

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 JOSE EDIVAN NUNES CPF: 043.093.504-88	DATA DE VENCIMENTO 16/03/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 09/03/2020	CONTA CONTRATO 004011673290
	TOTAL A PAGAR (R\$) 111,77	DATA DA APRESENTAÇÃO 09/03/2020	Nº DO CLIENTE 2002651208
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI BURACO D AGUA 25 SITIO BURACO D AGUA/JUCATI RURAL 55398-000 JUCATI PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	RESERVADO AO FISCO 2A2A.55E1.426A.1652.748C.2EFD.4D9E.9332	Nº DA INSTALAÇÃO 0004129210
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			

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	135,00	0,43137198	58,23					
Consumo Ativo(kWh)-TE	135,00	0,36280179	48,97					
Multa por atraso-NF 091990055 - 10/01/20			1,58					
Multa por atraso-NF 095801638 - 07/02/20			1,63					
Juros por atraso-NF 091990055 - 10/01/20			0,66					
Juros por atraso-NF 095801638 - 07/02/20			0,32					
Atualização IGPM-NF 091990055 - 10/01/20			0,28					
Atualização IGPM-NF 095801638 - 07/02/20			0,10					
TOTAL DA FATURA			111,77					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
107,20	25,00	26,80	107,20	1,04	1,11	107,20	4,79	5,13

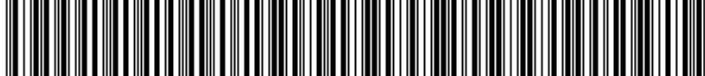
Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,29838000	kWh
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,25095000	
MAR 20	135
FEV 20	104
JAN 20	99
DEZ 19	121
NOV 19	101
OUT 19	83
SET 19	77
AGO 19	66
JUL 19	81
JUN 19	81
MAI 19	99
ABR 19	99
MAR 19	137

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
000000000082686215	CAT	07/02/2020	10.364,00	09/03/2020	10.499,00	31	1.00000
0,00 135,00							
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 08/04/2020							
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES							
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL	jan/2020	
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	11,74	23,48	46,96		
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,67	15,34	30,69		
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	6,49	0,00	0,00		
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico						Limite DICRI: 16,60	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 40,28							
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! armazém brigida: rua rui barbosa 137 centro / comercial santana: rua rui barbosa 151 centroLista completa em www.celpe.com.br ."													
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													
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.													
NÍVEIS DE TENSÃO													
TENSÃO NOMINAL(V)		LIMITE DE VARIAÇÃO(V)											
		MÍNIMO											
220		MÁXIMO											
202													
231													
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA													

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004011673290	03/2020	111,77	16/03/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838100000019 117700110047 011673290102 145240967530



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



SINISTRO 3200096484 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES

CPF/CNPJ: 04539105485

Posição em 24-03-2020 15:58:25

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
13/03/2020	R\$ 945,00	R\$ 0,00	R\$ 945,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Maria Elânia da Silva Costa Nunes
brasileiro(a), estado civil Casada, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 015 393 054 85 e portador da cédula de identidade
nº 6403 385 residente e domiciliado(a) na
Sítio Buraco D'água
nº 25 bairro de Jucati Rural
CEP 553 98 - 000 na Jucati cidade PE de
Jucati

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.

Recife, 24 de 03 de 2020

Maria Elânia da Silva Costa Nunes
Outorgante



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Maria Elânia da Silveira Costa Nunes
RG 6403389, CPF 045 333 054 85,
Residente na St Buraco Dágua, Bairro Jucati Rural
Cidade Jucati, Estado de PE.

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização a que tenho direito.

Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Recife, 24 de 03 de 2020

X maria elânia da silva costa nunes

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Maria Elânia da Silva Costa Nemes,
brasileiro(a), estado civil casada,
profissão professora Inscrito no CPF/MF sob o
nº 6403389, e portador da cédula de
identidade nº 6403389, residente e
domiciliado(a) St. Búzaco Dágua,
nº 25, bairro Jucati Rural,
CEP 55298.000 na cidade de
Jucati / P.E.

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, 24 de 03 de 2020.

NOME: X Maria Elânia da Silva Costa Nemes



CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS
IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES CONTRATANTES

CONTRATANTE: Maria Elânia da Silva Costa Nunes
brasileiro, estado civil casada, regulamente inscrito no CPF/MF sob o
nº 045 353 051 85 e portador da cédula de identidade
nº 6463 285, residente
domiciliado(a) St. Búzaro nº 25, bairro de
Precati Rural CEP 55358.000, nº 25, na
Precati cidade Precati

CONTRATADO: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha sala 104, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações judiciais
As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente *Contrato de Honorários Advocatícios*, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.

DO OBJETO DO CONTRATO

Cláusula 1º. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios na AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT proposta por: _____, como também com defesas e requerimentos em geral a serem realizados nesse processo.

DAS ATIVIDADES

Cláusula 2º. As atividades inclusas na prestação de serviço objeto deste instrumento, são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

- a) Praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os especificados no Instrumento Procuratório.

DOS ATOS PROCESSUAIS

Cláusula 3º. Havendo necessidade de contratação de outros profissionais, no decurso do processo, o CONTRATADO elaborará subestabelecimento, indicando escritório de seu conhecimento, restando facultado ao CONTRATANTE aceitá-lo ou não. Aceitando, ficará sob a responsabilidade, única e exclusivamente do CONTRATANTE no que concerne aos honorários e atividades a serem exercidas.

Cláusula 4º. Todas as despesas efetuadas pelo CONTRATADO, ligadas direta ou indiretamente com o processo, incluindo-se photocópias, emolumentos, viagens, custas, entre outros, ficarão a cargo do CONTRATANTE.

Cláusula 5º. Todas as despesas serão acompanhadas de recibo, devidamente preparado e assinado pelo CONTRATADO.

DA COBRANÇA

Cláusula 6º. As partes acordam que facultará ao CONTRATADO, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

DOS HONORÁRIOS

Cláusula 7º. Fica acordado entre as partes que os honorários a título de prestação de serviço recarregará sobre o percentual de 30% sobre o valor recebido pelo contratante.

Parágrafo único: Os pagamentos acima descritos serão garantidos através da emissão de cheques ao portador nos valores e datas acima descritos.

Cláusula 8º. Caso haja morte ou incapacidade civil do CONTRATADO, seus sucessores ou representante legal receberão os honorários na proporção do trabalho realizado.

Cláusula 9º. As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários, serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês e multa de 10% sobre o valor a ser pago.

DA RESCISÃO

Cláusula 10º. Agindo o CONTRATANTE de forma dolosa ou culposa em face do CONTRATADO, restará facultado a este, rescindir o contrato, subestabelecendo sem reserva de igual e se exonerando de todas obrigações.

DO FORO

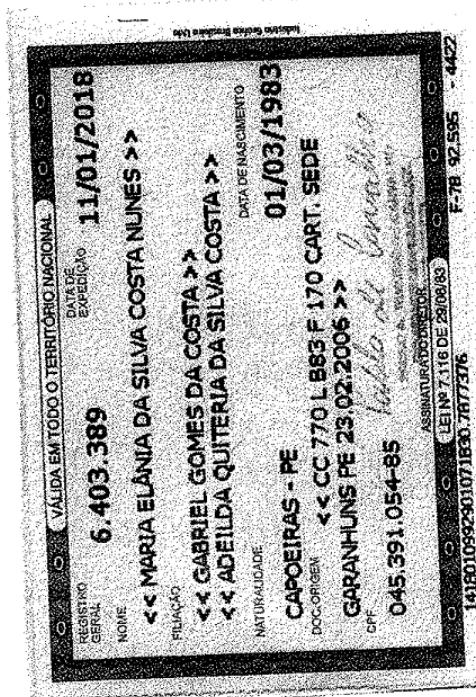
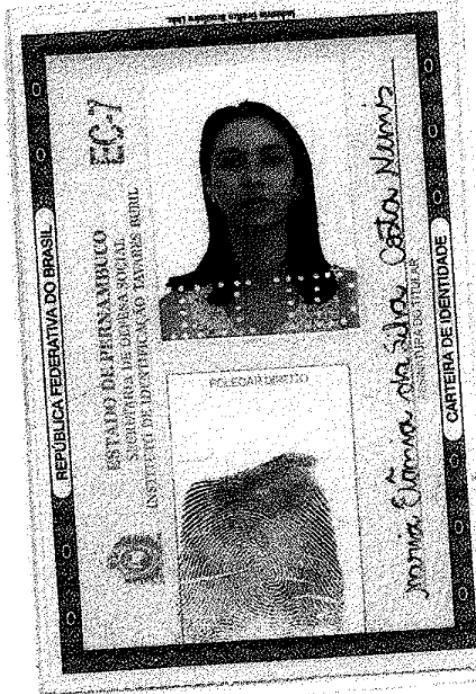
Cláusula 11º. Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do CONTRATO, as partes elegem o foro da comarca de Recife; Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor.

Recife-PE 24 de 03 de 2020

Maria Elânia da Silva Costa Nunes
Contratante

Contratado





FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 902127	Data e Hora do Atendimento 01/09/2019 às 14:44:58	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGÊNCIA CIRURGICA
------------------------------	--	--	--

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025414966 - MARIA ELANIA DA SILVA COSTA	CNS: 701208005563311	Nascimento: 01/03/1983	Idade: 36 anos	Sexo: Feminino	Cor:
Estado Civil: Casado(a)	Profissão: PROFESSORA		Naturalidade: CAPOEIRAS-PB	Nacionalidade: Brasileiro	
Documento: RG - 6403389	Filiação: Pai: Mãe: ADEILDA QUITERIA DA SILVA COSTA				

Endereço (Av., Rua, etc): SITIO BURRACO DÁGUA, Nº.	Complemento:
--	--------------

Bairro: ZONA RURAL	Cidade: Jucati	UF: PE	Telefone:
--------------------	----------------	--------	-----------

Acompanhante:	Acidente de trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
---------------	--

Ocorrência:	Meio de Transporte:
-------------	---------------------

Procedência: Jucati	
---------------------	--

Atendimento Médico:	
---------------------	--

Dia: / /	Hora:	Médico:	CRM:	/
----------	-------	---------	------	---

Queixa Principal:	
-------------------	--

HDA: Paciente vítima de queda de moto há aproximadamente 3 hora. Apresenta contusão em região frontal esquerda e orelha dor rem MIE. Apresentou episódio de desmaio após a queda.

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Colisão: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>
Atropelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local do Impacto:	
Vida de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: m
Queimadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por:	Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequada: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Por que:

Exame físico:

1: Geral	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Temp.: °C
----------	--	---	-----------

BE 6, consciente e orientada

3: Respiratório	Taquipneica
-----------------	-------------

2: Circulatório	PA: x mm Hg	P脉搏:	bpm
-----------------	-------------	------	-----

4: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas <input type="checkbox"/>
----------------------	---	--

Glasgow: Abertura Ocular Score: 4 Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: 5 Hora:	Glasgow: Resposta Motoria Escore: 6 Hora:
--	---	--



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

RX de [REDACTED] perna esquerda, AP e perfil
RX de ombro AP

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimento:
Realizada assepsia e antisepsia

1. Dieta D (zero)

2. Dipirona 2ml EV 6/6h

3. Soro Ringer Lactato 2000ml EV lento

4. Observação por 12h

5. Avaliação do ortopedista

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Cód. Procedimento

Dr. Gabriel Cardoso
MEDICO
CREMEPE - 19.667

Ass. Médico + Carimbo

Ass. Enfermeira + Carimb

Diagnóstico Definitivo:

Doença de Finsen.

Diagnóstico do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a pedido Evadiu-se

Transferido para:

D.O. São Bernardo.

Internado na Clínica:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

Condição da Alta:

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

Óbito

Termo de Responsabilidade para Internamento

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

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio caso não haja absoluta conhecimento sobre todas as consequências que este ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:





Pernambuco
ESTADO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

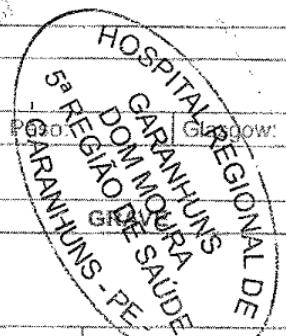
CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Nome:	PDM m Sm G Sra			
	Idade: 36			
Situação/Queixa:	Dor no lado esquerdo			

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
Doenças Preexistentes:			
Medicações em uso:	N		
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			

PARÂMETROS

PA	P:	R:	T:	SpO ₂ :	HGT:	Peso:	Glasgow:
----	----	----	----	--------------------	------	-------	----------



RÉGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	INTENSA
------	----------	---------

ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calmos
Agitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Cianose
Palidez	Sudoreste		

DOR TORÁXICA

INTENSA	MODERADA	LEVE
---------	----------	------

Duração da dor:

Localização:

IRRADIÇÃO DA DOR

Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdômen
---------	---------	----------	-----------	-----------------	---------

DOR PRESENTE

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA
------------	--------------	----------------

Fluxograma:

Data: 07/09/18

Ego Tenório
Interno

Assinatura/Carimbo



CONSULTA

CIDADÃO

MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES
701208005563311
36 anos, 6 meses e 15 dias no dia deste atendimento.

ATENDIMENTO

Consulta agendada
16 de setembro de 2019 às 14:29

SUBJETIVO

ACIDENTE DE MOTO HÁS 15DIAS USANDO TALA BOTA NO MIE. USANDO CEFALEXINA E NIMESULIDA

OBJETIVO

VERIFICAR QUEIXA E RAIOS X

Medições

Não foram realizadas medições neste atendimento.

Exames avaliados

Não foram avaliados exames neste atendimento.

AVALIAÇÃO

RX - FRATURA DA Perna SEM DESVIO

Problema e / ou condição detectada

CID10 S822 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

PLANO

COLOCAR GESSO E RAIOS X

Procedimentos administrativos

Não foram realizados procedimentos neste atendimento.

PICs / Racionalidade em saúde

Não foram realizadas PICs e / ou Racionalidade em saúde neste atendimento.

Atestados

Não foram emitidos atestados neste atendimento

Exames solicitados

Não foram solicitados exames neste atendimento.

Medicamentos prescritos

Não foram prescritos medicamentos neste atendimento.

Orientações

Não foram emitidas orientações neste atendimento

Conduta

Retorno para cuidado continuado / programado



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE PERNAMBUCO
MUNICÍPIO DE JUCATI
UNIDADE DE SAÚDE PSF DO NEVES

encaminhamentos

Não foram solicitados encaminhamentos neste atendimento.

U.E. JOSÉ HENRIQUE J. SAMPAIO
ORTOPEDISTA
ORM-PE 08 3361
JOSE HENRIQUE JUCA SAMPAIO
MÉDICO DA ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
CRM - PE 13358





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Paciente

Garanhuns, 01/09/19

Portador da Carteira Profissional N° _____ Série _____

necessita de _____ dias de afastamento do trabalho a partir desta data por motivo de _____

Dr. Alfredo OURESCO
Cirurgião-Dor
CRMPE 21980

C.R.P. 582

Hospital ou Ambulatório

ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ARTIGO DO ROL, APROVADO PELO DECRETO N° 58.591
DE 31/03/1957 E SERÁ EXPIRADO PARA JUSTIFICATIVA DE 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 151ª CIRCUNSCRIÇÃO - JUCATI -
DP151ªCIRC DINTER1/18ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0241000257

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/12/2019** às **09:52**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **1/9/2019** às **14:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE JUCATI, 01, SITIO BURACO D'AGUA; S/N; CASA COM ALPENDRE** - Bairro: **CENTRO - JUCATI/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **IGREJA STA LUZIA; ESCOLA JOSE CORDEIRO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES

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

**MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES (presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mão: ADEILDA QUITERIA DA SILVA COSTA Pai: GABRIEL GOMES DA COSTA
Data de Nascimento: 1/3/1983 Naturalidade: CAPOEIRAS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
6403389/SDS/PE (RG). 04539105485 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 3º. GRAU
COMPLETO Profissão: PROFESSOR(A) Telefones Celulares:
- 87981020896**

**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE JUCATI, 01, SITIO BURACO D'AGUA; S/N - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - JUCATI/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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



JUC/SDS

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX** Objeto apreendido: **Não Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFJ5749** (PERNAMBUCO/CANHOTINHO) Renavam: **258860838** Chassi: **9G2KC1510AR049637**

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA TITAN CG150 ANO 2010 DE COR VERMELHA**

Complemento / Observação

VEIO A ESTA DELEGACIA A SENHORA MARIA ELANIA DA SILVA COSTA, ONDE RELATOU QUE SOFRERA UM ACIDENTE EM SUA MOTOCICLETA HONDA TITAN CG 150 (PLACA PFJ5749), A QUAL ESTÁ EM NOME DE ROSA MARIA DOS SANTOS, NO DIA 1º DE SETEMBRO DE 2018, NO SÍTIO BURACO D'ÁGUA; A VÍTIMA INFORMOU QUE ESTAVA TRANSITANDO NORMALMENTE EM SUA MOTOCICLETA, E EM DADO MOMENTO PERDERA O CONTROLE E ACABOU COLIDINDO COM UMA RESIDÊNCIA, SENDO SOCORRIDA POR SEU ESPOSO, QUE CHEGOU AO LOCAL APÓS TER SIDO CHAMADO POR PESSOAS QUE ESTAVAM LÁ ESTAVAM NO MOMENTO DO ACIDENTE. A VÍTIMA INFORMOU QUE FOI LEVADA AO HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA, EM GARANHUNS, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS TRATAMENTOS, POIS FRATURARA A Perna Esquerda, SENDO LIBERADA APÓS DECORRIDO O PERÍODO DE OBSERVAÇÃO. A MOTOCICLETA DA VÍTIMA APRESENTOU AS SEGUINTE AVARIAS: AMASSOU TOTALMENTE A CARENAGEM, GUIDÃO E BENGALAS, FICANDO IMPOSSIBILITADA DE TRANSITAR. NADA MAIS DECLAROU.

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

maria elania da silva Costa Nunes
MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ANA MARIA ROMÃO DE LIMA** - Matrícula: **387147-8**

