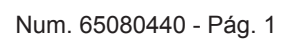


VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1421310909



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Nestor da Silva Lima,
brasileiro(a), estado civil solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 763.111.554-60 e portador da cédula de identidade
nº 4789740 residente e domiciliado(a) na
R. Luis Virgínia dos Santos,
nº 46 bairro de Centro
CEP 55665-000 na cidade de
Camarão de São Felix 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, onde recebe intimações e/ou
notificações judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses judiciários, 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.

CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL: Pelo exercício do
mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de
honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e
qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da
parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto,
desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se,
ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais
disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios
celebrado em instrumento próprio.

Recife, 15 de 07 de 2020

José Nestor da Silva Lima
Outorgante





SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE

UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO Nº: 117.064
DATA 23/09/19
HORÁRIO: 11 H 30 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem: _____ Profissional ACS: Elane
Nome do paciente: José Nester da Silva Júnior
Genitora: Antônia Sebastiana da Conceição
Data nasc: 06/04/76 Idade: 43 a Sexo: ☒ MASC. () FEM. Cor: _____
Endereço: R. Luiz Vazquez nº: 46
Bairro: Campo Ponto de referência: _____
Profissão: Agricultor
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. 150 MIN. 100 PESO: _____ TEMP.: _____

QUEIXA PRINCIPAL:

Arterial de alto; trauma no abdômen

EXAME FÍSICO:

sem dor
sem episódios de vômito na ocasião

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

no momento

CID: _____

EXAMES SOLICITADOS:

TCE/ UAS

TRATAMENTO PROPOSTO:

100mg de aspirina 2x ao dia

12:00
Dafaela Vasconcelos
Enfermeira
R.N. 350.877

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

DESTINO DO PACIENTE:

() OBSERVAÇÃO CLÍNICA () ÓBITO: _____ H _____ MIN
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA () TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA () INTERNAMENTO

ALTA HOSPITALAR

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

J. Cicero Roberto S. Leite
Médico ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

CREMEPE 11742

COD.: 147





RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. Roberto S. Leite
for valor da Silva com 3
430

Quanto de valor sobre as 24 h.
uma unidade de conservação com 1 período
de 24 horas para o valor de 24 h.
valor de 24 horas para o valor de 24 h.
valor de 24 horas para o valor de 24 h.

Dr. Roberto S. Leite
Médico

CREMEPE 11742

5712631

NOME:	
MEDICAMENTOS	QUANT.
1.	
2.	
3.	
4.	

DATA: / /

MÉDICO

Prefeitura Municipal C. S. Félix - CNPJ: 10.766.129/0001-69 -
Praça São Félix, nº 20 - Centro - Camocim S. Félix - Fone: (81) 3743.1156

COD: 01 - Gráfica Lima: (81) 3729-4305



SENHA DA REGULAÇÃO:

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

NCR
+
C6
80060029

PC 80060029

Nº PRONTUÁRIO: 1694428	Data e Hora de Atendimento: 23/09/2019 15:10	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Nº. ATEND.: 1486137	Paciente: JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO	Nm. Social:
Data de nascimento: 06/04/1976	Idade: 43a 5m 17d	Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante: RISONETE SANTINA
DOC ID / Data expedição 4799740 /	Mãe: SANTINA SEBASTIANA DA CONCEICAO	Cartão SUS: 700801458336082
	Pai: NESTOR JOSE FELIX	
Endereço: RUA LUIS VIRGINO	UF: PE	Telefone: 86634205
Bairro: CENTRO	Complemento:	
Cidade: CAMOCIM DE SÃO FÉLIX	UF: PE	Telefone: 86634205
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: QUEDA DE MOTO / ENCM. POR TCE (TRAUMA CRANIO ENCEFALICO)		
Procedência: OUTRO HOSPITAL		
Informações do Serviço Social:		
Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐		
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐		
Outros ☐		
Observação:		Assistente Social
História Clínica:		
paciente vítima de acidente motociclístico (sic), na +/- 12h, em local de circulação e trânsito veicular. Apresenta-se inicialmente, com queixa de dor de cabeça, náusea e vômito. Exame físico: sem alterações. Trauma: 1) TCE de cabeça + 2o de trauma, + 3o de trauma.		
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 Qué?		
Exame Físico:		
A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp:
B: Respiratório		
C: Circulatório	PA: 100/60 mmHg	Pulso: 70 bpm

NEPI-HR
AT 23/09/19SERVIÇO EXECUTADO
CONTAS DE FATURAMENTOmcs isquemia e fúria 68
(2) C6 + abdômen + x100

AURICELLO BATISTA

Dr. Auricello Batista
Neurocirurgia
CRM 2123

23-09-19

To Cadeia



SENHA DA REGULAÇÃO:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura Ocular Escore: _____	Glasgow: Resposta Verbal Escore: _____	Glasgow: Resposta Motora Escore: _____
E: Exposição/Abdômen: 23/09/19 17:15h # CG NEGA DOR TORÁCICA OU ABDOMINAL. AO EXAME: Diagnóstico Inicial: EDMAGGIO, AVULSA VERMILHADA NA MAMA, FC: 70, PULSO PERIFÉRICOS CUEIROS E SIMÉTRICOS, CONJUG. ADO. IMEN PLANO, GLÂND. E Conduta: INJUNTA, CUS: 15, WLA ADIATIV. RX TMMX NORMA. *U: - ALTA CG - NCK / TMMMA TO		
Evolução de Enfermagem: Rômulo Vasconcelos Médico - CRM/PE 14808 Cirurgião Geral CBO 2252-25 - RQE 3826		Ass. Médico
Ass. Enfermagem		

Definição do Caso:

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

Internado na Clínica:

Transferido para:

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: **Nandinho Gomes** CRM: **25585** Data: **23/09**

Termo de responsabilidade para Internamento:

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

Data: _____

No. da identidade: _____

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.

Data: _____

No. da identidade: _____

Nome completo legível: _____

Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: **23-set-19**



SENHA DA REGULAÇÃO:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐		Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐	
Glasgow: Abertura Ocular		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motora	
Score:	Hora:	Score:	Hora:	Score:	Hora:
E: Exposição/Abdômen:					
23/09/19 17:15h # CG					
NEGA DOR TORÁCICA OU ABDOMINAL.					
Ao exame:					
Diagnóstico Inicial: EVOLUÇÃO AVULSA DE FIMBRIA NA MAM, FC: 70, PULSO VENIFEMORIS CUEIJO E SIMÉTRICOS, CORAÇÃO, AAO BOM EM PLANO, LÍNGUA E				Cod. Procedimento	
Condução: INADUO, GUS: 15, LLA MOTIVU. RX TCM X NORMAL.				Ass. Médico	
*U: - ALTA CG					
- NCA / TMM MATO					
Evolução de Enfermagem: Rômulo Vasconcelos Médico - CRM/PE 14808 Cirurgião Geral CBO 2252-25 - RQE 3826				Ass. Enfermagem	

Definição do Caso:		Condição de Alta:	
☐ Internamento	☐ Cirurgia	☐ Curado	☐ Melhorado
☐ Óbito	☐ Termo de Alta a Pedido	☐ Inalterado	☐ Piorado
☒ Evadiu-se	☒ Alta	☐ Óbito	

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: Nandinho Gomes CRM: 25585 Data: 23/09 Hora: 17:15h

Termo de responsabilidade para Internamento:

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

Data: _____ Nome completo legível: _____
No. da identidade: _____ 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.

Data: _____ Nome completo legível: _____
No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 23-set-19





RECEITUÁRIO MÉDICO

HP - Neurocirurgia

José Carlos da Silva Lima,
23a

Queda de moto ontem ao alho,
sem perda de consciência porém 1 episódio
de vômito ontem e ontem hoje +
cefaleia após o trauma; que persiste

PR: 150 x 100 mm Hg.

HO: TCE

Dr. Cicero Roberto S. Leite
Médico
CREMEPE 11742

SENHA: 5777631

23/09/19

NOME:
MEDICAMENTOS

QUANT.

1.	
2.	
3.	
4.	

DATA: / /

MÉDICO

Prefeitura Municipal C. S. Félix - CNPJ: 10.766.129/0001-69
Praça São Félix, nº 20 - Centro - Camocim S. Félix - Fone: (81) 3743.1156

COD: 01 - Gráfica Lemos: (81) 3728-0305



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 23/09/2019 14:57

Nome Paciente: JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 06/04/1976
Sexo: Masculino
Idade: 43
Senha: U0018
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 23/09/2019 14:59 - 23/09/2019 15:00

ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HA MAIS DE 12 HORAS SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA ,
RELATA VÔMITOS, HEMATOMA FRONTAL A DIREITA, QUEIXA DE CEFALÉIA

Observação: SENHA 5777631

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - DOR INTENSA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 8

PCR 23/09/19
Paciente segue estável, ϕ
interconexão, ϕ queixas
ECG 15, PFR, ϕ déficit motor.
Tc de crânio: ϕ lesões NAC
OD: Alta

Dr. Nando Gomes
Médico Responsável
CRM - PE 25596

Acolhido(a) por: ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/09/2019 15:00

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 22/07/2020 13:23:37

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072213233695700000063864370>

Número do documento: 20072213233695700000063864370

Num. 65080438 - Pág. 7



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Nilton de Silva Junior

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1694428

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Te de Uva

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Política

23/09/19
Adriana

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/09/19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

Dr. Auricélio Batista
Neurocirurgia
CRM: 2129

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

Cod. 0421





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX -
DP100ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0190000569**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/10/2019** às **12:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/9/2019** no período da **Noite**

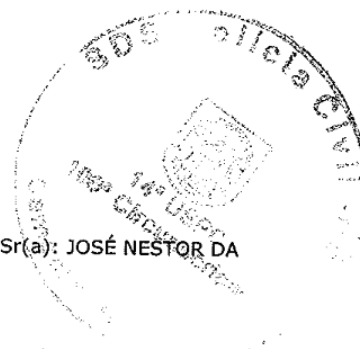
Fato ocorrido no endereço: **RUA SUELY VITAL DE ARAUJO, 01** - Bairro: **CENTRO - CAMOCIM DE**
SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O MESMO (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ NESTOR DA SILVA IRMÃO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

JOSÉ NESTOR DA SILVA IRMÃO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SANTINA SEBASTIANA DA CONCEIÇÃO** Pai: **NESTOR JOSÉ FÉLIX** Data de Nascimento: **6/4/1976** Naturalidade: **CAMOCIM DE SAO FELIX / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4799740/SSP/PE (RG), 76311155400 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 081996634205**

Endereço Residencial: **RUA LUIZ VIRGINIO DOS SANTOS, 46 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A PISCINA DE ERIVAN**

O MESMO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SANTINA SEBASTIANA DA CONCEIÇÃO** Pai: **NESTOR JOSÉ FÉLIX** Data de Nascimento: **6/4/1976** Naturalidade: **CAMOCIM DE SAO FELIX / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4799740/SSP/PE (RG), 76311155400 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **RUA LUIZ VIRGINIO DOS SANTOS, 46 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ NESTOR DA SILVA IRMÃO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ NESTOR DA SILVA IRMÃO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 START** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCU3758** (PERNAMBUCO/CAMOCIM DE SAO FELIX) Renavam: **118433027** Chassi: **9C2KC2500KR025263**
Ano Fabricação/Modelo: **2019/2019** Combustível: **ALCO/GASOL**



Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA D.P. O SENHOR JOSÉ NESTOR INFORMANDO QUE NA NOITE DO DIA 22/09/2019 O MESMO CAIU, APÓS A SUA MOTOCICLETA DERRAPAR NA RUA SUELI VITAL DE ARAÚJO, E QUE APESAR DE TER SE MACHUCADO NÃO PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA, POREM APÓS VOMITAR POR ALGUMAS VEZES DURANTE A MADRUGADA A VÍTIMA FOI ATÉ O HOSPITAL LOCAL ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS PELO MÉDICO DR. CICERO ROBERTO, CONFORME CÓPIA DO BOLETIM MÉDICO APRESENTADO PELA VÍTIMA E ANEXADO AO B.O. A VÍTIMA INFORMA TAMBÉM QUE FOI TRANSFERIDO PARA O HRA COM SUSPEITA DE TRAUMATISMO CRANIANO.

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

JOSÉ NESTOR DA SILVA IRMÃO
(VITIMA)

O MESMO
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: **VILMARIO JOSE DA SILVA** - Matrícula: **3871770**



SINISTRO 3200229373 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Recife-PE

BENEFICIÁRIO JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO**CPF/CNPJ:** 76311155400**Posição em 15-07-2020 14:04:53**

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
07/07/2020	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, José Nestor da Silva Irmão
brasileiro(a), estado civil solteiro,
profissão agricultor Inscrito no CPF/MF sob o
nº 763141554-00, e portador da cédula de
identidade nº 4789740, residente e
domiciliado(a) R. Quirquinio dos Santos
nº 46, bairro Centro,
CEP 55665-000 na cidade de
Camecin de S. Félix / 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, 15 de julho, de 2020

NOME: José Nestor da Silva Irmão



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
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 SANTINA SEBASTIANA DA CONCEICAO CPF: 517.463.874-91	DATA DE VENCIMENTO 20/07/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 218,61	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 13/07/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 13/07/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 116070805	CONTA CONTRATO 002169389015 Nº DO CLIENTE 2001145247 Nº DA INSTALAÇÃO 0000699204
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA LUIS VIRGINIO DOS SANTOS 46 CENTRO/CAMOCIM DE SAO FELIX 55665-000 CAMOCIM DE SAO FELIX PE		
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
RESERVADO AO FISCO 7400.32FE.00CD.376F.F0C7.72C2.1975.265D			
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			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	246,00	0,43816036	107,78
Consumo Ativo(kWh)-TE	246,00	0,35624584	87,63
Contrib. Ilum. Pública Municipal			19,41
ICMS Subvenção-CDE-NF 108136950-14/05/20			1,75
Multa por atraso-NF 112067181 - 12/06/20			3,68
Juros por atraso-NF 112067181 - 12/06/20			0,36
Atualização IGPM-NF 112067181 - 12/06/20			0,09
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			0,98
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			3,07
TOTAL DA FATURA			218,61

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
195,41	25,00	48,85	195,41	0,80	1,56	195,41	3,73	7,28

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,30877161	JUL 20	246
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25104645	JUN 20	234
		MAI 20	247
		ABR 20	277
		MAR 20	244
		FEV 20	228
		JAN 20	248
		DEZ 19	252
		NOV 19	216
		OUT 19	236
		SET 19	194
		AGO 19	273
		JUL 19	228

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	61,03 31,24
Transmissão	8,65 4,43
Distribuição (Celpe)	44,95 23,00
Encargos Setoriais	8,66 4,43
Tributos	57,69 29,52
Perdas de Energia	14,43 7,38
TOTAL	195,41 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
W83074	CAT	12/06/2020	40.631,00	13/07/2020	40.877,00	31	1,00000	0,00	246,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES							
Pague no ponto mais perto de voce! bomboniere doce mania: av mario jorao cabral 205 centro / farmacia sao joao: av siqueira campos 183 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. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. Sua rota/ciclo de leitura será alterado. Art. 84 Ren. ANEEL 414/10. 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. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13. Novas Tarifas reajuste médio de 4,88% vigente a partir de 01/07/2020 (Res. ANEEL 2683/20).							

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002169389015	07/2020	218,61	20/07/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838500000024 186100110022 169389015109 146749882934



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA