

EDILZA DA CONCEIÇÃO FERREIRA (não presente ao plantão) -

Sexo: **Feminino** Naturalidade: **BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO CACIMBA DE PEDRO BAIXO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

INEXISTENTE (não presente ao plantão) -

Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDILZA DA CONCEIÇÃO FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GENEILSON FERREIRA SOUZA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKB7881 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO. ELE INFORMA QUE IA PILOTANDO A MOTO, VOLTANDO DO SERVIÇO PARA CASA, POR UMA ESTRADA DE BARRO QUANDO DE REPENTE UM CACHORRO SE ATRAVESSOU NA FRENTE E ELE NÃO TEVE CONDIÇÕES DE DESVIAR. DIANTE DESTES FATOS, ELE ACABOU COLIDINDO COM O ANIMAL E CAIU NO CHÃO BATENDO A CABEÇA E DESMAIANDO. FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DO BREJO DA MADRE DE DEUS POR DOIS HOMENS QUE ESTAVAM PASSANDO NO MOMENTO DO ACIDENTE. A VÍTIMA APRESENTOU UM DOCUMENTO DE ENTRADA NO HOSPITAL QUE CONFIRMA QUE ELE SOFREU TRAUMAS NA CABEÇA.

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

Geneilson Ferreira Souza

B.O. registrado por: **Bruno Bittencourt Santos - Matrícula: 3879836**

Bruno Bittencourt Santos



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE N° 8091374591

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO 65005808501

VIA 1 192202847 RNTC *****

NOME/ENDEREÇO
 EDILZA DA CONCEIÇÃO FERREIRA SOU
 ZA-SÍTIO CACIMBA DE PEDRO DE EAI
 XO 05 CASA-ZONA RURAL
 BREJO DA MADRE DE DEU 55170-000

CPF/CNPJ 845.656.754-04 PLACA KKE7881

NOME ANTERIOR
 MOTORAC LTDA

PLACA ANT/UF ***** CHASSI 9C2JC4110AR012031

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN K3 ANO FAB 2009 ANO MOD 2010

CAP/POT/CIL 2P/124CL CATEGORIA PARTIC CORP DOMINANTE PRETA

20103431 OBSERVAÇÕES

AL. FED. ADM CONS NAC HONDA LTDA
 DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA
 GUARDE EM LOCAL SEGURO

LOCAL BREJO DA MADRE DATA 25/01/10

Mandel Marinho B. Filho
 Diretor Presidente DETRAN/PE

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

10 OUT 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
 05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

08 III 2019
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Sá, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 51050-502
CNPJ nº 03.932.001/0001-08 | Insc. Est. 0009343-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE FÁTIMA DOS SANTOS SOUZA SILVA

CPF: 088.177.234-42 NIS: 18477137551

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NS
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	EMISSÃO	CHASSÃO
015889733	UNICA	10/05/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
10/05/2018	2814443600	8180295

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SITIO CACIMBA DO PEDRO 594

SITIO CACIMBA DO PEDRO CACIMBA DO
BREJO DA MADRE DE DEUS PE
55170-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7021277228	05/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
17/05/2018	11/06/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	24,65

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,16084729	5,41
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	51,0000000	0,30988108	15,79
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,13
Contribuição Iluminação Pública			3,05
Multa por atraso NF 008357568 - 03/03/18			0,47
Juros por atraso NF 008357568 - 06/03/18			0,21
Atualização ICPM NF 008357568 - 03/03/18			0,13
Compensação DIC Mensal 03/18			-0,54

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
315395549	CAT	10-04-2018	2.303,00	10-05-2018	2.394,00	30	91,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	21,30	1,42
PIS	31,39	6,30
COFINS		1,13

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	0,20	35,00%
Transmissão	0,03	3,95%
Distribuição (CELPE)	0,80	31,80%
Perdas de Energia	2,04	9,56%
Energias Setoriais	2,03	9,47%
Tributos	1,26	6,30%
Total	21,13	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh	0,16084729
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,30988108

RESERVADO AO FISCO

CEZF 5F0F 688F 70E0 39FD ED12 D88B 7B12

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 2004, tarifa com reajuste máximo de 5,47% para Bacia Tarifa Social e 1,00% para Bacia Tarifa Social. No dia da leitura o cliente em vigor é a Amarela. Mais informações: www.celpe.com.br. O cliente é informado que a tarifa social é concedida em caráter excepcional e não garante a permanência do cliente na tarifa social. A tarifa social é concedida em caráter excepcional e não garante a permanência do cliente na tarifa social. A tarifa social é concedida em caráter excepcional e não garante a permanência do cliente na tarifa social.

ATENÇÃO: CELPE INFORMA QUE NÃO POSSUI CONTAS EM ABERTO

Vencido	Debitado	Valor	Vencido	Debitado	Valor
17/04/18	10/05/18	33,44			

Em caso de não pagamento do débito, a Companhia de Energia Elétrica de Pernambuco, S.A. (CELPE) poderá tomar as medidas necessárias para a recuperação do crédito, incluindo a suspensão do fornecimento de energia elétrica, sem prejuízo da cobrança judicial do valor devido. Esta conta não pode ser utilizada para a obtenção de crédito junto à CELPE.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONSUMO	VALOR	PREÇO	LIMITE	PREÇO	LIMITE

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE TENSÃO (V)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 OUT 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 OUT 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

DATA		02/06/2018	
HORAS		9:46	
PRONTUÁRIO		6872 63	
NOME		GENEISON FERREIRA SOUZA	
TELEFONE		NÃO	
DATA DE NASCIMENTO		03/11/1990	
SUS/RG		161 9703 4655 0009	
IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	
27 ANOS	M	SOLT	
RESPONSÁVEL		A MESMA	
ENDEREÇO		CIDADE	
LOT BEIRA RIO		BREJO MADRE DE DEUS	
MÉDICO(A)		ENFERMEIRO	
DRº ANDRE			

--

PALEIAR RICAHA ANOAS P ROL FOLAR - JOFAR TAVIA FEL PAOTCA 40A TDD - 12 FOLAR JOFAR JACIARLE ULOIOALPTEO
--

EXAME FÍSICO:
26/5/2018 12 40M TEE MODERADO

PA:	/ TEMPERATURA:	HGT:	PESO
CONDUTA:			
① CURATIVO ② NIVELAR 1FA 4m 10 ③ ORCADO 4m 7m 10 ④ MIPROVA 1FA 4m 10 ⑤ SNT 500cc 10 ⑥ OBI Fato 10:30h 2ª fase			
() Consulta Simples () Consulta c/ Observação () Transferência () Alta Após Medicação			

Dr. Andre Costa
MÉDICO
CRM-PE 6719





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS - GOIÁS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
CENTRO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

ENCAMINHAMENTO HODOLÓGICO

DATA: _____ HORA: _____ ADMISSÃO: (Emergência) _____

NOME DO PACIENTE: Estelissa Teles da Silva

Nº DO PRONTUÁRIO: _____ SEXO: M IDADE: 2+

DESTINO: HOSPITAL HR 5439 2+1 DATA: _____ HORA: _____

DESTINO: FINAL _____ DATA: _____ HORA: _____

RESUMO DIAGNÓSTICO

Paciente com a de ocorrência
odontológica tra-tou - D. 1001 - U. 1001
tratamento ortodôntico e tratamento
na região periorbitária A (E)
ad. Paciente: F. 1001, (P. 1001)
deco ortodôntico, F. 1001
F. 1001

JUSTIFICATIVA: Eleição 10

4m: 1001 1001

CM: 1001 1001 1001

1001 1001 1001

1001 1001 1001

DATA: 30/07/2019 1001

Dr. André Costa
MÉDICO
CRM-1001

MÉDICO ENCAMINHADOR
ASS. E CARIMBO

DIRETOR DA UNIDADE
ASS. E CARIMBO



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : _____

Nome : Jeneilson Fereira Sales

Foi atendido às 18:50 hs. do dia 02 / 06 / 18

Diagnóstico Provável : Paciente com história de acidente motorciclístico envolvendo uma queda, apresentando no momento lesões por contusão e equimose ipsilateral. As lesões sugerem fratura de antebraço esquerdo.

Tratamento Realizado : _____

1) Alto BPF
2) Suspensão momentânea ambulatória

Observação : Compareceu ao Hospital Amambé em 07/06/18 às 13:00 da tarde

Cópia de : _____

Dr. Mateus B. Cavalcante
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
Residente HUOCIFOP/UEPE
Médico - CRM 11930

ATENÇÃO : Este documento destina-se a 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.

Cód. 0157

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 OUT 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 OUT 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VITIMA: Wesley Sousa Farias Junior

NUMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: <u>02/06/2017</u>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: <u>02/06/2017</u>
NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: <u>Rafael Costa Cruz PB 16319</u>	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: <u>Fratura de fêmur te rodado</u>	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): <u>Recuperação do membro no Hospital de referência</u>	
EXISTE ALGUM DEFÉITO FÍSICO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER: ☐ SIM ☒ NÃO	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☐ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	<u>Extremidade superior da mão direita</u>
2º	
3º	
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE 02/06/2017 A 04/10/2018 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Assinado

04/10/2018

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA E CARIMBO





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

980372

Data e Hora de Atendimento:
02/06/2018 14:04

Local de Entrada: **EMERGENCIA GERAL**
Atendimento Manual:

Cod. Paciente: **1635511** Paciente: **GENEILSON FERREIRA SOUZA**
Data de nascimento: **03/11/1990** Idade: **27a 6m 29d** Sexo: **MASCULINO**
Estado Civil: **SOLTEIRO** Profissão: Acompanhante: **EDNA RIBEIRO**
DOC ID / Data expedição: **8524996 /** Mãe: **EDILZA DA CONCEICAO FERREIRA** Cartão SUS: **161970346550009**
Pai:

Endereço: **AVENIDA DANTAS BARRETO** Número **9**
Bairro: **CENTRO** Complemento:
Cidade: **BREJO DA MADRE DE DEUS** UF: **PE** Telefone: **95745713**

Ocorrências:

Motivo do atendimento: **ENCAMINHAMENTO NEURO CIRURGIAO**
Procedência: **OUTRO HOSPITAL**

Notificado **10/12/18**
Vigilância Epidemiológica Hospitalar

SERVIÇO EXECUTADO
CONTAS MÉD. 52

Informações do Serviço Social:

VEH-HR/NEPI

Confirmação de nome: Fones: Assistente Social
Confirmação de endereço:
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐
Outros ☐
Observação: Assistente Social

História Clínica:

Paciente vítima de acidente de motocicleta há ± 14 horas
NÃO LEMBRA DO TRAUMA (AMNÉSIA LACUNAR) E NÃO SABE INFORMAR
QUEM PERDEU A CONSCIÊNCIA. REFERE UM EPISÓDIO EMÉTICO
COM PRESENÇA DE SANGUE. REFERE ESCANOS COM PRESENÇA
DE SANGUE ESCURO (SIC).

02 06 18

Ana Carla

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Quê?

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp:

EGREG, CONSCIENTE ORIENTADO, EVANGILICO, VINDO COM DO.

B: Respiratório MV ⊕ EM AMT 9/12 98% O2

C: Circulatório PA: X mm Pulso: 83 bpm BAIXADO

RCA DE BNF 9/12 SPO2



Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas: Isocóricas ☒ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura Ocular Score: 4	Glasgow: Resposta Verbal Score: 5	Glasgow: Resposta Motora Score: 6
Hora: 14:20	Hora: 14:20	Hora: 14:30

Exposição/Abdômen: ABDOME PLANO, FLACIDO, DEPRESSIVEL E INDOLOR A PALPAÇÃO

Diagnóstico Inicial: TCE LEVE

Cod. Procedimento

Conduta: ① SOLICITO TAC DE CRANIO
② SOLICITO AVALIAÇÃO DA NCR

Dra. Assa Medeiros
R. 25157

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Finalização do Caso:

Condição de Alta:

☒ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Transferido de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta

☐ Curado ☒ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Transferido na Clínica:

Transferido para:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: 02/06/18 Hora: 18:40

Termo de responsabilidade para internamento:

Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Nome completo legível: _____

Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Nome completo legível: _____

Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 02-Jun-18





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Bmf# 02106138 18:40

Paciente a dist. de recente metabo-
clítico. No momento condiente,
orientado, eufórico, normotenso,
E6Rug. Ao exame Bmf apresenta ele-
vação em uréia de 1/3 mg/dl, equino-
se + hipotensão de 100/60 mmHg. E no exame
imagem suplen prod. de C30 (E)

AD: ① Exame físico

② Alto Bmf p/ comp. ambulatório
Lançamento Furo
CRO: 12068.

COD. 0123



Dr. José Cavalcante Sobrinho

Médico OFTALMOLOGISTA
CREMEPE - 7281

Consultório: Rua João Pessoa, 142 - Belo Jardim - PE - Fone: 3726-1063
Residência: Av. Beira Mar, 5511 - Olinda - Fone: 3431-1760

Atesto para o senhor
João que ao examinar o Sr.
Gemeilson Fensue Souza, Refere
o mesmo, vítima de
desconto de acidente de
tráfego, com trauma na face da
cabeça esquerda.

Do exame oftálmico,
com a pupila conservada, o paciente

Voltando a consulta queira trazer esta receita.



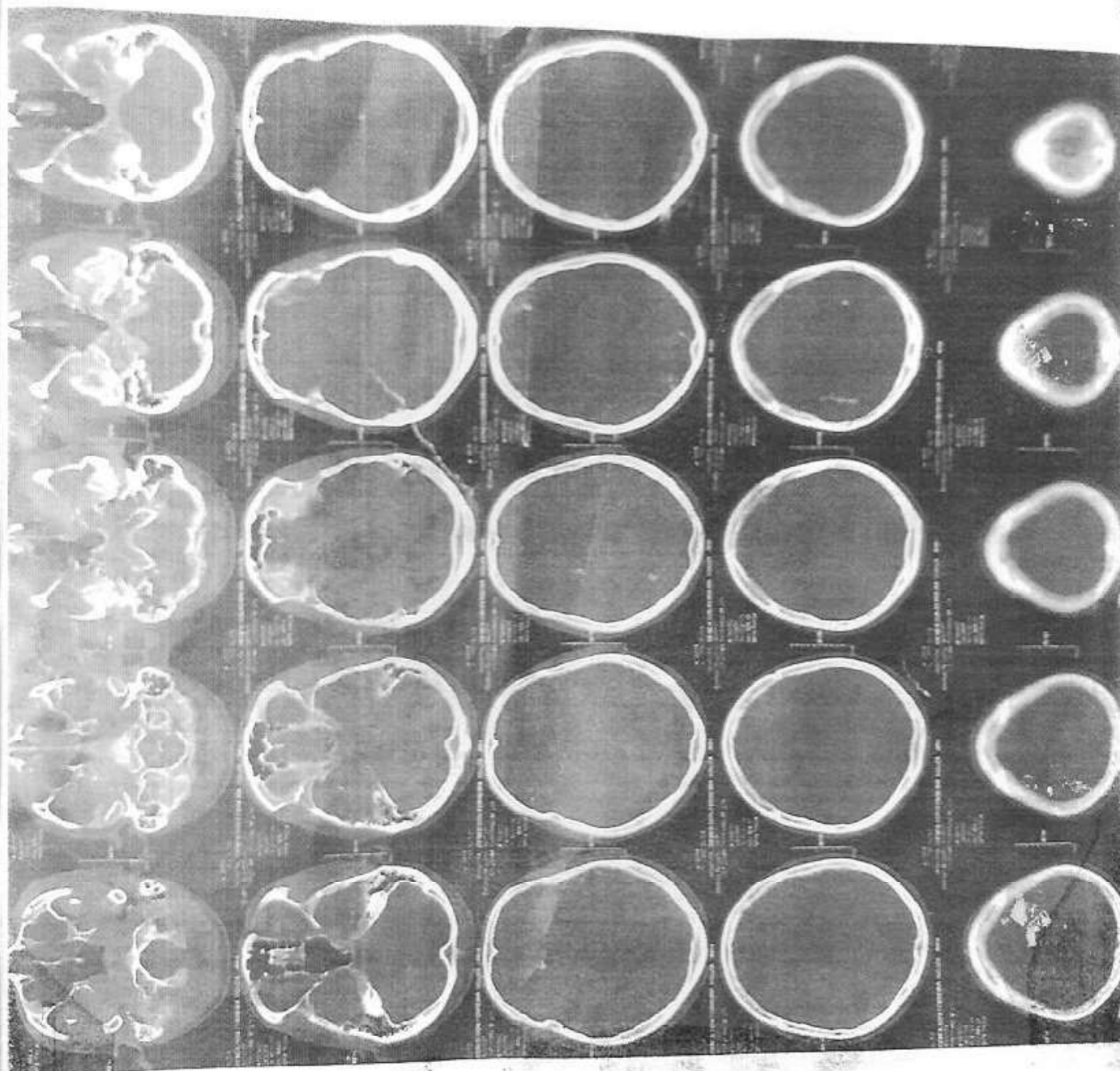
propriet - acordado verbal
de 20/20 em 01 e 14/20 em 02
de 14/20 em 03 em 04

O exame de fezes de
Santos a Rio (procedimento)
é realizado em 10.

DRº José Cavalcanti Sobrinho
C.P.F. 192.395.214-53
CRM 7281

Projo, 08/05/2019.



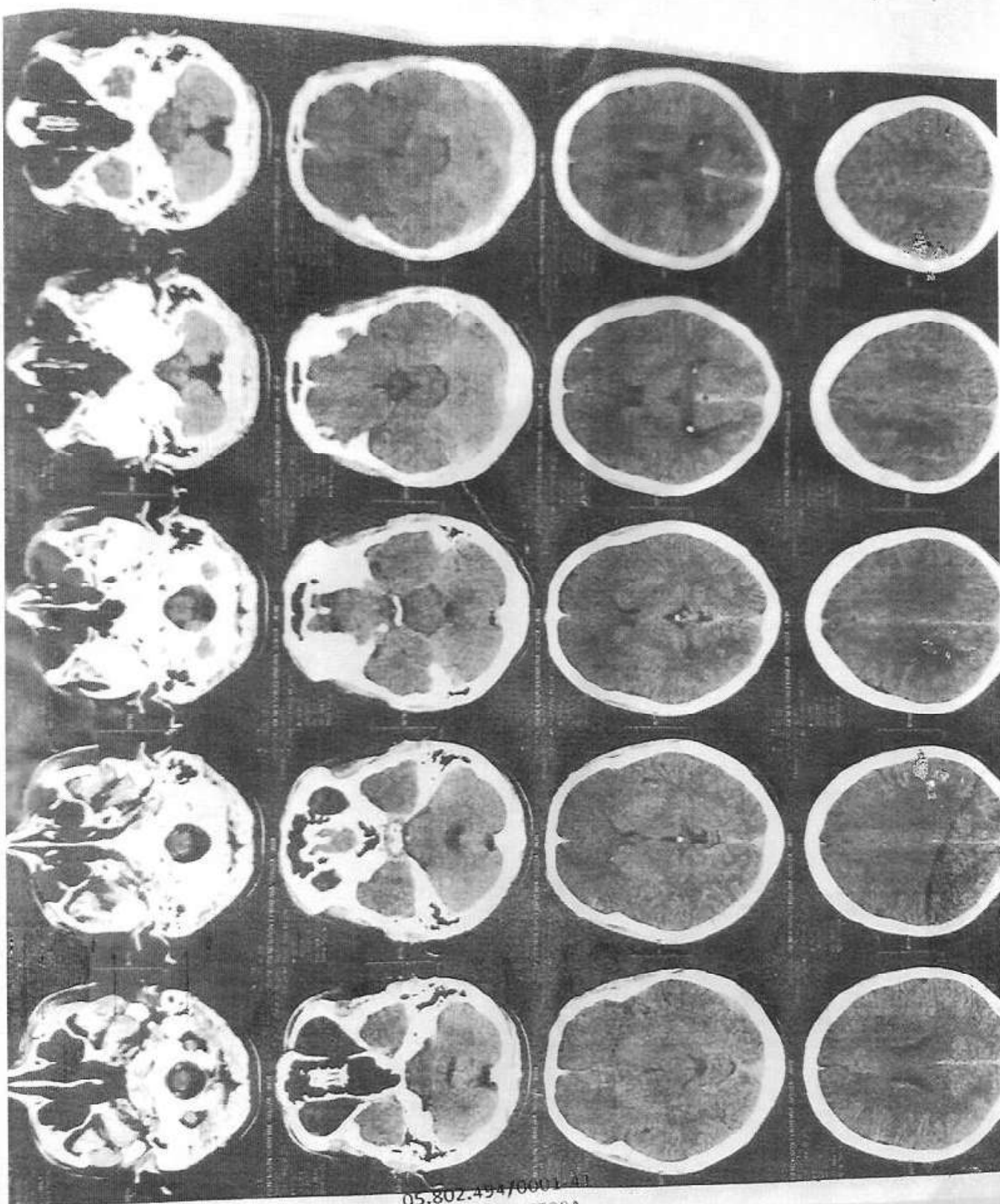


05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 OUT 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 OUT 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E VALORES REAIS

01R-23

Geneilson Ferreira Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.524.996 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/04/2008

NOME << GENEILSON FERREIRA SOUZA >>

FILIAÇÃO << ADEMAR ROQUE DE SOUZA >>
<< EDILZA DA CONCEIÇÃO FERREIRA >>

NATURALIDADE BREJO DA MADRE DE DEUS - PE DATA DE NASCIMENTO 03/11/1990

DOC ORIGEM << CN.14293 L.13A F.169V CART. 1º BREJO DA MADRE DE DEUS-PE 27.03.2008 >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-29 14.572 - 3031

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
700.296.634-07

Nome
GENEILSON FERREIRA SOUZA

Nascimento
03/11/1990

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
B531.CC79.270E.3AF6

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 12:59:05 do dia 15/10/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

05.802.494/0001-41
05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 JUL 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 JUL 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Genilson Ferreira Souza, Brasileiro, solteiro,
agricultor, RG n° 8.524.996-505-PE e CPF n° 30.296.634-07,
domiciliado no Sítio Cocumba do Pedra, n° 594,
Brasão da Macho de Teus-PE, Cep: 55 170-000

OUTORGADO: Kelly Jullianny Santos Ferreira, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE 30.588 e CPF n° 064.722.034-23, com escritório à Rua Marquês de Tamandaré, n° 123 - A, Centro, Caruaru/PE.

PODERES: Os das cláusulas "AD JUDICIA E EXTRA", podendo propor ações em favor do outorgante, acordar, discordar, transigir, e poderes especiais, para desistir, firmar compromisso, arrolar testemunhas, renunciar aos créditos que excederem ao teto permitido, levantar e receber alvarás em secretaria, bem como utilizar todos os meios legais para o cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecerem com ou sem reservas de poderes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Declaro, para fins de prova perante este juízo, que sou pobre e não tenho condições financeiras para arcar com despesas processuais, declaração esta que faço sob as penas da lei e sob minha responsabilidade, necessitando pois, do amparo da Justiça gratuita de conformidade com a Lei de n° 1.060 de 05 de abril de 1950.

Caruaru, 30 de julho de 2019.

Genilson Ferreira Souza

