



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOÃO RICARDO DA SILVA, brasileiro, solteiro, pedreiro, inscrito no RG 7.407.991, expedido por SDS/PE, CPF de nº. 068.333.534-09, residente e domiciliado na Agrovila Matari, nº 67, Centro, Itaquitinga/PE, CEP 55.950-000.

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MACALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Sala 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, e com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com.

P O D E R E S

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicia", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Recife, 27 de Dezembro de 2019

João Ricardo da Silva
Outorgante

Av. Fagundes Varela, 988, Sl. 10, Jardim Atlântico, Olinda, PE. jm_adv08@hotmail.com
(81) 999535-9693/37220608



TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU, **JOÃO RICARDO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, pedreiro, inscrito no RG 7.407.991, expedido por SDS/PE, CPF de nº. 068.333.534-09, residente e domiciliado na Agrovila Matari, nº 67, Centro, Itaquitinga/PE, CEP 55.950-000. Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

Recife, 27 de Dezembro de 2019.

João Ricardo da Silva
Assinatura





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



www.celpe.com.br

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

JOAO FELIX DA SILVA
CPF: 487.239.834-34

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AG MATARI 67
CENTRO/ITAQUITINGA
55950-000 ITAQUITINGA 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

31/01/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

16,71

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

24/01/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

24/01/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

003053876

CONTA CONTRATO

001055842015

Nº DO CLIENTE

2000502277

Nº DA INSTALAÇÃO

0001498516

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

EEFF.3D28.D4C5.6948.3CD8.EC25.AE0A.1AB3

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0.50094900	15,02
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,15
Multa por atraso-NF 003068916 - 24/11/17			0,11
Multa por atraso-NF 003065627 - 26/10/17			0,11
Juros por atraso-NF 003068916 - 24/11/17			0,07
Juros por atraso-NF 003065627 - 26/10/17			0,12
Atualização IGPM-NF 003068916 - 24/11/17			0,06
Atualização IGPM-NF 003065627 - 26/10/17			0,09
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			0,98
TOTAL DA FATURA			16,71

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	15,17	0,72	0,10
					15,17
				3,39	0,51

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):		
Vencido	Dt Reav	Valor
04/01/18	24/01/18	17,38
Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.		

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0.48036000		kWh
		JAN 18	30
		DEZ 17	30
		NOV 17	30
		OUT 17	30
		SET 17	30
		AGO 17	30
		JUL 17	30
		JUN 17	30
		MAI 17	30
		ABR 17	30
		MAR 17	30
		FEV 17	30
		JAN 17	30

Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.			
---	--	--	--

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
J95921	CAT	26/12/2017	14.324,00	24/01/2018	14.341,00	29	1,00000	0,00	17,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 22/02/2018

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
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, 2.1, de RICMS-PE.
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.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MAXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001055842015	01/2018	16,71	31/01/2018	

838300000004 167100110018 055842015105 109489509835



Evite dobrar, perfurar ou rasgar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.



Declaração

Declaro para os devidos fins que, o Sr. **JOÃO RICARDO DA SILVA**, residente na Rua Daniel Ferreira de Lima, 863 no Município de Condado/PE, deu entrada no Serviço de Urgência do Hospital João Pereira de Andrade, no dia 28/10/2017, às 19:30 horas, com o Registro de Prontuário nº 24.149 conforme consta informações em ficha de atendimento hospitalar. Em anexo segue cópia da referida ficha.

Condado, 06 de Novembro de 2017.



Dr. Genivaldo Soares de Silva Junior
Gerente de Gestão ESPECIALIZADA

Genivaldo Soares de Silva Junior
Gerente de Gestão ESPECIALIZADA





PREFEITURA MUNICIPAL DO CONDAO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MUNICIPAL JOÃO PEREIRA DE ANDRADE

Registro nº 24.249

Data 28/10/17

Hora: 19:30

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR EM CLÍNICA MÉDICA

Cartão do SUS: _____ CPF: _____
Nome: João Ricardo da Silva RG: _____
Sexo: M Idade: 31 Cor: _____ Data de Nascimento: 11.11.1986
Etnia: Itaquitinga Fone: _____
Endereço: R. Danilo Figueira de Lima, 1863
Ponto de Referência: _____

Nome da Mãe: Suzana Soares Felix da Silva
Nome do Pai: _____ Fone: _____
Endereço: _____ Fone: _____
Responsável: Maria Jose (Esposa) Acidente de Moto
Endereço: _____ Fone: _____

Averciamento



Clínico



Cirúrgico

História da Doença Atual:

Queda de moto representando
fratura em mão esquerda.

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____

Mano Contato de M. S.

Diagnóstico Provisório:

Fratura?
Enclausurado p/ de de mão E.

Rubilândia
Recepcionista

Médico - Cremepe



Limpieza e orden
 ABR 4/16
 para información
 sobre el 7 de

Yellow 75 Mili
Chm over 1 AM HADEU

Dr. André Cristiano C. Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 7905 / CRM-PB 977

Dr. André Cristiano C. Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 7905/CRM-PB 9714

ATA

a
 a
 presença
 informação
 Oito
 transferência

Hospital:

Senha:

Impressão : 29/10/2017 08:50:03 JOSENETE





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Número do Registro: 2017/ET017804 Data e Hora de Atendimento: 29/10/2017 08:43 Prontoário Local: Prontoário Integrado: Local de Entrada: Emergencia Traumatologica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 58014 JOAO RICARDO DA SILVA Registro SUS: 162356229890007
Nascimento: 11/11/1986 Idade: 30 Sexo: Masculino Cor: Parda
Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: PEDREIRO Naturalidade: GOIANA Nacionalidade: BR
Documento de Identidade: 7407991 Filiação: JOAOA FELIX DA SILVA SEVERINA SOARES DA SILVA
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA AGROVILA N 67 Complemento:
Bairro: ITAQUITINGA Cidade: ITAQUITINGA UF: PE Telefone: 8958122
Acompanhante: ESPOSA
Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO - Act. Moto (Queda, Colisão) Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒
paciente relata que teve um acidente de moto no dia 28/10/2017 dando entrada hoje nessa unidade
Procedência: DOMICÍLIO Meio de Transporte: Carro

AValiação DA ENFERMAGEM / Acolhimento

NOTIFICADO
EPIDEMIOLOGIA/HBC

Queixa principal:

- () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse
() Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão
() Fadiga () Distúrbios visuais () Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo
(x) Dor. Local Dado da mão direita / ombro direito
() Queixa urinária
() Sangramento. Loc:
() Outras queixas: Vano e enfiado

Encaminhamentos

- () Clínica Geral
() Pediatria
() Cirurgião
(x) Ortopedista
() Serviço Social
() Maternidade
(x) Enfermagem
() Outros:

Classificação:

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

- () Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias
() Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema (x) Alcolismo () A.V.C
() Outros:
() Uso de medicamentos:

Sinais Vitais

P.A. 140 x 90 mmHg Tm °C Pm bpm F.R.m rpm

Exames Diagnósticos auxiliares

- () Glicemia Capilar mg/dl

Renata Lygia M. Viana de Andrade
Enfermeira
Ass. Enfermagem
COREN 38867

AValiação MÉDICA

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

Exame Físico: Peso: kg

Hipótese diagnóstica / conduta

Código de Atendimento:

0301060061
0301100012

CID 10:





Secretaria de Saude do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
Hospital Belarmino Correia - Goiana

RECEITÁRIO MÉDICO

Paciente:

LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos
fins que o paciente,
JOÃO PAULO DA SILVA
está com fratura de
osso esguicho da
(C 191-562-3), que
necessita de
sessenta dias para
reabilitação funcional.

Goiana,

Médico - CRM

13/10/17
Hospital Belarmino Correia - Praça Correia Picarro, S/N - Goiana/PE
E-mail: hospbelarminocorreia@ig.com.br Fone: (081)3626-8641



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) João Miguel J. Lima portador(a) da
Identidade RG 05.111.117 que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de
hoje, às 05 horas, portador(a) da patologia CID-10 S62.3 devendo
permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30 dias, a
partir desta data.

Goiana, 05.11.17

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo do Médico(a)

CREMIOPE 12293

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____
autorizo _____ o(a)
Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado
CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

Hospital Belarmino Correia - Praça Correia Picanço, S/N - Goiana/PE.
E-mail: hospbelarm@hcorreia@ig.com.br Fone: (081)3526-8541





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 053ª CIRCUNSCRIÇÃO - CONDADO - DP53ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0143000746**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/11/2017** às **10:51**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **28/10/2017** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CONDADO, 1, AVENIDA SETE DE SETEMBRO ;
PROXIMO A CRECHE - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOELSON ANTONIO DA SILVA (OUTRO)
JOSEALDO ALTINO DA SILVA (TESTEMUNHA)
LEVI BARBOSA DE MELO (TESTEMUNHA)
JOÃO RICARDO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO RICARDO DA SILVA**

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

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

JOÃO RICARDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA SOARES FELIX DA SILVA Pai: JOÃO FELIX DA SILVA Data de Nascimento: 11/11/1986 Naturalidade: ITAQUITINGA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOELSON ANTONIO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSEALDO ALTINO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DELZA DA SILVA Pai: JOSE ALTINO DA SILVA Data de Nascimento: 1/11/1970 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CONDADO, 158, RUA DA UNIÃO ; CENTRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL**

LEVI BARBOSA DE MELO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA BARBOSA DE MELO Pai: JOSE ANTONIO DE MELO Data de Nascimento: 9/1/1980 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

15/08/2019 10



Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 91, RUA DO VEIGA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA HONDA / CG 150 TITAN FAN ESDI (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOELSON ANTONIO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO RICARDO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGT6248** (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: **588389161** Chassi: **9C2KC1680ER450089**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA JOÃO RICARDO DA SILVA QUE NO DIA 28 / 10 / 2017 POR VOLTA DAS 19:00H ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA SUPRACITADA PELA AVENIDA SETE DE SETEMBRO, PROXIMO A CRECHE, CENTRO DE CONDADO, QUANDO A VÍTIMA JOÃO RICARDO PASSAVA POR UMA LOMBADA PERDEU O CONTROLE VINDO A CAIR DA MOTOCICLETA. A VÍTIMA FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL DE CONDADO CONFORME REGISTRO Nº 24.149 E DEPOIS ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL BELARMINO CORREIA CONFORME REGISTRO Nº 2017/ET017804. A VÍTIMA ESOCIRAÇÕES E SOFREU FRATURA NA MÃO ESQUERDA. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENCERRO O BOLETIM.

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

JOÃO RICARDO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **DALTON INACIO SANSONIO** - Matrícula: **272817-6**

15/08/2019 10:39



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO RICARDO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180084769**

Vítima: **JOAO RICARDO DA SILVA**

Data do Acidente: **28/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180084769**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **28/10/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pág. 00563/00564 - carta_04 - INVALIDEZ



00070282

Carta nº 12471642

