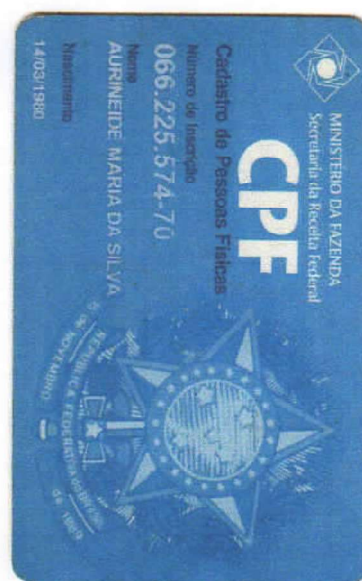
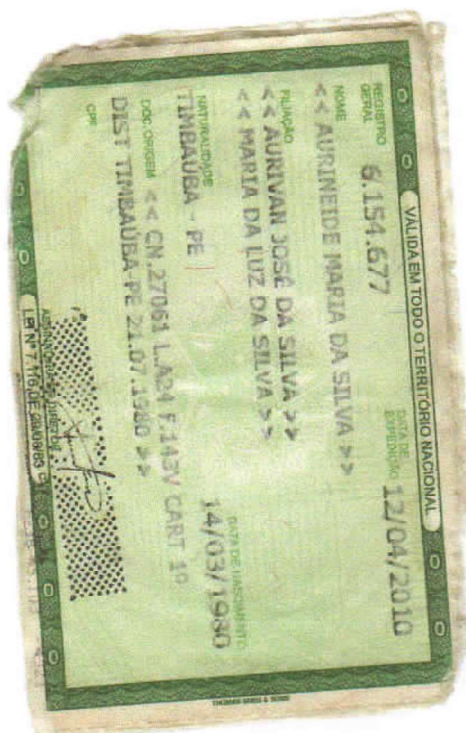
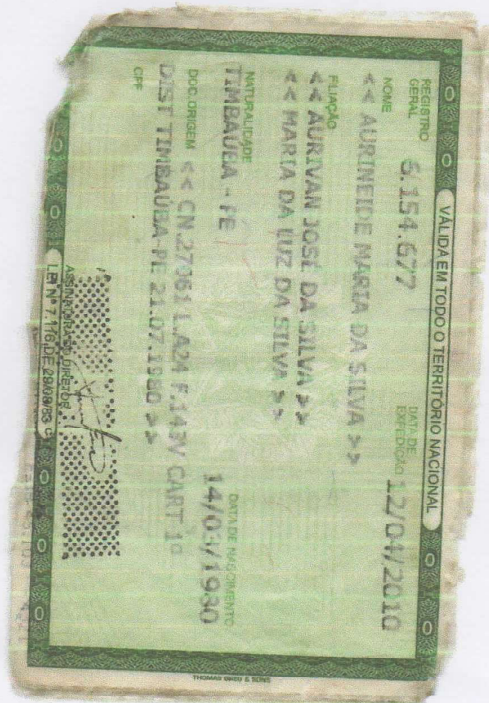
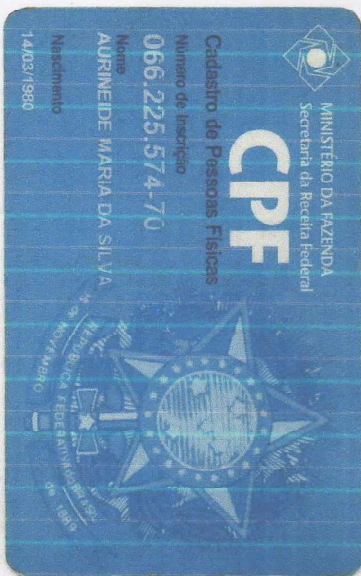








Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DA LUZ DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MATIAS DE ALBUQUERQUE 39

CPF: 378 644 334-87 NIS: 10242999317

CENTRO/TIMBAUBA
TIMBAUBA PE
55870-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BADA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUA
Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7002674321	06/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA LEITURA
13/06/2017	06/07/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	127,39

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
000498709	UNICA	06/06/2017

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
06/06/2017	2000058392	3670795

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,24348412	7,30
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,41740136	29,21
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	93,0000000	0,62810204	58,22
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,80
Contribuição Iluminação Pública			24,14
ICMS Subvenção-CDE-NF 000508974-08/03/17			0,58
ICMS Subvenção-CDE-NF 000485844-05/04/17			0,81
Multa por atraso-NF 000485844 - 05/04/17			1,53
Juros por atraso-NF 000485844 - 05/04/17			0,88

TOTAL DA FATURA

127,39

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
57350	CAT	05/05/2017	2.315,00	06/06/2017	2.508,00	32	193,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MÊS/ANO	CONSUMO (kWh)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	
JAN 17 193		99,83	25,00	24,96	Correção da Energia R\$ 27,02 27,12%
MAI 17 195		99,83	1,38	1,35	Transmissão R\$ 2,84 2,80%
ABR 17 185		99,83	6,22	6,19	Distribuição (Celpe) R\$ 23,36 23,65%
MAR 17 196					Perda de Energia R\$ 7,81 7,04%
FEV 17 187					Encargos Sociais R\$ 6,95 6,80%
JAN 17 182					Tributos R\$ 32,45 32,58%
DEZ 16 168					Total R\$ 98,63 100%
NOV 16 173					
OUT 16 161					
SET 16 157					
AUG 16 170					
JUL 16 160					
JUN 16 188					

AB79.91D7 80FE 10F3 294D 82DC 156C D481

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Na data da leitura a Bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.nivel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE conforme Decreto Estadual 38.458/13. O cliente é responsável quando há violação da continuidade de fornecimento ou do nível de tensão de fornecimento. Pagamento em atraso gera multa 2% (R\$ 414.960,00) e juros 1% a.m. (R\$ 10.438.260,00), no próximo mês. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 44,83. O Cliente é responsável quando há descumprimento do prazo definido para os pontos de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorreu a suspensão.

ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia elétrica(s)			
Vencido	DI remessa	Valor	Valor
12/05/17	06/06/17	108,62	

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer suspensão nos registros de renovação de crédito do SPC e SERASA, com consequente inclusão no cadastro de inadimplentes. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não altera débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Não é possível obter de 2016 o efeito anterior. Esta declaração substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as declarações dos faturamentos mensais (ARF) Lei 12.027/09. Esta declaração não altera débitos de parcelamentos autorizados de débitos com falha em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo judicial.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
CONDIÇÃO	VALOR	LIMITE MENSAL	LIMITE SEMESTRAL	LIMITE ANUAL
TRABALHO	07/2017			
DIC	2,85	6,15	12,30	24,60
FIC	2,00	3,42	6,85	13,70
DISC	1,70	3,83	0,00	0,00

Limite DICR: 12,22 ELSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 32,10

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
220	202	231

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7002674321	06/2017	13/06/2017	127,39





Eduardo Henrique
Advocacia & Consultoria.

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: AURINEIDE MARIA DA SILVA, brasileira, portadora da carteira de identidade nº. 6154677 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 0066.225.574-70, com endereço na Rua Matias de Albuquerque, nº39, Centro, na Cidade de Timbaúba-PE, CEP: 55870-000

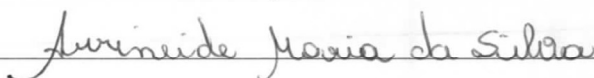
OUTORGADOS: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PE nº 40.509, com endereço profissional na Rua Walfredo Ferreira Lima, Nº10, Centro, Timbaúba-PE. CEP: 55870-000, local onde receberá intimações e notificações de estilo.

PODERES: Confere amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicium*", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive requerer, propor quaisquer ações e defender-me nas que me forem propostas, cíveis, reconvir, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como argüir suspeição, falsidade e exceção, transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, firmar compromissos, perante este juízo, e em qualquer instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante e defendendo-a, na condição de reclamada, bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso que este instrumento consta.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA.

AURINEIDE MARIA DA SILVA, já qualificado (a) acima, 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 do artigo 98 do CPC-05, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Timbaúba, 15 De Janeiro de 2018.



Rua Walfredo Ferreira Lima, nº10, Centro, Timbaúba-PE

Email: eduardohgfl@hotmail.com

Email: eduardohgfl@hotmail.com

Tel: (81) 9-9716-7948 (81) 9-9163-6662.



Transf em 10/13

4/6/17 Moik

al

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA	
Prefeitura Municipal: PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAUBA	
S. M. S.: HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO	
Unidade de Saúde: HOSP MUNIC DR JOAO COUTINHO E MAT D PRIMITIVA	
Data: 11/1204	
Hora: 04/06/17	
01 - DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO	
Nome do Usuário: <u>Curineide Maria da Silva</u>	Atendimento nº
Cartão SUS	Nº Prontuário
Mãe:	Nº Grp Familiar
Logradouro: <u>R. Matias de Albuquerque, 39</u>	Sexo: <u>F</u>
Bairro/Localidade: <u>Centro</u>	Ocupação:
Clinica:	Complemento:
Motivo da procura:	Município: <u>TIMBAUBA</u>
Assinatura do Paciente:	U.F.: <u>PE</u>
	Telefone:
	Data: <u>04/06/17</u>
	Hora:
	Rubrica Servidor:
02 - ACOLHIMENTO () Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito	
Acolhimento com classificação de risco: <u>Pcte apresenta ferimentos e escoriações em cabeça e corpo por acidente (colisão carro - moto) aqora. Pcte alcoolizado, algo desorientado. Desconhece o local.</u>	
Assinatura: <u>[assinatura]</u> Classificação: <u>suave</u>	
03 - ANAMNESE:	
<u>EM SCS VERMELHA</u>	
04 - EXAME FÍSICO: Temperatura: F.C.: PA: <u>110x80</u> F.R.: <u>13</u> Glasgow: <u>14</u>	
<u>66kg, consciente, agitada, normoventilada, hidratada, febre 38,5°C, tosse, pupilas isocóricas de 3mm, saturação 97%.</u>	
<u>AR: MV+ em AHT, A1RA</u>	
<u>ABD: Flácido, depressível, indolor à palpação, RHA (+)</u>	
<u>Abertura ocular cl estímulo verbal, confusa.</u>	
05 - EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
() Laboratório:	
() Radiológico:	
() ECG () Outros	
Hipótese do Diagnóstico:	
CID:	
Conduta: () Medicação () Observação () Laudo para AIH	Médico: (Carimbo e Assinatura)
Saída: Data/Hora ____/____/____ às ____ h. () Alta referido para UBS () Óbito	<u>Dra. Rosângela Marques</u>
() Outra Unid. Urgência () Especialidade	<u>PE 24631</u>
() Internação no Hospital:	

HR
5183960

ocorrência SAMU
340607

Diazepam - meia amp. (EV, cga)

20, 5% 500mL, EV, água. T.
med - larn. EL 21.55

Sociedade Brasileira de
Enfermagem
CRM-PE 413.190

Dra. Rosângela Marques
CRM-PE 24631

Nº da Ocorrência: 370607

1. Hora Chamado: <u>22:30</u>	2. Chegada ao Local: <u>22:35</u>	3. Saída local: <u>22:40</u>	4. Saída da U. Hospitalar: <u>01:55</u>
5. Motivo/Solicitação: <u>demora</u>			Data: <u>01/06/14</u>
7. Tipo de Equipamento: ☐ 1. USA ☒ 2. USB ☐ 3. Moto ☐ 4. Helicóptero			
8. Médico Regulador: <u>M. de V. A. 19</u>		9. Rádio Operador: <u>11A2</u>	
10. Paciente: <u>ANILNEIDE MARIA DA SILVA</u>			11. Idade: <u>37</u>
12. Data Nascimento: <u>1/1/</u>	13. Solicitante: <u>Dr. Carlos</u>	14. Sexo: ☐ M ☐ F	
15. Nome da Mãe: <u></u>			
16. Endereço da Ocorrência: <u></u>		17. Nº: <u></u>	18. Bairro: <u></u>
19. Município: <u></u>		20. Referência: <u></u>	
21. Local da Ocorrência: ☐ VIA PUBLICA ☐ DOMICILIO		22. Tipo de Ocorrência: () 1. Clínico () 2. Pediátrico () 3. Psiquiátrico () 4. Trote () 5. Pediátrico () 6. Obstétrico () 7. Canceladas/Removido antes () 8. Causas Externas () 8. Remoção/Senha: <u>H. 10520000</u> Unidade Destino: <u>5183560</u>	
23. Tipo de Vítilma: () 1. Condutor () 2. Pedestre () 3. Passageiro		24. Tipo Locomoção da Vítilma: () 1. Moto () 2. Automóvel () 3. Bicicleta () 4. A Pé () 5. Outro	
25. Mecanismo do Trauma: () 1. Injeção () 2. Capotamento () 3. Colisão Frontal () 4. Colisão Lateral () 5. Impacto Traseiro			
26. Natureza da Lesão: () 1. Colisão/abaloamento () 2. Capotamento () 3. Atropelamento () 4. Choque com Objeto Fixo () 5. Queda em/Do Veículo () 6. Ingnorado () 7. Outro			
27. Uso Capacete: () Sim () 2. Não		28. Uso Cinto Segurança: () 1. Sim () 2. Não	
29. Halito de álcool: () Sim () 2. Não		30. Intoxicação: () 1. Alcool () 2. Drogas Ilícitas () 3. Exógena () 4. Animais Peçonhentos () 5. Outros	
31. Queda: () 1. Própria Altura () 2. Outra Altura/Aproximadamente M		32. Agressão: () 1. Agressão Física () 2. Agressão Arma Branca () 3. Agressão Arma Fogo () 4. Suspeita Abuso Sexual () 5. Outros	
33. Queimaduras: () 1. Choque elétrico () 2. Fogo () 3. Fumaça () 4. QBRN		34. Unidade Destino: <u></u>	
35. Médico que Recebeu: <u></u>		36. Equipe: Médico Assistente <u></u> Enfermeiro <u></u> Socorrista <u>W. C. S.</u> Condutor/Piloto <u>ANILNEIDE</u> Responsável Pelo Preenchimento <u></u> Ass. <u></u> Conselho <u>825906</u> Solicitor Apoio da UH: () Sim () Não Obs: <u></u> Redirecionamento: () Sim () Não Causa: <u></u> Destino: <u></u>	
37. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE: O Subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação Médica. Ass. <u></u> DATA: <u>/ /</u> Testemunha <u></u> DATA: <u>/ /</u>		38. Múltiplas Vítilmas: () Sim () Não Quantas vítilmas: <u></u> Cenário: <u></u>	
39. EQUIPAMENTOS RETIDOS NA UNIDADE DESTINO: Meca nº <u></u> Prancha nº <u></u> () Est. de cabeça () KED () Colar () Tirantes			

DADOS GERAIS
DADOS DA OCORRÊNCIA
IDENTIFICANDO O TRANSPORTADO
OCORRÊNCIA
CONCLUSÃO DE ATENDIMENTO
TERMO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 1591616

Nome: ADRIANA DE SOUZA

Foi atendido às _____ h do dia 05 / 06 / 17

Diagnóstico Provável Fee 1206

_____ data da alta 06 / 06 / 17

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :
CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)
VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIURGIA

Observação : _____

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0163





TIMBAÚBA
GOVERNO MUNICIPAL
JUNTOS SOMOS MAIS FORTES



RECEITUÁRIO

Laudos Médicos

*A paciente Amineide Maria da
Silva, vítima de acidente com moto,
há ± 15 dias
relata cefaleia, tonturas, parestesias
na face e diminuição da visão
em olho esquerdo.*

*Adamilton Miguéis de O. Silva
Médico
CREMEPE 17067
22/05/17*

Praça Cláudio Gueiros s/n - Centro - Timbaúba-PE
Fone: (81) 3631.2071 - e-mail: saude@timbauba.pe.gov.br





TIMBAÚBA
GOVERNO MUNICIPAL
JUNTOS SOMOS MAIS FORTES



RECEITUÁRIO

Laudio Médico

A paciente Aurineide Maria da Silva,
vítima de acidente com moto há ± 4 meses,
relata lacerações e diminuição da visão
em olho esquerdo.

Adamilton Miguéis de O. Silva
Médico
CREMEPE 17067
19/10/2018

Praça Cláudio Gueiros s/n - Centro - Timbaúba-PE
Fone: (81) 3631.2071 - e-mail: saude@timbauba.pe.gov.br

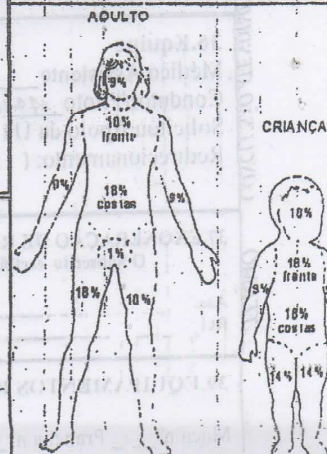


AVULÇÃO PRIMÁRIA

AVULÇÃO SECUNDÁRIA

COMUT

40. Vias Aéreas:		41. Respiração:	
☒ 1. Sim ☐ 2. Não		☒ 1. Eupnéia ☐ 2. Taquipnéia ☐ 3. Apnéia ☐ 4. Bradipnéia ☐ 5. Dispnéia ☐ 6. Deformidade Tórax	
42. Circulação/Pulso:		43. Perfusão periférica:	
☒ 1. Presente ☐ 2. não ☐ 3. Ausente ☐ 4. frio		☐ 1. > 2 Segundos ☐ 2. < 2 Segundos	
44. Coloração da Pele:		46. Escala de CINCINATI	
☐ 1. Normocorado ☐ 2. Ictérico ☐ 3. Pálido ☐ 4. Cianótico ☐ 5. Sucofese ☒ 6. Presença de Sangue ☐ 7. Outro		☐ 1. Déficit motor ☐ 2. Desvio Comissura Labial ☐ 3. Dificuldade da Fala ☐ 4. Outro	
47. Neurológico		48. Pupilas	
☐ 1. Normal ☐ 2. Sonolência ☒ 3. Agitação ☐ 4. Coma ☐ 5. Convulsão		☐ 1. Isocória ☐ 2. Midriase ☐ 3. Miose ☐ 4. Anisocória	
49. Alergia:		50. Usa Medicamento:	
☐ 1. Sim ☐ 2. Não		☐ 1. Sim ☐ 2. Não	
51. Alguma Patologia:		52. Sinais e Sinais	
☐ 1. Sim ☐ 2. Não		☐ 1. Sim ☐ 2. Não	
53. Oxigenioterapia:		54. Escala de Glasgow	
☐ 1. Sim ☐ 2. Não		SCORE1: 13 SCORE2:	
Qual?		57. SSVV	
☐ 1. Cateter ☐ 2. Venturi % ☐ 3. CPAP ☐ 4. Masc e/ Reservatório ☐ 5. Ventilação Mecânica Adaptação ☐ Bem ☐ não ☐ 6. Outras Condutas		HORA PA FR RC HGT TEMP	
55. Resposta Verbal		56. Resposta Motora	
☒ 1. Orientada (5) ☐ 2. Confusas (4) ☐ 3. Palavras Inapropriadas (3) ☐ 4. Palavras Incompletas (2) ☐ 5. Nenhuma (1)		☐ 1. Obedece a Comandos (6) ☒ 2. Localiza a Dor (5) ☐ 3. Movimento de Retirada (4) ☐ 4. Flexão Anormal (3) ☐ 5. Extensão Anormal (2) ☐ 6. Nenhuma	
58. Conduta:		59. História Clínica Atual, Evolução e Conduta:	
☐ 1. Imob. Coma cervical ☐ 2. Utilização de prancha ☐ 3. Imob. Membros		PACIENTE ACORDA DE TODA A HISTÓRIA DA DOENÇA, DA RESPIRAÇÃO E DA TAMBÉM REALIZOU TC DE CÉREBRO, HEMODINÂMICA, SINAIS VITAIS E A MEDICAÇÃO. TAMBÉM ALGUMAS DOENÇAS E TAMBÉM POR SINAIS DO PACIENTE PARA PODER DAR OS CUIDADOS A ADOLESCENTE E CONDIÇÃO DA MÃE.	
60. Evolução conduta Obstétrica		61. Porcentagem:	
☐ 1. G1 ☐ 2. Primípara ☐ 3. Multipara ☐ 4. Abortos ☐ 5. Contrações ☐ 6. Hemorragia ☐ 7. Proteinúria ☐ 8. Síndrome de HELLP ☐ 9. Perda Templo Materno ☐ 10. Tosemia gravídica/Pre-eclâmpsia ☐ 11. Eclâmpsia		ADULTO CRIANÇA	



22/06/2017 15:46

file:///C:/Users/Polícia Civil/infopol/xml/BOEPreview.html

etim de Ocorrência

Placa: PGC1833 (PERNAMBUCO/CAMUTANGA) Chassi: 9C2JC4110CR558417
Ano Fabricação/Modelo: 2012/NÃO INFORMADO

Complemento / Observação

COMPARECEU VALMIR SEVERINO BARBOSA (VITIMA). RELATANDO O SEGUINTE: QUE VINHA CONDUZINDO A MOTO HONDA CG 125 FANES DE PLACA PGC-1833, TENDO COMO CARONA AURINEIDE MARIA DA SILVA, QUANDO ESTAVAM NO CENTRO DA CIDADE DE TIMBAÚBA-PE, QUANDO SE CHOCOU NA LATERAL DE UM CARRO DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO. NO MOMENTO DA SAÍDA DO SINAL, VITIMANDO TAMBÉM AURINEIDE MARIA DA SILVA, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU, OCORRÊNCIA 349697 PARA UPA, BEM COMO VALMIR SEVERINO QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA. NADA, MAIS A REGISTRAR.

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

Valmir Severino Barbosa
VALMIR SEVERINO BARBOSA
(VITIMA)

B.O. registrado por: ALEXANDRE DE OLIVEIRA IZIDRO - Matrícula: 296970-0

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE TIMBAÚBA
46ª CIRCUNSCRIÇÃO

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

HONDA CG 125 FANES (VEICULO) - Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA -
DP46ªCIRC DINTER1/11ªDESEC



POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE TIMBAUBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0136001123**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/06/2017** às **15:51**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **4/6/2017** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TIMBAUBA, 01 - Bairro: CENTRO**
- TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
VALMIR SEVERINO BARBOSA (VITIMA)
AURINEIDE MARIA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
VALMIR SEVERINO BARBOSA

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

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

VALMIR SEVERINO BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA Data de Nascimento: 9/2/1982 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TIMBAUBA, VILA DOS 300, 179 A - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

AURINEIDE MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DA LUZ DA SILVA Pai: AURIVAN JOSÉ DA SILVA Data de Nascimento: 14/3/1980 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA MATIAS DE ALBUQUERQUE, 39 - CEP: 0 - Bairro: CRUZEIRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

HONDA CG 125 FAN ES (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): VALMIR SEVERINO BARBOSA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**





Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Início do conteúdo

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170573779 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA AURINEIDE MARIA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO AURINEIDE MARIA DA SILVA

CPF/CNPJ: 06622557470

Posição em 06-02-2018 11:18:05

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

