

## FICHA DE ATENDIMENTO

FICHA DE ATENDIMENTO: 153879 IDADE: 20 ano(s) 3mês(es) 26 dia(s).

NOME: EDUARDO SILVA FRANCA

DATA DE NASCIMENTO: 30/06/1999

MÃE: MARCIA BARROS DA SILVA

CIDADE: CUPIRA

ENDERECO: RUA RUI BARBOSA

Nº 10 BAIRRO: NOVO HORIZONTE

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO (A)

DOCUMENTO: SUS 161 1903 5665 0003

PROFISSÃO:

ENFERMEIRO: *Grazi Andrade*

TÉCNICO:

MÉDICO:

### ÚLTIMOS ATENDIMENTOS

DATA:	ATENDIMENTO Nº	MOTIVO	Pac. vítima de acidente, refere leve lesão de cano do lado esquerdo, e QUEDA em seguida, SIC, o mesmo permaneceu CONSULTA por uma dia da MIE. Este apresentou <del>extremo exsangue no calcanhar</del> no dia 23/10/2017.
26/09/2019	153879	CONSULTA	
29/07/2019	147122	QUEDA	
23/10/2017	81830	CONSULTA	

### INFORMAÇÕES

HORÁRIO	PA	TEMPERATURA	PULSO	PESO	HGT	ASSINATURA

Queixas / Diagnóstico:

Tratamento:

*(Atrofia periorbita W/ cano)*

Exames Complementares:

Impressão diagnóstica:

*D 52 - 100 ml furosemide + depurante (EV)*

Outras Informações:

Motivo da Saída:  Residência  Internado  Encaminhado: *E.*

Curativo  Nebulização  Med. Básico  Med. Espec.  Retirada de Ponto

Urgência Básica  Urgência Especializada  Observação Básica  Observação Especializada

Assinatura do Técnico:

Assinatura do Médico:

26/09/2019 13:44:40

*sharon Silva*







## HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

**Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido** ( ) Paciente ( ) Familiar

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

Name: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_

**Data:** *t* \_\_\_\_\_ *t* \_\_\_\_\_

---

**Assinatura**

### Autorização de Procedimento

( ) Paciente ( ) Familiar

Name: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_

### **Procedimento:**

---

**Assinatura**

**Diag. Definitivo:**

## **Destino do Paciente**

Alta  Cirurgia  Óbito  Evadiu-se  Termo de Alta a Pedido  
 Transferência: HOSP.  Internamento \_\_\_\_\_

**Condicão de Alta**

( ) Curado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

26/09/2019 16:22:03  
2 de 2



Data e hora retirada da senha: 26/09/2019 15:46

	Nome Paciente: EDUARDO SILVA FRANCA
	Cód. Paciente:
	Data de Nascimento: 30/06/1999
	Sexo: Masculino
	Idade: 20
	Senha: U0032
	Convênio:
	Atendimento:
	SAME:

Periodo: 26/09/2019 16:12 - 26/09/2019 16:14

CLEDSÓN FERNANDES DE HORLANDO - COREN: N/SE - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	POUCO URGENTE
Cor:	VERDE
Queixa Principal:	PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO APRESENTANDO DOR E EDEMA EM MIE . RAIOL X EVIDENCIANDO FRATURA DE TIBIA FECHADA EM MIE.NEGA ALERGIAS.
Fluxograma sintoma:	QUEDAS
Discriminador(es):	- DEFORMAÇÃO? - EDEMA?
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: CLEDSÓN FERNANDES DE HORLANDO - COREN: N/SE - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 26/09/2019 16:14

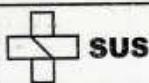
Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: sharon Stéphane Lins Barros - 27/04/2020 16:41:10  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042716411008800000060060034>  
Número do documento: 20042716411008800000060060034

Num. 61131189 - Pág. 4



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 PERREIRA**

2 - CNES

**2427419**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

*Marcia Barros da Silva*

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

**710104101791313177615119**

8 - DATA DE NASCIMENTO

**30/06/1999**

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - RACA/COR

**3**

11 - NOME DA MÃE

*Marcia Barros da Silva*

12 - TELEFONE DE CONTATO

**DDD**

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

**DDD**

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

*Rua Ruy Barbosa - Novo Horizonte nº 10*

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

*Pipiranga*

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

( ) CNS

( ) CPF

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)

*DR. MARCIA BARROS DA SILVA*

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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

( ) CNS      ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL JE  
PEQUENIN  
BEZERROS -  
3728-1099  
3728-1586

**HOSPITAL**  
**JESUS PEQUENINO**

NOME: Ellenice Alves Farias

REG.: 124761

DATA DE NASCIMENTO: 30/06/1995

DATA DA CIRURGIA: 30/09/2015

DIAGNÓSTICO: Enfermidade pulmonar  
laringe laringite com 33.32.3

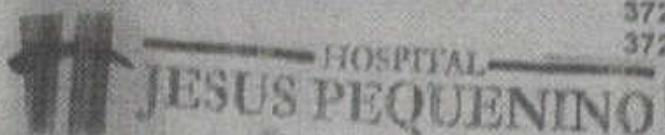
TRATAMENTO: Cirurgia e IDRT

DATA DE SAÍDA: 14/10/2015 - 20/10/2015 - 6 dias

MOTIVO DO RETORNO: Fora Pisa

Levou medicação para tratamento  
de volta para Pisa





HOSPITAL JESUS  
PEQUENINO  
BEZERROS - PE  
3728-1099  
3728-1586

NOME: Elaine Lins Lima

REG.: 124761

DATA DE NASCIMENTO: 30/06/1995

DATA DA CIRURGIA: 30/09/2019

DIAGNÓSTICO: Era falso de aparelho (fric)  
6319 esquerda em 3222

TRATAMENTO: Cirurgia e HBT

DATA DO RETORNO: 14/10/2019

MOTIVO DO RETORNO: Ver Pista

Linha molde para testar  
no lado e voltar

*Atendido com  
atenção e carinho*





NOME: Eduardo Lira Faria

### LAUDO MÉDICO

O paciente mencionado foi vítima de trauma, tendo apresentado o  
maior dano ósseo no pescoço e peito.  
Foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

27/04/2010. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Foi operado pelo Dr. Wagner

Integrante da UBT.

Local é Catolânia  
CRM 51.500

Nome Dr. Sávio

Local peito com lesão

Data 01/05/2010

Horário 10:00

Assinatura  
DR. SÁVIO





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 094<sup>a</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - CUPIRA - DP94<sup>a</sup>CIRC  
 DINTER1/14<sup>a</sup>DESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0184000960**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/10/2019** às **10:10**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuiposo (Consumado)** que aconteceu no dia **26/9/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CUPIRA, 1, POR TRÁS DO FORUM DE CUPIRA** - Bairro:  
**CENTRO - CUPIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **CALCADA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDA** (AUTOR | AGENTE )  
**EDUARDO SILVA FRANÇA** ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO**: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDA**

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

**EDUARDO SILVA FRANÇA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARCIA BARROS DA SILVA** Pai: **ANTONIO GILMAR DE FRANÇA** Data de Nascimento: **30/6/1999** Naturalidade: **CUPIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10090421/SDS/PE (RG)**, **12627821474 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 97404247**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CUPIRA, , RUA RUI BARBOSA, N. 10, NOVO HORIZONTE - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - CUPIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: , Pai: . Data de Nascimento: **1/1/1900** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO**

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EDUARDO SILVA FRANÇA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDA**  
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FORD/FIESTA** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **BEGE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA ANDANDO PELA CALÇADA QUANDO UM CARRO FIESTA ESTAVA SAINDO DA GARAGEM. ADUZ A VITIMA QUE QUANDO VIU O CARRO TENTOU SAIR, MAS CAIU NO CHÃO, TENDO O CARRO PASSADO POR CIMA DA SUA Perna ESQUERDA. A CONDUTORA DO VEICULO PAROU PARA PRESTAR SOCORRO, MAS A VITIMA FOI CONDUZIDA POR UM AMIGO ATÉ O HOSPITAL DE CUPIRA, SENDO**



**DEPOIS TRANSFERIDO PARA O REGIONAL DE CARUARU E, POSTERIORMENTE, PASSOU POR UMA CIRURGIA NO HOSPITAL DE BEZERROS. SEM MAIS A INFORMAR!!**

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial  
Eduardo Silva França

**EDUARDO SILVA FRANÇA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RODRIGO CESAR MERTENS FITTIPALDI** - Matrícula: **3873617**



## SINISTRO 3200127265 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** EDUARDO SILVA FRANCA

**COBERTURA** Invalidez

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

**BENEFICIÁRIO** EDUARDO SILVA FRANCA

**CPF/CNPJ:** 12627821474

### Posição em 03-04-2020 10:39:38

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
31/03/2020	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50



03/04/2020

2a Via de Fatura

## 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

<b>DADOS DO CLIENTE</b>  SIMONE BARROS DA SILVA DE MELO CPF: 062.964.284-21	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>18/03/2020</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 11/03/2020	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>007008631403</b>
	<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>0,00</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 11/03/2020	<b>Nº DO CLIENTE</b> 2011699137
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>  AV JOAQUIM INACIO 171  NOVO HORIZONTE/CUPIRA 55460-000 CUPIRA PE	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> Monofásico		
	<b>RESERVADO AO FISCO</b> <b>006.E.9D99.5925.9736.9565.69AB.3BE6.F2B7</b>		

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	143,00	0,43137198	61,68					
Consumo Ativo(kWh)-TE	143,00	0,36280179	51,88					
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,79					
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>121,35</b>					
<b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>								
<b>ICMS</b>	<b>PIS</b>	<b>COFINS</b>						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
113,56	25,00	28,39	113,56	1,04	1,18	113,56	4,79	5,43

<b>Tarifas Aplicadas</b>	<b>HISTÓRICO DO CONSUMO</b>
Consumo Ativo(kWh)- TUSD 0,29838000	kWh
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,25095000	
	MAR 20 143
	FEV 20 131
	JAN 20 127
	DEZ 19 160
	NOV 19 138
	OUT 19 158
	SET 19 132
	AGO 19 133
	JUL 19 134
	JUN 19 153
	MAI 19 176
	ABR 19 157
	MAR 19 184

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		CONSTANTE	AJUSTE	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
00000003011193310	CAT	10/02/2020	12.989,00	11/03/2020	13.132,00	30	1.00000 0,00	143,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/04/2020								

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	6,03	12,06	24,12
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,54	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico				Límite DICRI:	12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 42,66					
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! ag correios curaca: praca melo bastos centro / kelma butique ii: rua jose verissimo de souza 3 centro.lista 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‰.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		202											
		MÁXIMO											
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA													

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007008631403	03/2020	0,00	18/03/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





**AVISO IMPORTANTE!**  
**Utilizar a opção "TÍTULO" quando for pagar em  
 terminais de Auto-Atendimento.**

## Comprovante do Cliente

## Autenticação Mecânica

**DESTAQUE AQUI**

Vencimento 00/00/0000	Agência/Cod.Cedente	Espécie R\$	Quantidade	Valor do Documento 0,00	(-)Desconto/Abatimento
(-) Outras deduções	(+) Mora/multa p/ dia de atraso	(+) Outros acréscimos		Ficha do Caixa	Autenticação Mecânica
Nosso Número	Nº do Documento		(=) Valor Cobrado 0,00		

**DESTAQUE AQUI**

Local de Pagamento					Vencimento 00/00/0000
<b>PAGÁVEL NA REDE BANCÁRIA</b>					Agência/Cod.Cedente
<b>Cedente</b>					
<b>Companhia Energética de Pernambuco - Celpe</b>					
Data Documento 00/00/0000	Nº do Documento	Espécie	Aceite	Data do Processamento 00/00/0000	Nosso Número
Uso Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 0,00
<b>Instruções</b>					(-) Desconto/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa p/dia de atraso
					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor Cobrado 0,00

**Sacado****SIMONE BARROS DA SILVA DE MELO**  
**062.964.284-21****007008631403****Sacador/Avalista**

Ficha do Caixa	Autenticação Mecânica



PROCURAÇÃO

**DUTORGANTE:** Eduardo Silva Freitas  
brasileiro(a), sexo masculino, regularmente inscrito no CPF/MF sob o  
nº 126.782-317-74 e portador da cédula de identidade  
nº 11.000 421 residente e domiciliado(a) na  
Av. Brasília, bairro Santo Antônio,  
nº 171, na cidade Nova Horizonte,  
CEP 55460-000, UF SP

**DUTORGADA:** 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: [anasantosadv@gmail.com](mailto:anasantosadv@gmail.com), onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

**PODERES:** Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes poderes incluídos nas cláusulas "Ad Judilis" e "At Judilia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º e 4º da Lei nº 4.216, de 27/04/63), em qualquer Juiz, Instância ou Tribunal, em todas as fases do processo, podendo propor ação em Justitia 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 gabinete 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 substituir o Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com ou sem reserva 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 1.050 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Recite 03 de 04 de 2020

Plants of the Franca  
Portion



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Eduardo Silva França,  
brasileiro(a), estado civil sótero,  
profissão agricultor inscrito no CPF/MF sob o  
nº 426 978 234 74, e portador da cédula de  
identidade nº 40 020 421 residente e  
domiciliado(a) Av Joaquim Dárcio  
nº 171 bairro Novo Horizonte,  
CEP 52460-000, na cidade de  
Ribeirão, 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, 03 de 04 de 2020

NOME: Eduardo Silva França





Assinado eletronicamente por: sharon Stéphane Lins Barros - 27/04/2020 16:41:10  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042716411045600000060060040>  
Número do documento: 20042716411045600000060060040

Num. 61131195 - Pág. 3

JUNTADA DE SUBSTABELECIMENTO



Assinado eletronicamente por: sharon Stéphane Lins Barros - 15/05/2020 17:05:19  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051517051984000000060875907>  
Número do documento: 20051517051984000000060875907

Num. 61984223 - Pág. 1

## SUBSTABELECIMENTO

**ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS**, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PE nº 28697D, com endereço profissional a Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 102, Bairro da Ilha do Retiro, Recife -PE CEP:50750-630

**Substabelece com reserva de poderes**, na pessoa da advogada **SHARON STEPHANE LINS BARROS**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE 29.010 D, com endereço profissional a Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 102, Bairro da Ilha do Retiro, Recife -PE CEP:50750-630, os poderes que lhe foram outorgados por **EDUARDO SILVA FRANÇA**, através de instrumento particular de mandato, para praticar todos os atos que se fizerem necessários.

Recife, 12 de maio de 2020



\_\_\_\_\_  
Ana Cristina Santos

OAB/PE 28697

