

ENVIRONMENTAL PLASTICS





Terço Social de Energia Elétrica Criado pela Lei 10.438, de 19/04/02

REGISTRO DE CONTAS - CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA

Comissão Eleitoral de Fomento
Av. João de Sá, 111, 1º, 1000, Foz de Iguaçu - PR, CEP 85800-000
CNPJ 02.951.505/01-40 - INSC. EST. 088940-02 | www.celpe.org.br

NOME DO CLIENTE
MAGGI, ANTONIO SENEZ

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAQUIM SIMOA 72

CPF 006.993.456-02 INSC 1069590518

ALTO DO JACUINHACHO DAS ALMAS
RUA DAS ALMAS 72
91230-000

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
BARRAGEM COM INCL

4010257145 10/2019

15/10/2019 08/11/2019

92,26

DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO
01980208	1000	00190314
0010019	20000000	00000000
0010019	20000000	00000000

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Consumo médio por kWh	30,000000	0,2740000	8,22
Consumo médio superior a 30 kWh	70,000000	0,2810000	19,67
Consumo médio superior a 100 kWh	60,000000	0,2910000	17,46
Atenuação Bandeira VERMELHA			4,45
Atenuação Bandeira VERMELHA			6,80
Consumo médio por kWh			0,71
Atenuação por kWh			0,22

TOTAL DA FATURA

92,26

DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR
01980208	1000	00190314	1000
0010019	20000000	00000000	20000000
0010019	20000000	00000000	20000000

DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR
01980208	1000	00190314	1000
0010019	20000000	00000000	20000000
0010019	20000000	00000000	20000000

TERÇO SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA
TERÇO SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA
TERÇO SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Felipe Mateus Bannors da Silva, brasileiro, solteiro, agricultor, RG: 10.403.782 SDS/PE e CPF: 033.789.694-03, residente na Rua Joaquim Simoes, Nº 79, Alto do Jiquiri, Riacho das Almas/PE.
OUTORGADO: PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista, CEP 50070-075, Recife/PE.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 09.06.20

Felipe Mateus Bannors da Silva
Outorgante



DECLARAÇÃO

D E C L A R O, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuízos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 09 de junho de 2020 .

Paulo Antônio Coelho Castor





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001425

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 22/1/2018 às 14:00

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

DESCONHECIDO (AUTOR-AGENTE)
ALCIMAR BERNARDO SILVA DOS SANTOS (OUTRO)
F.A.B.D.S. (Menor de idade) (VITRUA)



VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) que estava em posse do(a) Sr(a) T.M.B.D.S. (Preencher de idade)

F.M.B.D.S. (Menor de Idade) (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA GORETE DE ARRUDA BARROS
 SILVA Rm: FÁBIO HELENO DA SILVA Data de Nascimento: 20/7/2000 Nacionalidade: RIACHO DAS ALMAS / PERNAMBUCO /
 BRASIL Documentos: 10403782/SDS/PE (RG) 01178269403 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU
 COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
 Endereço Residencial: RUA JOAQUIM SENECA, 79, CASA - CEP: 0 - Bairro: ALTO DO JIQUEIRI - RIACHO DAS
 ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL

ALCIMAR BERNARDO SILVA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONECTADO (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): **ALCIMAR BERNARDO SILVA DOS SANTOS**, que possui um posse do(a) Sr(a): **FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEL4730** (PERNAMBUCO) RACHO DAS ALMAS Chassi: **9C2KD0550ER532308**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**



12/12/2018

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA NO ENDEREÇO CITADO, QUANDO FOI SURPREENDIDA POR OUTRO VEÍCULO DESCONHECIDO QUE TOMOU A CONTRAMÃO VINDO A COLIDIR NO VEÍCULO DA VÍTIMA E APÓS A COLISÃO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A MESMA. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR POPULAR E LEVADA PARA O HOSPITAL EM RIACHO DAS ALMAS, NA OCASIÃO NÃO TINHA MÉDICO, A VÍTIMA FOI TRANSFERIDA PARA RECIFE-PE ONDE PASSOU POR CIRÚRGIA.

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

F.M.B.D.S. (Menor de idade)
(VÍTIMA)

Felipe matheus Aguiar da Silva

B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **159.816-3**

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 159.816-3



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 534058

Prontuário: 1074925

Nome: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

Data Nasc.: 20/07/2000

Idade: 19

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 10403782

CNS: 705408155898854

Endereço: RUA JOAQUIM SIMOA

Nº: 79

Bairro: CENTRO

Cidade: RIACHO DAS ALMAS

Estado: PE

CEP: 55120973

Fone: 81586977

Profissão:

Nome da Mãe: MARIA GORETE DE ARRUDA BARROS SILVA

Acompanhante: MARINALVA CANDIDA DE ARRUDA BARROS(AVO)

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: HOSP. DE RIACHO DAS ALMAS, SENHA 5345912, REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM QUEDA DE MOTO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

2 - ATENDIMENTO DATA 22/01/2016 HORA: 17:31 h Médico:

Queixa Principal / HDA: *Paciente vítima de acidente de moto no dia 13/01, vindo do Hospital de Riacho das Almas, Pernambuco.*

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
 Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo:
 Colisão: Sim ☐ Não ☒ Tipo:
 Atropelamento: Sim ☐ Não ☒ Local de Impacto:
 Vítima de Ferimento: Sim ☒ Não ☐ Tipo:
 Queimadura: Sim ☐ Não ☒ Por:
 Condições de imobilização adequadas: Sim ☒ Não ☐ Por que:
 Observações:
sem dor no membro

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp: C°

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mmHg Pulso bpm

D: Exames Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
 Glasgow: Abertura Ocular Escala: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escala: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escala: Hora:

AS



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial

Fratura de Tórax / politraumatizado!

Exames Solicitados 1 - Patologia Clínica

Schisto Rx

Exames Solicitados 1 - Especializados

Resultado de Exames

Código Procedimento

Tratamento / Procedimentos

*- 34 + 1000 UF (P)
- coelotoma 2g + (E)
- ao bloco!*

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento

Dr. Tullio Farias

Ortopedia

tel 13 7861 140584

Indicação Cirúrgica Sim ☐ Não ☐ Motivo

Evolução de Enfermagem

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo

Definição do Caso:

Condição de Alta:

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

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome

Assist. Social

Confirmação do Endereço

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos ☐

Assist. Social

Observações

Autorização para Alta / internamento / Transferência

Médico _____ GRM/CRO _____ Data _____ Hora _____

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

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

Data _____ Nome completo legível _____

Nº de Identidade _____ Assinatura _____

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data _____ Nome completo legível _____

Nº de Identidade _____ Assinatura _____

Cadastro: 29/11/2019 03:54 h JOSENEIDEAS

impressão: 29/11/2019 03:54 h JOSENEIDEAS

Médico





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

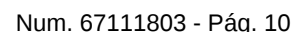
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIAS)

☐ AGENTE DE TRÂNSITO	☐ EMPREGADO	CNPJ da Seguradora	Nº do Bônus	Série
☐ AGENTE DE TRABALHO TERÇO	☐ EMPREGADOR			
	☐ AUTÔNOMO			
☐ AGENTE DE TRABALHO TRAJETO	☐ DESEMPREGADO	CNPJ da Empresa	CNAE da Empresa	CBOE
	☐ APOSENTADO			
	☐ NÃO SEGURO			

AUTORIZAÇÃO



CNGP

ASSINATURA E CARIMBO
CHIEF DO HOSPITAL



024310

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº Atendimento: 534878

Nº Att:

Nome: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

Prontuário: 1074525

Data Nasc: 20/07/2000

Idade: 19

Sexo:

MASCULINO

Cor: PARDOS

Religião:

CPF:

RG: 10403782

CNS: 706408165698664

Endereço: RUA JOAQUIM SILESA

Nº: 70

BAIRRO: CENTRO

Cidade: RIACHO DAS ALMAS

Estado: PE

CEP: 55120-073

Fone: 81556977

Profissão: ESTUDANTE

Nome da Mãe: MARIA GORETE DE ARRUDA BARROS SILVA

Nome do Conjuge:

Nome:

Parentesco:

RG:

Fone: 81556977

2 - INTERNAR PARA

Clínica: CLÍNICA GERAL

Prestador: 63

Unidade de Internação:

Leito: CLTAL 102-05

Diagnóstico Inicial

(Constante do Laudo Médico):

Politraumático

CID: 382.1

Procedimento Solicitado:

COD:

Procedimento Realizado:

COD:

COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1.	Cirurgião		
2.	1º Auxílio Cirúrgico		
3.	2º Auxílio Cirúrgico		
4.	3º Auxílio Cirúrgico		
5.	Demais Auxílio Cirúrgico		
6.	Anestesiista		
7.	Clinico		
8.	Neonatalogista		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐ 3415030043
☐ DIÁRIA DE UTI	☐ USO DE OXIGÊNIO	☐ 3405050563
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL	☐ 3405050563
☐ USO DE ORTESE E PRÓTESE	☐	☐ 3405050563

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

CID: 382.1

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO:

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

Politraumático 2º grau

Dr. Tasso

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

MOTIVO DA ALTA

DATA DA INTERNAÇÃO: 05/01

DATA DA ALTA: 20/01/19

DIAS DE INTERNAÇÃO:

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.







334778

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE N° Atendimento: 534978 N° AII: _____
 Nome: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA Prontuário: 1074925
 Data Nasc.: 20/07/2000 Idade: 19 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião: _____
 CPF: _____ RG: 10403782 CNS: 706408165898884
 Endereço: RUA JOAQUIM SIMOA N°: 79
 Bairro: CENTRO Cidade: RIACHO DAS ALMAS Estado: PE
 CEP: 55120923 Fone: 81586977 Profissão: ESTUDANTE
 Nome da Mãe: MARIA GORETE DE ARRUDA BARROS SILVA
 Nome do Conjuge: _____
 Nome: _____
 Parentesco: _____ RG: _____ Fone: 81586977

2 - INTERNAR PARA
 Clínica: CLÍNICA GERAL Prestador: 83
 Unidade de Internação: Leito: CLTRAU 102-05
 Diagnóstico Inicial (Constante do Laudo Médico): *Fratura de punho direito* CID: *S62.1*
 Procedimento Solicitado: _____ COD: _____
 Procedimento Realizado: _____ COD: _____

COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1.	Cirurgião		
2.	1º Auxílio Cirúrgico		
3.	2º Auxílio Cirúrgico		
4.	3º Auxílio Cirúrgico		
5.	Demais Auxílio Cirúrgico		
6.	Anestesiata		
7.	Clínico		
8.	Neonatalogista		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐ *0405050511*
☐ DIÁRIA DE UTI ☐ USO DE OXIGÊNIO ☐
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL ☐
☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE ☐

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: CID: *S62.1* CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO: _____

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

Fratura de punho direito

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO
 MOTIVO DA ALTA *22*
 DATA DA INTERNAÇÃO: *22/01* DATA DA ALTA: *25/01/2020* DIAS DE INTERNAÇÃO: _____
 OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	22/3/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	Filipe Mateus Basso da Silva		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Fratura de Placato Tibial (E)		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):	Tratamento Cirúrgico de fratura de Placato Tibial (E) At 29/3/18		
ALTA MÉDICA:	☒ SIM ☐ NÃO		
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	☐ SIM ☒ NÃO		
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:			
☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA, ATRAVÉS DE TRATAMENTO.			
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.			

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Pericóndrio anterior e ligamento articular
2º	Ligamento de interosseus interno e externo
3º	Ligamento de flexão e extensão do
4º	membro, tendão anterior e posterior
5º	Vitória F 5/1 - Grave

☒ NÃO SE APLICA OU AVALIA A VÍTIMA NO PERÍODO DE 12 meses
 e que as respostas acima são completas e verdadeiras.

Assinatura: Paulo Antonio Coelho Castor Data: 8/30/19

Assinatura e Carimbo: Dr. Paulo Antonio Coelho Castor
 CRM: 22842



SINISTRO 3190705057 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

CPF/CNPJ: 01378269403

Posição em 09-06-2020 12:25:59

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
23/01/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

