Silva Filho  
Ourtorgante



## **SUBSTABELECIMENTO**

**ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS**, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE nº 28.697D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, **Substabelece com reserva de poderes**, a pessoa da advogada **AMANDA KARLA SOARES DA SILVA**, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PE nº 33664, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, os poderes que lhe foram outorgados por **GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO**, através do instrumento particular de mandato, para praticar todos os atos que se fizerem necessários.

Recife, 23 de setembro 2019.

  
Ana Cristina Santos

OAB/PE 28697



Assinado eletronicamente por: **AMANDA KARLA SOARES DA SILVA** - 25/09/2019 16:07:17  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092516071739300000050597471>  
Número do documento: 19092516071739300000050597471

Num. 51404563 - Pág. 1

## DECLARAÇÃO DE POBREZA

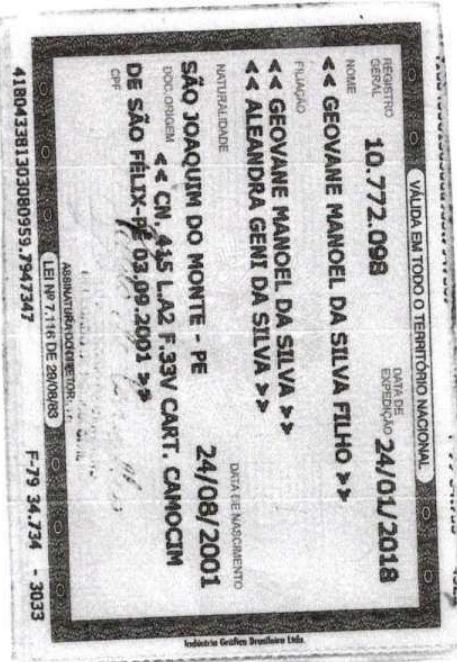
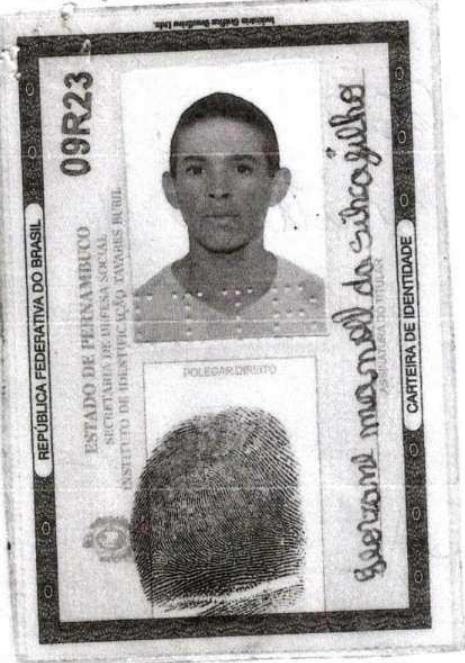
EU, Geovane Manoel da Silva Filho,  
brasileiro(a), estado civil sóteiro,  
profissão agricultor Inscrito no CPF/MF sob o  
nº 37.561.654-42, e portador da cédula de  
identidade nº 10772.098, residente e  
domiciliado(a) rua Central  
nº 69, bairro Centro,  
CEP 55.665-000 na cidade de  
Camocim de São Félix / PE.

Declaro sob as pénas 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, 23 de 03, de 2019.

NOME: Geovane Manoel da Silva Filho





Assinado eletronicamente por: AMANDA KARLA SOARES DA SILVA - 25/09/2019 16:07:17  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909251607178150000050597474>  
Número do documento: 1909251607178150000050597474

Num. 51404566 - Pág. 1



Principais Lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS		MI	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoceção											
Esmagamento											
Perfurante											
Confusão											
Frat. Fechada											
Frat. Aberta											
Laceração											
Luxação											
Quimioterapia											

**EXAME NEUROLÓGICO:**

- Agitação
- Sonolência
- Coma
- Confusão
- Convulsão
- Otorragia Direita**
- Sinal Battle Direito**
- Sinal Battle Esquerdo**
- Sinal de Guazin** Direito
- Sinal de Guazin** Esquerdo
- Rigidez de Noco**
- Afasia**

- Miose Direita**
- Miose Esquerda**
- Midriase Direita**
- Midriase Esquerdo**
- Paralisia**
- Parestesia**
- Anestesia**

- Parestesia**
- Arreflexia**
- Pupila reagente**
- Pupila não reagente**
- Outros:**

**SEGMENTO:**

Pescoço:  
 Desvio Traqueia  
 Normal  
 Turgência Jugular  
 Enfisema Subcutâneo  
 Outros:

Abdômen:  
 Distensão  Ascite  
 Doloroso / Defeso  
 Espasmogalma  
 Hepatomegalia  
 Irritação peritoneal  
 Normal  
 Outros:

**Urogenital:**

- Anúria**
- Giardíase Direito**
- Giardíase Esquerdo**
- Hematuria**
- Outros**

**GINECO-OBSTÉTRICO:**

- Abortamento  Hemorragia vaginal  Normal **semanas**  Outros:
- Trabalho de parto:  01 cont./10m  1-3 cont./10m  3-5 cont./10m  **Bolsa rota**  Sangramento
- Parto único  Gemelar  Líquido Meconial  APGAR: \_\_\_\_\_

- Nascimento**

**PROCEDIMENTOS:**

- Desobstrução Vias Aéreas
- Enxuamento Nasotraqueal
- Câmara Orofaríngea
- Cricoirépidoestomia
- Fenulação Mecânica Ambu.
- Respirador
- Inalação O2
- Toracocentose cf Agulha Direta

- Toracocentose cf agulha esquerda
- Drenagem Torácica Direita
- Drenagem Torácica Esquerda
- Massagem Cardíaca Externa
- Defibrilação/Cardioversão
- Controle Hemorragia
- Curativo
- Puncão Venosa periférica
- Puncão Venosa Central

- Sonda Gástrica**
- Sonda Vesical**
- Sedação
- Imobilização Membros**
- Colar Cervical
- Tala/Tração
- Entubação Otorrágual
- Tracheostomia**
- Monitorização Cardíaca / Oximetria
- Outros**

**Diagnósticos:**
**TERAPÉUTICA**

Reposição volumétrica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Ringer Lactato					
Sol. fisiológico 0,9%					
Sol. Glicosado 0,5%					
Outros					

**DESTINO:**

UNIDADE HOSPITALAR: VMPB - HR

MUNICÍPIO: São Joaquim de Ibiá - Recife

**INTERCORRÊNCIA:**
**PERTENÇES DO PACIENTE:**

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

**EQUIPE:**

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
<u>Dr. Diego</u>	<u>Dr. David</u>	<u>Janaíla</u>	<u>Givalde</u>

TERMO DE RECUSA:  
 Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE, nessa oportunidade:

RG ou CPP: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico  
 (unidade de destino)

HORA: \_\_\_\_\_





### BOLETIM DE OCORRÊNCIA/SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Data 03/11/18 Hora 06:33 Registro 386-363

Nome Carina menina de Silva filha

Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Idade 11 anos Sexo M

Endereço/Procedência timirim

Naturalidade \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Responsável Alcides da Silva Identidade  
Santos

Peso PA Temp Pulso FC FR HGT

Queixa Principal divida de mto + TCE cl pescoço

Dados Clínicos de consciência N. + 30m

Hipótese Diagnóstica TCE grande

Exames Solicitados

Tratamento Proposto A. NCG

Exames Física lheras contorcidas fronte à higiene  
frontal + 10 cm

Evolução / Prescrição

norfin - 010mg + AD, 3ml, EV, AGR

Diagn - 010mg + AD, EV, AGR

Diagnóstico Inicial

David Xavier  
Médico  
CRM-PE: 25053

Diagnóstico Definitivo

#### DESTINO DO PACIENTE

atendido p/ observação

Liberação p/ Residência com medicação aplicada

atendido p/ residência c/ medicação prescrita

Transferência p/ outra cidade

pedido

Óbito

referido para

UR - NCR

Avenida Estácio Coimbra N° 45 - CEP: 55670-000 Fone: 3753-1118

5543 635

São Joaquim do Monte - CNPJ: 10.122.661/0001-43



Boleto  
documento



BOLETIM DE OCORRÊNCIA/SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Data 03/11/18 Hora 00:33 Registro 386-368

Nome Edilson Henrique da Silva filho

Data de Nascimento  Idade 11 anos Sexo M

Endereço/Procedência Camboim

Naturalidade  Profissão

Responsável Wenderson da Silva Identidade Santos

Peso PA Temp  Pulso  FC  FR  HGT

Queixa Principal dores de mola + TCE + perda

Dados Clínicos de consciência N + 30m

Hipótese Diagnóstica TCE grande

Exames Solicitados

Tratamento Proposto A NC6

Exames Físico Lherz contínuo na fronte à altura  
frontal + 10 cm

Evolução / Prescrição

norfin - 01mg + AD, 3ml, EV + AGR  
Diagn - 01mg + AD, EV, AGR

David Xavier  
Médico  
CRM-PE: 25653

Diagnóstico Inicial

Diagnóstico Definitivo

DESTINO DO PACIENTE

emado p/ observação

Liberação p/ Residência com medicação aplicada

emado p/ residência c/ medicação prescrita

Transferência p/ outra cidade

pedido

Óbito

sfendo para

HR - NCR

Avenida Estácio Coimbra N° 45 - CEP: 55670-000 Fone: 3753-1118

São Joaquim do Monte - CNPJ: 10.122.661/0001-43

5543 635



Fim documento



BOLETIM DE OCORRÊNCIA/SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Data 03/11/18 Hora 00:33 Registro 386-365

Nome Edimilson Mariano de Souza Filho Idade 11 anos Sexo M

Data de Nascimento \_\_\_\_\_

Endereço/Procedência Timirim Profissão des

Naturalidade \_\_\_\_\_ Identidade \_\_\_\_\_

Responsável Aleandro dasilva Sante

Peso PA Temp  Pulso FC FR HGT

Queixa Principal disco de moto + TCE d peito

Dados Clínicos de constrição no t 30m

Hipótese Diagnóstica TCE grande

Exames Solicitados \_\_\_\_\_

Tratamento Proposto A NC G

Exames Físico Lher contorno fronte à rigidez

postural ± 10 cm

Evolução / Prescrição

nor vitam + AD, 3ml, EV + AG

Diagn vitam + AD, EV, AGR

Diagnóstico Inicial \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo \_\_\_\_\_

DESTINO DO PACIENTE

admitido p/ observação  liberação p/ residência com medicação aplicada

admitido p/ residência c/ medicação prescrita  transferência p/ outra cidade

pedido  óbito

transferido para \_\_\_\_\_

NR - NCR

Avenida Estácio Coimbra N° 45 - CEP: 55670-000 Fone: 3753-1118  
São Joaquim do Monte - CNPJ: 10.122.581/0001-43

5543 635

David Xavier  
Médico  
CRM-PE: 25053





SECRETARIA  
MUNICIPAL  
DE SAÚDE

UNIDADE MISTA  
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO N°: 79.095  
DATA: 10/11/2018  
HORÁRIO: 11 H 15 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGENCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem:

Profissional ACS:

Nome do paciente: Geovane manuel da silva. Filho

Genitora: Aleandria Gérida da Silva

Data nasc: 24/08/1900 Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) MASC. ( ) FEM. Cor: \_\_\_\_\_

Endereço: Rua Central

Bairro: Mutirão

Ponto de referência: Mercado da Zé

Profissão: \_\_\_\_\_

Nome do acompanhante: \_\_\_\_\_

( ) Filho ( ) Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA:

TIPO DE OCORRÊNCIA: ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO ( ) AGRESSÃO ( ) OUTROS  
( ) ACIDENTE DE TRABALHO ( ) SUICÍDIO

PACIENTE CHEGOU: ( ) ANDANDO ( ) AMBULÂNCIA ( ) AUTOMÓVEL ( ) OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. MIN. PESO: TEMP:

QUEIXA PRINCIPAL:

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CID:

EXAMES SOLICITADOS:

TRATAMENTO PROPOSTO:

curativo  
11/10  
Jáos

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

ESTADO DO PACIENTE:

( ) OBSERVAÇÃO CLÍNICA  
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA  
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA

( ) ÓBITO: \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ MIN.  
( ) TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE  
( ) INTERNAMENTO

TA HOSPITALAR

IA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO





SECRETARIA  
MUNICIPAL  
DE SAÚDE  
GOVERNO MUNICIPAL

UNIDADE MISTA  
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO N°: 79.095  
DATA: 10/11/2018  
HORÁRIO: 11 H. 15 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem:

Nome do paciente: Geovane manuel da silva Filho Profissional ACS:

Genitora: Aleandria Gehrda Silva

Data nasc. 24/08/2001 Idade: 17 Sexo: () MASC. () FEM. Cor:

Endereço: Rua Central n°:

Bairro: Mutirão Ponto de referência: mercado da zé

Profissão:

Nome do acompanhante: \_\_\_\_\_ ( ) Filho ( ) Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA:

TIPO DE OCORRÊNCIA: () ACIDENTE DE TRÂNSITO () AGRESSÃO () OUTROS  
() ACIDENTE DE TRABALHO () SUICÍDIO

PACIENTE CHEGOU: () ANDANDO () AMBULÂNCIA () AUTOMÓVEL () OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. MIN. PESO: TEMP.:

QUEIXA PRINCIPAL:

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CID:

EXAMES SOLICITADOS:

TRATAMENTO PROPOSTO:

*curativo  
11/11/2018  
J. de*

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

ESTADO DO PACIENTE:

() OBSERVAÇÃO CLÍNICA  
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA  
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA

() ÓBITO: \_\_\_\_ H \_\_\_\_ MIN.  
() TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE  
() INTERNAMENTO

DATA HOSPITALAR

DATA: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO



Assinado eletronicamente por: AMANDA KARLA SOARES DA SILVA - 25/09/2019 16:07:17

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092516071781500000050597474>

Número do documento: 19092516071781500000050597474

Num. 51404566 - Pág. 8

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 165477  
Nome: Cláudia Manoel de Sá  
Foi atendido às 02 h do dia 05/11/18  
Diagnóstico Provável TCE leve  
data da alta 05/11/18

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :  
CEFALÉIA ( dor de cabeça que não alivia )

VÔMITOS

PARALISIAS ( que aparecem após a alta )

ANISOCORIA ( MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA )

CONVULSÃO

OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia ( NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL )

Volta ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: Retornar para - 10 dia

*Ronaldo Carvalho de Assis  
Médico Cirurgião  
CRM-PE 24.203*

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento  
hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do  
Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação,  
Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0163





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

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100ºCIRC DINTER1/14ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0190000026

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/01/2019** às **15:00**

Complementa o BO Número: **19E0190000024**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **5/11/2018** no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SAO JOAQUIM DO MONTE, 1, RODOVIA PE 112** - Bairro: **CENTRO - SAO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA ( AUTOR \ AGENTE )  
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

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

**GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALEANDRA GENI DA SILVA** Pai: **GEOVANE MANOEL DA SILVA** Data de Nascimento: **24/8/2001** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 69, RUA CENTRAL, BAIRRO MULTIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DEVSON TORRES DE OLIVEIRA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA** Pai: **SEBASTIÃO TORRES DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **24/8/1998** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 6, RUA HELENA MARIA DA SILVA, BAIRRO MUTIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DEVSON TORRES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DEVSON TORRES DE OLIVEIRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKM0335** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **158413520** Chassi: **9C2KC16109R028524**  
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

**A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DE DEVSON TORRES DE OLIVEIRA, SE DESLOCANDO DE SAO JOAQUIM DO MONTE PARA ESTE MUNICÍPIO QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A RODOVIA E O PILOTO TENTOU DESVIAR, VINDO A CAIR COM A MOTOCICLETA; QUE EM VIRTUDE A COLISÃO FORA SOCORRIDO PELO SAMU DE SAO JOAQUIM E DEPOIS PARA O HR EM RECIFE COM LAUDO DE TCE LEVE, CONFORME ANEXO A ESTE BOE; FEZ CIENTE ESTA DEPOL PARA FINS DE REGISTROS; FATO DE COMPETÊNCIA DA DELEGACIA DE SAO JOAQUIM DO MONTE.**

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

*Giovane M. da Silva Filho*  
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO  
(VITIMA)  
*Devson Torres de Oliveira*  
DEVSON TORRES DE OLIVEIRA  
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: **JOSE EDSON DE SANTANA ROCHA FILHO** - Matrícula: **3873374**

14º USPC  
100º Circunscricção  
Camocim de São Félix

13/01/2019 16:00



Assinado eletronicamente por: AMANDA KARLA SOARES DA SILVA - 25/09/2019 16:07:17  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092516071781500000050597474>  
Número do documento: 19092516071781500000050597474

Num. 51404566 - Pág. 10



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

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100°CIRC DINTER1/14°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0190000024

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/01/2019 às 14:38

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia 5/11/2018 no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SAO JOAQUIM DO MONTE, 1, RODOVIA PE 112** - Bairro: **CENTRO - SAO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA ( AUTOR \ AGENTE )  
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

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

**GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **ALEANDRA GENI DA SILVA** Pai: **GEOVANE MANOEL DA SILVA** Data de Nascimento: 24/8/2001 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 69, RUA CENTRAL, BAIRRO MULTIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DEVSON TORRES DE OLIVEIRA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA** Pai: **SEBASTIÃO TORRES DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: 24/8/1998 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 6, RUA HELENA MARIA DA SILVA, BAIRRO MUTIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DEVSON TORRES DE OLIVEIRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKM0335** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **158413520** Chassi: **9C2KC16109R028524**  
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA DE PRÓPRIEDADE DE DEVSON TORRES DE OLIVEIRA, SE DESLOCANDO DE SÃO JOAQUIM DO MONTE PARA ESTE MUNICÍPIO QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A RODOVIA E O PILOTO TENTOU DESVIAR, VINDO A CAIR COM A MOTOCICLETA; QUE EM VIRTUDE A COLISÃO FORA SOCORRIDO PELO SAMU DE SÃO JOAQUIM E DEPOIS PARA O HR EM RECIFE COM LAUDO DE TCE LEVE, CONFORME ANEXO A ESTE BOE; FEZ CIENTE ESTA DEPOL PARA FINS DE REGISTROS; FATO DE COMPETÊNCIA DA DELEGACIA DE SÃO JOAQUIM DO MONTE.

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

*Giovane M. da S. Filho*  
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO  
(VITIMA)  
*Devson Torres de Oliveira*  
DEVSON TORRES DE OLIVEIRA  
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: **JOSE EDSON DE SANTANA ROCHA FILHO** Matrícula: **3873374**



1 of 2

13/01/2019 15:39





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE  
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195  
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2  
CNPJ: 09.769.035/0001-64  
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 201908104120860 Escritório: CAMOCIM DE SAO FELIX

### FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE  
ALEXANDRA GENI DA SILVA

R CENTRAL, N. 00069 - CENTRO CAMOCIM DE SAO FELIX PE 55665-000

INSCRIÇÃO: 035.810.066.0000.015

GRUPO: 4

MATRÍCULA: 10412086.0 08/2019-1

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
HIDRÔMETRO A12U119291	DATA LEIT. ANTERIOR 26/07/2019	DATA LEIT. ATUAL 26/08/2019			TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL /

ÁGUA  
LEIT. ANT.: 727  
LEIT. ATUAL: 738  
LEIT. FAT.: 738

CONSUMO: 11

ESGOTO  
LEIT. ANT.:  
LEIT. ATUAL:  
LEIT. FAT.:

VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO	
07/2019	10/ A E
06/2019	12/ A E
05/2019	11/ A E
04/2019	23/ A E
03/2019	10/ A E
02/2019	10/ A E
MÉDIA	12/ 0 E

PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	23	27	5
COR APARENTE	23	27	4
CLORO RESIDUAL	23	27	27
COLIFORMES TOTAIS	23	27	27
E. Coli	23	27	27

OBSEVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.  
(2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.  
(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

### DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE  
ATE 10 M3 - R\$ 44,08 (POR UNIDADE)  
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3  
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2019  
JUROS DE MORA 06/2019

### CONSUMO POR FAIXA

### VALOR R\$

10 M3	44,08
1 M3	5,05
	0,82
	0,17

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	49,13	1,65	0,81
COFINS	49,13	7,60	3,73

VENCIMENTO: 08/09/2019

TOTAL A PAGAR: 50,12

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 24/09/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195  
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 10412086.0 08/2019-1

VENCIMENTO: 08/09/2019

TOTAL A PAGAR: 50,12

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



## SINISTRO 3190357696 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

**COBERTURA** Invalidez

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

**BENEFICIÁRIO** GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

**CPF/CNPJ:** 13756165442

### Posição em 24-09-2019 09:13:00

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

