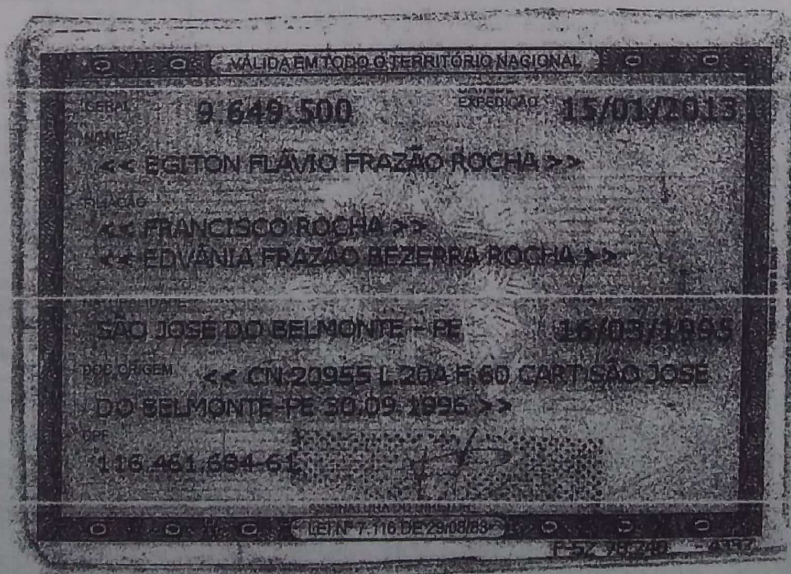
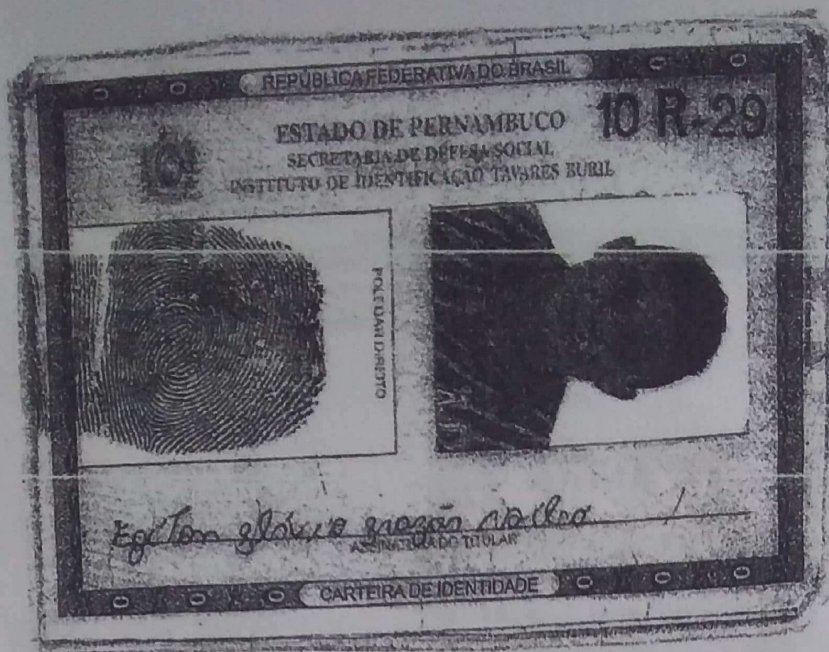




Scanned by CamScanner



obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreendida, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curtosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Converse e discuta no trabalho predispondo a acidentes pela distração.

Leia e refina sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 51264 Série 00082

Ed. Ten. Raimundo Augusto da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Agiton Flávio Fração Rocha
 Loc. Nasc. São Joo do Belmonte Est. PE Data 16 / 03 / 95
 Filiação Franisco Rocha e Edvina Fração de Souza Rocha
 Doc. Nº e. nusc. 10.955.16.00, Livro A-20.

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / / Estado
 Obs.:
 Data Emissão 27 / 07 / 12 SRTE para Taurinda - PE

Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação a nome, est. civil e data de nasc.)

9



CONTRATO DE TRABALHO

Empresa: MEDRAL ENERGIA LTDA
 CNPJ: 47.611.306/0003-00
 Endereço: ANTONIO GONZALEZ FILHO 170
 Bairro: DISTRITO INDUSTRIAL
 Dracena SP CEP.: 17900-000
 ESP. ESTABELECIMENTO:
 Cargo: AJUDANTE GERAL
 C.B.O.: 717020 (*) POSSUI OBS.
 Admissão: 21 de janeiro de 2014
 Registro: 012266 Ficha 30000224
 Remuneração especificada: Mensal
 R\$ 750,00 (SETECENTOS E CINQUENTA REAIS)

MEDRAL ENERGIA LTDA.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2ª
 Data saída: 21 de fevereiro de 2014

MEDRAL ENERGIA LTDA.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2ª
 Com. Dispensa CD nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

CNPJ/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

CBO nº

Data admissão de de

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2ª

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2ª

Com. Dispensa CD nº



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 FRANCISCO ROCHA CPF: 330.443.174-87		DATA DE VENCIMENTO 25/11/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 09/11/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 18/11/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 084090120		CONTA CONTRATO 00702660720 Nº DO CLIENTE 2001723671 Nº DA INSTALAÇÃO 0006491736	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI OLHO D AGUA 5690 BOM NOME - REGIAO RURAL/BOM NOME 56950-000 SAO JOSE DO BELMONTE PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL 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 62BE.4620.95DD.03B3.EAC1.E32A.9655.4974					

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL									
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)						
Consumo Ativo(kWh)		0,57927870	0,00						
TOTAL DA FATURA			0,00						

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS									
ICMS		PIS			COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
0,00		0,00	0,92		0,00	0,00	4,25		0,00

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54933000		kWh
		NOV 19	0
		OUT 19	30
		SET 19	30
		AGO 19	30
		JUL 19	30
		JUN 19	30
		MAI 19	30
		ABR 19	30
		MAR 19	30
		FEV 19	30
		JAN 19	30
		DEZ 18	30
		NOV 18	30

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	0,00	100,00
Transmissão	0,00	0,00
Distribuição (Celpe)	0,00	0,00
Encargos Setoriais	0,00	0,00
Tributos	0,00	0,00
Perdas de Energia	0,00	0,00
TOTAL	0,00	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				
000000003171049333	CAT	16/10/2019	143,00	07/11/2019	143,00	22	1,00000	0,00	0,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 16/11/2019									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
set/2019					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	11,84	23,89	47,79
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,74	15,49	30,98
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	6,59	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 16,60		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 0,00					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

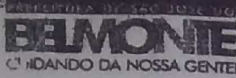
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de voce! posto de medicamentos vieira l: rua capitao rufino barbosa leal 13 bom nome / posto ferraz: r capitao rufino barbosa leal 13 bom nomeLista completa em www.celpe.com.br ." Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em 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%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, a, 2.1, do RICMS-PE. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;">NÍVEIS DE TENSÃO</th> </tr> <tr> <th style="width: 33%; padding: 5px;">TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2" style="width: 66%; padding: 5px;">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th style="padding: 5px;"></th> <th style="width: 33%; padding: 5px;">MÍNIMO</th> <th style="width: 33%; padding: 5px;">MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">220</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">202</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">231</td> </tr> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</th> </tr> </table>	NÍVEIS DE TENSÃO			TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		
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
007026660720	11/2019	0,00	25/11/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------	-----------------------



9.8144-1893



Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: 00041374 Data: 11/04/2019 Hora: 11:26
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA Sexo: MASCULINO
Idade: 24 Anos, 2 Meses Data Nascimento: 16/03/1995 Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Mãe: EDIVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA Pai: FRANCISCO ROCHA
Cartão SUS: 708408776551462 RG: 9649500
Logradouro: SÍTIO AROEIRA Nº Bairro: ZONA RURAL
Cidade: SAO JOSE DÔ BELMONTE Estado: PE Profissão: AGRICULTOR
Tipo do Atendimento: 2 Alergias: NÃO [] SIM [] QUAL:
Tax.: °C FR: irpm FC: bpm HGT mg/dl PA X mmhg Peso: kg
Classificação de Risco: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

fluente no nariz,

Hipótese Diagnóstica:

Tram de tonsil.

Conduta Terapêutica:

- ① letif juw 1FA, 54/ 11/80
- ② Transf 1FA + 100% SFA, 9/1. EU. letif 11/80

Observação ☐ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Dr. Cipriano Mariano C. Neto
Médico

CREMEPE: 27097

Médico

Mário Roberto Alves Carvalho

Scanned by CamScanner



EGITON FLAVIO FRAZÃO

Paciente, 24 anos, vítima de acidente com motocicleta em 11/04/2019, no município de São José do Belmonte-PE. Após exame de imagem foi constatada fratura de clavícula direita. Realizou cirurgia para osteossíntese no Hospital São Francisco dia 17/04/2019.

Hoje, o paciente em questão, passando pela avaliação clínica de sequelas realizada por mim, através da anamnese clínica e exame físico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob a manobra, apresenta como sequela: dores em região da clavícula direita, com força diminuída em MSD, limitação da movimentação articular do ombro direito, como limitação na abdução completa do braço direito e limitação da rotação externa do MSD.

No momento, apresentando déficit funcional de 50% e déficit laboral em 50% em suas atividades agricultor.

SERRA TALHADA, 24 DE SETEMBRO 2019.

Dr. Tâmara Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.619

MÉDICA

Rua Joaquim Godoy, 393 - Centro - 56.912-450 - Serra Talhada - PE
Fone: (87) 3831-8446 (87) 99916-0112 - e-mail: cem_st@hotmail.com

Scanned by CamScanner





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - CNES
2517124

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.

4 - CNES
2517124

Identificação do Paciente

NUMERO DO DOCUMENTO
269649500

NOME ATEND.
Egton Claudio Araújo Rocha

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
408468746551462

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA / REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - DATA DE NASCIMENTO
16/03/1995

11 - SEXO
Masc. ☒ Fem. ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Elviana Araújo Regina Rocha

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)
Sítio Primavera

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
São José do Belmonte

15 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO
**Tras m oyo @
Lutras h**

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

h

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

① Penton m clm - ①

22 - CID. 10 PRINCIPAL

S42.0

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Tratamento clínico

27 - COD. DO PROCEDIMENTO
0408.010150

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

31 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE
**Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15.122
FONE: 9.9818-0112**

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
12/04/19

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

SELECIONE EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - CBOA

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

45 - COD. ORGÃO EMISSOR

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR/H
() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
16/04/19

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
**Ass. Antônio Vieira Santos
Médico Autorizador
CRM 15.122
CPF 935.349.524-00**

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AH)
261910747743-7

MOTIVO DA ALTA: **melhorado**

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **clínico**

DATA DA INTERNAÇÃO: **12/04/19**

DATA DA ALTA: **13/04/19**



**HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA**

Rua Verônica, S/n, nº 20, do bairro 84 - AABP - Jurema, Igarapé - PE.
Fone/Fax: (071) 3831-2142 e (071) 3831-2110
CNPJ nº 08.930.365/0001-00 - inscrita no CNPJ nº 08.930.365/0001-00

CLÍNICA**CIRURGICA**

Data do Atendimento:	17/04/2019	Prontuário:	00043770	Registro:	00092072	Convênio:	SUS INTERNACAO	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA								
Data Nascimento:	16/03/1995	Idade:	24 Anos, 1 Mês	Sexo:	MASCULINO	Cor:	PARDA	
Estado Civil:	SOLTEIRO(A)	Profissão:	AGRICULTOR	Naturalidade:		Nacionalidade:		
Filiação. Pai:	FRANCISCO ROCHA			Mãe:	EDVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA			
Endereço:	SITIO JUREMA						Nº	
Bairro:	BOM NOME	Cidade:	SAO JOSE DO BELMONTE		Estado:	PE	Telefone:	981010265
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:								
Acidente de Trânsito []		Acidente de Trabalho []		Outros Acidentes []		Agressão []		
Suicídio []		Casual []		Outros []				
Nome do Acompanhante:				Telefone para Contato:				
Endereço:								
Local da Ocorrência:								
ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS								
TRAUMA NO OMBRO D. LIMPEZA FUNCIONAL								
Diagnóstico Inicial: FRATURA DA CLAVICULA								
S.A.D.T.								
Diagnóstico Final: O MESMO								
Data do Atendimento: Data do Atendimento:								
Melhorada [X]		Decisão Médica [X]		Data do Internamento: 17/04/2019				
Inalterado []		Alta a Pedido []		Data da Alta: 19/04/19				
Piorado []		Transferência []						
Óbito+48h []		Evasão []						
Óbito-48h []		Indisciplina []						
Óbito em ____/____/____		Hora: ____:____		Médico Responsável				

GDS - Genyus Desenvolvimento de Sistemas - 87-3831-3014

Scanned by CamScanner



Data:	Início:	Término:	
Cirurgião:	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	Anestesiologista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ANESTESIA
- ASSEPSIA
- SUTURA
- CURATIL

Assinatura do Cirurgião



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drograria

2ª Via - Orientação ao Paciente

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO: **VIA ORAL** _____

ANEXO TRAMOL COM 1 (CX)

Tomar 01 comprimido de 8 em 8 horas. Por 5 dias.

Data: 10/04/19

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

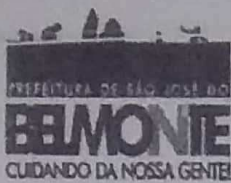
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome:	_____
Ident:	_____ Órgão Emissor: _____
Endereço:	_____
Cidade:	_____ UF: _____
Telefone:	_____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	_____
Data	____/____/____

IMPORTANTE: Não altere a medicação sem ordem médica. Qualquer tratamento é uma troca de responsabilidades. Quando alguém der palpite no seu tratamento, peça

Scanned by CamScanner





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO
JOSÉ DE BELMONTE / PE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Rua João Batista Furtuoso de Pádua, nº. 12 - Fone: (87) 3884-1311

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM:

UF:

Endereço Completo e Telefone:

Cidade:

UF:

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Laizer Flávio Frazão Rocha.
Endereço: ~~_____~~
Prescrição: 1) Lamal 50mg — 2) Caisa.
Lamal 1 comp. 8/8 horas.

Drª Sabryna Lages
Médica
CRM-PE: 27266

11/04/2019.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA

Scanned by CamScanner



Programa Nacional de Fortalecimento da
Agricultura Familiar

50410641027154591011151147

a) Identificação do(a) Agricultor(a) Familiar

1º Titular da DAP: EDYANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA

2º Titular de DAP: FRANCISCO ROCHA

Dados da Família

28. Local de Residência: Estabelecimento rural

1. Organização(ões) Social(is) a(s) qual(is) pertença: Associação
3. Atividades Principais: Agricultura
5. Área menor ou igual a 4 módulos fiscais: Sim

2. Condição(ões) da posse e uso da terra:
Propriedade Rural
4.000 do estabelecimento: 1,60 ha

6. Composição do Valor bruto da Produção Anual do Estabelecimento Familiar (considerar os últimos doze meses, a contar da data do preenchimento da DAP): R\$ 0,00 (Código 372)

7. Força de trabalho familiar

7.1. Número de membros da unidade familiar e agregados que desenvolvem atividades geradoras de renda no estabelecimento:

7.2. Número de empregados permanentes contratados:

7.3. Há permanência de força de trabalho familiar?

Imóveis Rurais	1. Nº do imóvel explorado: 2	4. Área do estabelecimento: 0,08 hectares
Sobre o imóvel principal:	2. Denominação do Imóvel: ANDARAIS	5. O proprietário do imóvel principal tem
	3. Localização do Imóvel: AROEIRA PROX BAXA VERDE	6. Nome ou razão social do proprietário:
		7. CPF/CNPJ do Proprietário:

Declaro, sob as penas da lei (art. 299 do código Penal), que os dados acima correspondem à verdade.

Assinatura: J. R. A. N. C. I. S. O. P. D. S. C. H. A.

Atesto que o(s) titular(es) acima identificado(s) atende(m) aos critérios definidos no Manual de Crédito Rural para enquadramento como beneficiário(s) do Crédito Rural ao amparo do Pronaf no Grupo B, Grupo Final B.

Representando: CPF 292.059.064-53

STR. SAO JOSE DO BELMONTE 10/11/2015

Luiz Severo Neto
Secretário de Política

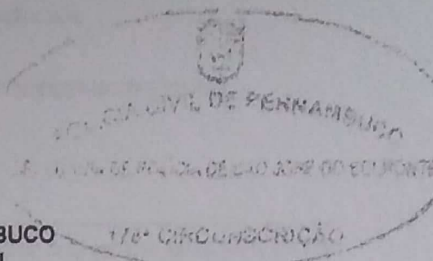
DAFWLE - amstels pofo - 10-0-00 MDA 549

Atención: Este documento es propiedad de

NOVA 0107 CRUISE

1990

Agnes M. V.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE -
DP178ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0268000575**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/07/2019** às **10:21**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **11/4/2019** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1, PE 430 - SITIO JUREMA**
- Bairro: **CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR / AGENTE)
ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO (OUTRO)
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA**

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

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EDVANIA FRAZÃO BEZERRA ROCHA** Pai: **FRANCISCO ROCHA** Data de Nascimento: **16/3/1995** Naturalidade: **SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9649500/SDS/PE (RG), 11646168461 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81441893.**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, , SITIO JUREMA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUCIA MONTEIRO FERRAZ** Pai: **EDIVALDO ANDRELINO DA SILVA** Data de Nascimento: **6/11/1993** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9099336/SDS/PE (RG), 11584008458 (CPF), 05561462555 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **COBRADOR** Telefones Celulares: **- 91051570**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1215, LOTEAMENTO AREIA BRANCA - BAIRRO CACIMBA NOVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO 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): **ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA**



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CS 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYV8075** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **100667613** Chassi: **9C2KC1680ER020849**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

Complemento / Observação

A VITIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA DESCRITO NESTE BOE TRAFEGAVA NA PE 430 NAS PROXIMIDADES DE SUA RESIDENCIA NA MOTO DE UM PARENTE SEU E AO FAZER UMA CURVA O FREIO DIANTEIRO TRAVOU E NÃO CONSEGUIU CONTROLAR A MOTO CHEGANDO A CAPOTAR O QUE PROVOCOU DANOS MATERIAIS NA MOTO E LESÕES PELO CORPO, EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO PARA A UNIDADE DE SAUDE LOCAL "LEONIDAS PEREIRA E MENEZES ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO PARA A CIDADE DE SERRA TALHADA POR CONTA DA GRAVIDADE DAS LESÕES.

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

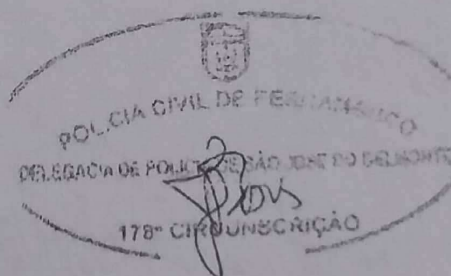
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA
(VITIMA)

Egiton Flavio Frazão Rocha

ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO
(OUTRO)

Romário Monteiro Andrelino

B.O. registrado por: **JOSE IRAN DE OLIVEIRA BARROS** - Matrícula: **115716-7**





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553200

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data do Acidente: 11/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **0000067840-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

