

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 JOSE BEZERRA CPF: 098.979.784-88 NIS: 16320410664		DATA DE VENCIMENTO 21/09/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 30/08/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 14/09/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 030003080	CONTA CONTRATO 007010415041 Nº DO CLIENTE 2012017096 Nº DA INSTALAÇÃO 0005561095
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA E 44 VILA SAO SEBASTIAO/CACHOEIRINHA 55380-000 CACHOEIRINHA PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
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		RESERVADO AO FISCO 09F8.8656.B176.50F9.5D81.7F5B.0103.BEEA		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19081989	5,72
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	49,00	0,32711981	16,02
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,15
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,59
Multa por atraso-NF 026133107 - 30/07/18			0,52
Juros por atraso-NF 026133107 - 30/07/18			0,12
Atualização IGPM-NF 026133107 - 30/07/18			0,06
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			3,50
TOTAL DA FATURA			30,68

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
0,00		0,00	23,89	1,36	0,32	23,89	6,25
							1,49

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,17629850	AGO 18	79
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,30222600	JUL 18	87
		JUN 18	40
		MAI 18	30
		ABR 18	30
		MAR 18	30
		FEV 18	96
		JAN 18	129
		DEZ 17	126
		NOV 17	131
		OUT 17	154
		SET 17	104
		AGO 17	109

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	11,31 47,33
Transmissão	1,38 5,78
Distribuição (Celpe)	6,44 26,96
Encargos Setoriais	0,93 3,89
Tributos	1,81 7,58
Perdas de Energia	2,02 8,46
TOTAL	23,89 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003120599738	CAT	30/07/2018	7.162,00	03/08/2018	7.241,00	4	1,00000	0,00	79,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 29/08/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jun/2018					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	6,47	12,94	25,89
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,42	6,85	13,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,80	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 10,26					
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! panificação massa fina: pc dom expedito lopes no 15 centro / r. c. do nascimento filho - me: praca dom expedito lopes 16 centroLista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. Sua rotatividade 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 Inscrição do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 24,98. 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.	NÍVEIS DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)									
	MÍNIMO	MÁXIMO								
220	202	231								

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007010415041	08/2018	0,00	21/09/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



PACIENTE	Nome	Clinton da Silva			Data	01/01/18		
	Sexo	M	Idade	18	Cor		Estado Civil	S
	Naturalidade							
	Endereço	Rua São Sebastião			Data de Nascimento	15/06/1999		
	Procedência							
RESPONSÁVEL	Pessoa de quem depende							
	Endereço	0						
	Trazido por							
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA	Endereço							
	Local do Acidente							
	Natureza	☐ Casual	☐ Acid. no Trânsito	☐ Tentativa de Suicídio				
	Do	☐ Queda	☐ Intoxicação	☐ Outros Causas				
	Acidente	☐ Acid. do Trabalho	☐ Agressão	☐				

RECEPCIONISTA

ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento	☒ Clínico	☐ Cirúrgico	00.26	HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO
	Pressão Arterial	MX	MN		
	Pulso	BPM			
	Temperatura	36,2 °C			
	Queixa Principal e HDA	Queda de moto, sem ferimento			
		costas em região sup do abd e abdome			
		em maxila E			
	Exame Físico				
	Hipótese Diagnóstica	Fratura da maxila (?)			

Dr. Thiago Lima
Médico
CREMEPE 18477

Médico (CRM)



MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Max. Cláudio da Silva 196002
 MOSE. GEBÚLIO VAREZAS
 CIR. BUCO-MAXILO FACIAL

5331552

MD: acidente automobilístico com lesão de
 face, apresentando fratura com linha pro-
 fundas em região nasal e labial
 com hemorragia E.

MD: fratura do zigomático E (1).

01/01/18
 Data

Dr. Cláudio da Silva
 Médico
 CRM-SP 100000

Médico

Paciente			
Descrição	Quant.	Apresentação	Dosagem
10:35			

Data _____

Assinatura do Médico _____





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 109ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA -
DP109ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0199000061**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/01/2018** às
09:21

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **1/1/2018** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CACHOEIRINHA, 1ª VILA SAO
SEBASTIAO PERTO A MARCELO DA LAGE** - Bairro: **CENTRO
CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NAO HOUVE (AUTOR / AGENTE)
PAULO RAFAEL PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
JOSE CLEITON DA SILVA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**JOSE CLEITON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
QUITERIA DA SILVA Pat: CICERO MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: 15/6/1999
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CACHOEIRINHA, 44, RUA E, VILA SAO SEBASTIAO -
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**PAULO RAFAEL PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**NAO HOUVE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): PAULO RAFAEL PEREIRA DA



SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CLEITON DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHQ1441** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KCG02R111635**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008**
Descrição: **TITAN**

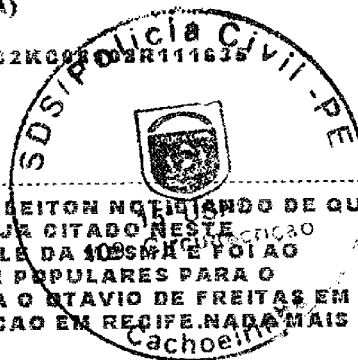
Complemento / Observação

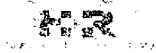
COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SR. CLEITON NOTIFICANDO DE QUE ESTAVA GUIANDO A REFERIDA MOTOCICLETA LOCAL JA CITADO NESTE B.O, QUANDO EM DADO MOMENTO PERDEU O CONTROLE DA MESMA E FOI AO SOLO, TENDO UM T.C.E, O MESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL DE CACHOEIRINHA REMOVIDO PARA O STAVIO DE FREITAS EM RECIFE EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA RESTAURACAO EM RECIFE. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO OCORRENCIA .

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

Jose Cleiton da Silva
JOSE CLEITON DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ROBERTO RODRIGUES DE LIMA** - Matrícula: **159785-5**





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

914409

Data e Hora de Atendimento:
01/01/2018 05:01

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Atendimento Manual:

Cod. Paciente: 1617616 Paciente: JOSE CLEITON DA SILVA
Data de nascimento: 15/06/1999 Idade: 18a 6m 18d Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Acompanhante: EDINA LUCIA DA SILVA
DOC ID / Data expedição: 9374552 / 02-Jan-12 Mãe: MARIA QUITERIA DA SILVA
Pai: CICERO MANOEL DA SILVA Cartão SUS:
Endereço: RUA AMAZONAS Número 18
Bairro: VILA SAO SEBASTIAO Complemento:
Cidade: CACHOEIRINHA UF: PE Telefone: 37421283
Ocorrências:

Motivo do atendimento: ENCAMINHAMENTO NEURO CIRURGIAO
Procedência: HOSPITAL GETULIO VARGAS

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 automobilístico
com lesões graves TCE sendo a dor
consciente, aguda, sem dor.

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 ☐

B: Respiratório

C: Circulatório PA: X mm Pulso: bpm

cd - soluto TC
- Parecer de BAE

REALIZADO
TOMOGRAFIA DE EMERGENCIA - NR
DATA: 01/01/2018
MÉDICO: XAVIER
TÉCNICO: XAVIER



D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐		Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐	
Glasgow: Abertura Ocular		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motora	
Escore:	Hora:	Escore:	Hora:	Escore:	Hora:
E: Exposição/Abdômen:					
Diagnóstico Inicial:				Cod. Procedimento	
Condução:				Ass. Médico	
Evolução de Enfermagem:				Ass. Enfermagem	

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

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: 01/01/18 Hora: 08:30

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: 01-Jan-18

Neurocirurgia

01/01/18

HD: TCE

Paciente submetido a TC sem lesões neurológicas.

CD: Alta de NCR



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

01/01/2018 04:53



Nome Paciente: JOSE CLEITON DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 15/06/1999
Sexo: Masculino
Idade: 18
Senha: U0011
Convênio:
Atendimento:

01/01/2018 04:53 - ALEXIANA EUTALIA SANTANA DA SILVA - COREN: 54661 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA 5H COM RELATO DE DESMAIO. NEGA VOMITO. REFERE CEFALIA

Observação: 5331620

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 4
- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

CT Bifrontal 6.15 01/01/17
Paciente com história de acidente motorciclístico. Visto sup
nervo, incontinência, desorientação, assintomático. Ao exame BNF
apresenta edema nasal, lesão dentária bucal e occlusão estranha
hipoflexão em sites D, ferimentos corte - rasgaduras em região de
dorso nasal.

Dr. F. F. F. F. F.
Dr. F. F. F. F. F.
Matheus R. Cavalcante
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
Residente HUOC/FOP/UEPE
GRUPO 11930

Acolhido(a) por: ALEXIANA EUTALIA SANTANA DA SILVA
Data: 01/01/2018 04:53

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

João Cliton

Enfermaria/Leito

UT

Registro

919409

EVOLUÇÃO CLÍNICA

01/01/18

em Geral

7:10h.

Eupneico; corado, hidratado.

MV (+) em AIT, 2/RA

Abd: flácido; indurável, RHA (+)

cd: Rx trauma

Rogério Enríquez
CRM-ORL 15011
RCEM 576

8h. Rx torax normal

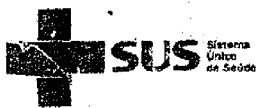
MV (+) em AIT

Abd: flácido

cd: AITA CIR. GORR

Rogério Enríquez
CRM-ORL 15011
RCEM 576





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

Sore Claiton do Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

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

Tor de Basso

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

REALIZADO
MÉDICO: *[assinatura]*
Nº: *[assinatura]*
MÉDICO: *[assinatura]*
TÉCNICO: *[assinatura]*

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Daniel Dias Cunha
Cirurgia Geral
CRM-PE: 21820

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

01.01.18

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

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

[assinatura]
Dr. Daniel Dias Cunha
Cirurgia Geral
CRM-PE: 21820

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUIH

01R26

FOI CAP DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.374.552 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/01/2012

NOME << JOSÉ CLEITON DA SILVA >>

FILIAÇÃO << CÍCERO MANOEL DA SILVA >>
<< MARIA QUITERIA DA SILVA >>

NATURALIDADE CACHOEIRINHA - PE DATA DE NASCIMENTO 15/06/1999

DOC ORIGEM << CN.12397 L.11A F.134V CART. - CACHOEIRINHA-PE 07.07.1999 >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/80

F-47 51.854 - 151X

CÓDIGO DE CONTROLE
7000.B64D.655A.265E

QR CODE

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
as 08:41:21 do dia 15/01/2018 (hora e data de Brasília)
- dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
716.507.304-38

Nome
JOSE CLEITON DA SILVA

Nascimento
15/06/1999



SINISTRO 3180276183 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE CLEITON DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO JOSE CLEITON DA SILVA**CPF/CNPJ:** 71650730438**Posição em 02-04-2019 09:53:15**

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

14/07/2018	Negativa Técnica - Sem sequelas	
------------	---------------------------------	--



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Cleiton da Silva
brasileiro(a), estado civil solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 736.507.304-38 e portador da cédula de identidade
nº 3.374.552, residente e domiciliado(a) na
Rua E
nº 44 bairro Vila São Sebastião
CEP 55380-000 na cidade de
Caruaru-PE 110

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, 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.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes
poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "Al 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, 13 de Dezembro de 201

* José Cleiton da Silva
Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Jose Cleiton da Silva,
brasileiro(a), estado civil solteiro,
profissão agricultor Inscrito no CPF/MF sob o
nº 716.507.304-38, e portador da cédula de
identidade nº 9.374-552, residente e
domiciliado(a) rua E
nº 44, bairro Vila São Sebastião,
CEP 55380-000 na cidade de
Cachoeirinha, 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, 13 de setembro, de 2018.

NOME: Jose Cleiton da Silva

