



Número: **0001976-10.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca do Cabo de Santo Agostinho**

Última distribuição : **18/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GIVANILDO SALES DA SILVA (AUTOR)		EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59448206	18/03/2020 14:08	2702085_CONTESTACAO_03	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CABO DE SANTO AGOSTINHO/PE

Processo: 00019761020208172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GIVANILDO SALES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **18/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 02/10/2019.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Cumpra ressaltar que a parte autora sofreu acidente anterior, em 16/04/2011, adquirindo lesão em joelho esquerdo com repercussão média (50%), recebendo da ré em sede administrativa o valor de R\$1.687,50.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC¹.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

¹“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.



A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁵

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

² RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

³ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁴ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵ **art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CABO DE SANTO AGOSTINHO, 4 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **GIVANILDO SALES DA SILVA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **CABO DE SANTO AGOSTINHO**, nos autos do Processo nº 00019761020208172001.

Rio de Janeiro, 4 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO - OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0001976-10.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca do Cabo de Santo Agostinho**

Última distribuição : **18/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GIVANILDO SALES DA SILVA (AUTOR)		EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59448 207	18/03/2020 14:08	ANEXO 1	Outros (Documento)

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 16/12/2019 12:28

Atendimento: 333663 Entrada: 16/12/2019 Hora: 09:19
Plano: SUS - REVISÃO
Responsável:
Médico Resp: JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

Recepcionista: ROSALIA FABIANA OLIVEIRA
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 705000967151159

Paciente: 1625234 GIVANILDO SALES DA SILVA
Nascimento: 30/12/1979 (43 Anos e 11 Meses)
Endereço: ENGENHO SERRA
Bairro: ZONA RURAL C.E.P.: 54510-401
Cidade: 2602902 CABI DE SANTO AGOSTINHO
Pai: IVANILDO SALES DA SILVA
Mãe: MIRIAM RODRIGUES DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 07215981452
Identidade: 5640163 - SDS - PE
Telefone: / 988070573
G.Instrução:
Ocupação: AGRICULTOR
Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

AVALIAÇÃO (Dr. JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA CRM 15595)

ATestado/ LAUDO MÉDICO DPVAT

PACIENTE GIVANILDO SALES DA SILVA
PACT COM 3 MESES. É OPERADO DO PERNA ESQUELETO, ACESSO MIPO, DEAMBULANDO BEM, COM CARGA TOTAL. TEM RX QUE MOSTRA FX ALINHADA E MATERIAL NO MOIMPLANTADO ALÉM DE CONSOLIDAÇÃO COMPLETADA.

Endereço: 2602902 CABI DE SANTO AGOSTINHO
Pai: IVANILDO SALES DA SILVA
Mãe: MIRIAM RODRIGUES DA SILVA

Exame físico: BRASIL

ADM. NORMAL - TROFISMO MUSCULAR 90%

EDEMA RESIDUAL PRESENTE.

Hipótese diagnóstica: FRACTURA DE TÍBIA DISTAL
FX DIÁFISE TIBIAL DISTAL COM CONSOLIDAÇÃO FINALIZADA

582.8

OBSERVAÇÃO PERICIAL DETR N

- | | |
|------|---|
| 01 - | RX PERNA DIR AP/P, FINAL CONSOLIDAÇÃO DA TÍBIA FIBULA |
| 02 - | MANTER FISIOTERAPIA |
| 03 - | ENCAMINHO PARA RETIRADA DE SEGURO DPVAT |
| 04 - | ALTA AMBULATORIAL |

PACIENTE ENCAMINHADA PERICIA MÉDICA PARA RETIRADA DE SEGURO DPVAT.

CIRURGIA: OSTEOSSÍNTESE DA TÍBIA DISTAL COM PLACA BLOQUEADA FIXADA COM PARAFUSOS CORTICAIS E DE BLOQUEIO, COM LOCALIZAÇÃO ADEQUADA DE ACORDO COM MANUAL AO.

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15595 / CRM-BA 17638
TEOT: 11983



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 28/10/2019 11:29

Atendimento: 325117 Entrada: 22/09/2019 Hora: 16:41
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: ITALO CORDEIRO DE BARROS IZAIAS

Saida: 02/10/2019 Hora: 23:25
Matrícula:
Identidade:
C.N.S. 705000887151158

Paciente: 1625234 GIVANILDO SALES DA SILVA
Nascimento: 30/12/1979 (39 Anos e 8 Meses)
Endereço: ENGENHO SERRA
Bairro: ZONA RURAL C.R.P.: 54510-401
Cidade: 2602902 CABO DE SANTO AGOSTINHO
Pa: IVANILDO SALES DA SILVA
Mãe: MIRIAM RODRIGUES DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 07215881452
Identidade: 5640163 - SDS - PE
Telefone: 7856070573
O. Instrução:
Ocupação: AGRICULTOR
Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 22/09/2019 15:56

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. ITALO CORDEIRO DE BARROS IZAIAS CRM 18551)

Queixa do paciente:

PCTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 5 DIAS, ENCAMINHADO DO DOM HELDER COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Exame físico:

DOR E DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Prescrição/Conduta:

	Horário/Checkagem
01 - INTERNAMENTO	
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materiais utilizados: (Enfermagem/mobilização)

COMANDA:

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/03/2020 14:08:16
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031814081652800000058460406
Número do documento: 20031814081652800000058460406



HOSPITAL ARMINDO MOURA (Emitente: MILENA

R136 - Ficha de Cirurgia

CTI - Informática

Data: 28/10/2019

Página: 1 11:30

Atendimento: 325117

Aviso: 25171

Paciente: 1625234 GIVANILDO SALES DA SILVA

RG: 5540163

Idade: 38 Anos e 3 Meses

Telefone: 988670573

CPF: 07215981452

Plano: SUS - ELETIVAS

Enfermaria: ENFERMARIA 08

Previsão: Data 24/09/2019

Início: 04:30

Duração: 00:30

Acomodação: LEITO 03

Diagnóstico Pré-Operatório

S822 - FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

Cirurgia(s) Realizada(s):

Cirurgia Principal: TRAT CIR DE FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

Anestesia:

RAQUE COM SEDACAO

Data 24/09/2019 Início: 09:15 Fim: 09:50

Equipe Cirúrgica:

Início: 09:10 Fim: 10:00

Cirurgião: JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

Anestesista: ELIVELTON ANDRE DE LIMA SILVA

1º Auxiliar:

Aux Anest:

2º Auxiliar:

Consultor:

3º Auxiliar:

Perfusionista:

4º Auxiliar:

Pediatra:

Instrument:

Intensivista:

Diagnóstico Pós-Operatório

Descrição

- 1) PCT ANESTESIADO E GARROTEADO
- 2) ASSEPSIA E CAMPOS
- 3) ACESSO ANTERIOR EM PONTE
- 4) REDUÇÃO CRUENTA SOB TRACAO AXIAL E PASSAGEM PLACA EM T PERFIL BAIXO;
- 5) FIXACAO COM PARAFUSOS CORTICIS E ESPONJOSOS;
- 6) LAVAGEM COM SORO; SUTURAS POR PLANOS COM VICRYL 1 E MONONYLON 3.0;
- 7) CURATIVOS E TALA

Intercorrências / Observações

Assinatura do médico



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 25/09/2019 10:44

Atendimento: 325117 - Entrada: 27/08/2019 Hora: 15:41
Acomodação: LEITO 01
Plano: SUS - ELETRIVAS
Responsável:
Médico Resp: ITALO CORDEIRO DE BARROS IZAIAS

Enfermeira: ENFERMEIRA 07
Permanência: 2 (Dias) - 12 horas
Metrôica:
Identificação:
C.N.S.: 70503085/101185

Paciente: 1625234 GIVANILDO SALES DA SILVA
Nascimento: 30/12/1979 - 39 Anos e 8 Meses;
Endereço: ENGENHO SERRA
Bairro: ZONA RURAL C.E.P.: 54510-201
Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO
País: GABÃO
Mãe: MIRIAM RODRIGUES DA SILVA
Nacionalidade: BRASILE

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 97215891452
Identidade: 9940183 - SUSE - Pr
Telefone: 7988110573
Gestuação:
Ocupação: AGRICULTOR
Nacionalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGENCIA (Dr ITALO CORDEIRO DE BARROS IZAIAS - CRM 18551)

Queixa do paciente:

PCTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOICLISTICO HÁ 5 DIAS, ENCAMINHADO DO DOM HÉLDER COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Exame físico:

DOR E DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Prescrição/Conduta:

	Horário/Checkagem
01 - INTERNAMENTO	
02	
03	
04	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (enfermagem/imobilização)

COMANDA:





GUIA DE TRANSFERÊNCIA/ENCAMINHAMENTO

Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Reg: 13581
Idade: 40 Data de Admissão: 18/03/20

HISTÓRIA CLÍNICA:

EXAMES COMPLEMENTARES:

HD: SEM ALTERAÇÕES

PRESCRIÇÃO ATUAL:

TRANSFERIDO/ENCAMINHADO PARA:

SENHA: 1234

DATA: 18/03/20 HORA: 14:30

Médico/CRM





Armindo Moura

Nome: GIVANILDO SALES DA SILVA

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Admissão: 325117

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HO:

FRATURA TÍBIA

CID 10:

S87.2

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIÁFISE TÍBIA → (XX) DIREITA / () ESQUERDA
PLACA LM 1 BLOQUEADA 4,5MM + PARAFUSOS CORTICAIS E DE BLOQUEIO
24/09/2019

MÉDICO CIRURGIÃO:

DR. JUAREZ

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2- DIFIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PISAR; AUXÍLIO DE MULETAS; EXERCÍCIOS IMEDIATOS DE TORNOZELO;
- 4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, SEGUNDA, 7H;

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 24/09/2019 as 14:01

DR. JUAREZ SEBASTIAN
ORÇAMENTO E CUSTÓDIA DO JÚRADO
CÓPIA DE 15510000000000000000
TEC. 11900

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA F LIMA
CRM:





Armindo Moura
FARMÁCIA

Nome: GIVANILDO SALES DA SILVA (3025714)

Admissão: 325117

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª via - Farmácia / 2ª via - Paciente

Identificação do Paciente: 325117

Nome: GIVANILDO SALES DA SILVA (3025714)

Endereço: ENGENHO SERRA Bairro: ZONA RURAL - CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE

Prescrição:

CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6H POR 7 DIAS

ALGICOD (paracetamol + fosfato de codeína 30+500mg) ----- 1 cx 24 comprimidos

TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL, DE 12/12H SE DORES FORTES

Identificação do Comprador

Identificação do Fornecedor

Nome:

Identidade:

Orgão emissor:

Endereço:

Cidade:

PE:

Assinatura do Farmacêutico

Telefone:

Data: / /

JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

15595

24/09/2019

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 24/09/2019 às 13:59

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:



HOSPITAL MODELO

Sistema de Internação -- Ficha de Paciente

Codigo..... 15091 Data.: 16/04/2011 Hora: 16:18
Nome.....GIVANILDO SALES DA SILVA
Apelido..... Situação: NORMAL;

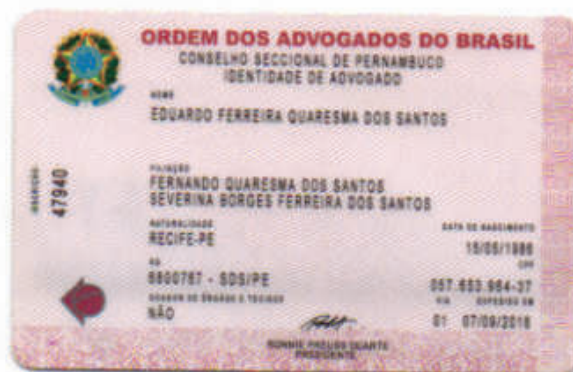
Idade.....39a 8m 23d Dt.Nasc.: 30/12/1979
Documento..... Sexo..... MASCULINO
Sexo..... MASCULINO Cor..... SEM INFORMAÇÃO
Estado Civil: SOLTEIRO
Filiação.....GIVANILDO SALES DA SILVA
 MIRIAM RODRIGUES DA SILVA

Endereço.....ENGENHO SERRA,
 LOT 80
Cidade.....CASO -PE
Bairro.....CENTRO
Fone.....8185031800,81986576226,8186
Cep.....54510401

Distrito Sanitário:
Classe Econômica...
Tipo de Moradia...
Tipo de Residência:
Grau de Instrução...
Religião.....
Profissão.....OUTROS

Trabalho.....
Conjugal.....
Tipo Sanguíneo:
Doador.....N
Ocupação.....19791230GIVANILDO MIRIAM ROL
Usuário.....BETHESLS
Número CNS.....705000867151159
C.E.F.....00215981452
Registro.....
Identidade56400162 - SDSPE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
GIVANILDO SALES DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5640163 8DS PE

CPF
072.159.814-52

DATA NASCIMENTO
30/12/1979

FILIAÇÃO
IVANILDO SALES DA
SILVA
MIRIAM RODRIGUES DA
SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB

A

Nº REGISTRO
04962751109

VALIDADE
15/06/2020

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2010

OBSERVAÇÕES
SEM observações

Givanildo Sales da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAPO - PE

DATA EMISSÃO
16/06/2015

[Handwritten signature]

ASSINATURA DO EMISSOR

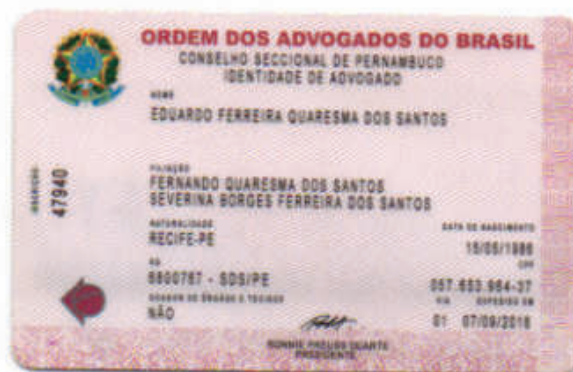
34717815643
PE066319285

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1103873220

PROIBIDO PLASTIFICAR
1103873220





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0382830/19

Vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA

CPF: 072.159.814-52

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: GIVANILDO SALES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS : 057.653.964-37

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GIVANILDO SALES DA SILVA : 072.159.814-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/10/2019
Nome: EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
CPF: 057.653.964-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Marta Marinho dos Santos



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461597/19

Vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA

CPF: 072.159.814-52

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GIVANILDO SALES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS : 057.653.964-37

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GIVANILDO SALES DA SILVA : 072.159.814-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
CPF: 057.653.964-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Marta Marinho dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711824 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: EDEMA RESIDUAL

Sequelas: Sequela não indenizável

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.3.6_CIRURGIA- CONFORME LAUDO ACOSTADO PAG.1, ONDE REFERE CONSOLIDAÇÃO COMPLETA E ADEQUADA, COM EDEMA RESIDUAL.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711824 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.3.6_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE – GIVANILDO SALES DA SILVA, casado, agricultor, portador da cédula de identidade nº 5640163 e do CPF nº 072-159-814-52, residente e domiciliado no Engenho Serra, Lote 80, CEP 545900-00, Cabo de Santo Agostinho/PE.

OUTORGADO – Dr. Eduardo Ferreira Quaresma dos Santos, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob nº 47.940, CPF n. 057.653.964-37, com endereço profissional na Rua do Sossego, nº 53, Boa Vista, Recife-PE, CEP 50050-080, onde recebe intimações/notificações de estilo; E-mail: eduardo@eduardoqs.com.br; Telefone: (81) 99959-9624;

PODERES – por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS - Pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessário na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório – DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do Formulário de Autorização de Pagamento. Confere poderes para o foro em geral, com cláusula "*ad-judicium et extra*", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor ação e/ou contra quem de direito, realizar procedimentos administrativos e/ou judiciais que visem a obtenção do objeto previsto no Instrumento Particular de Contrato de Prestação de Serviços Jurídicos, propor ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, podendo manejar petições, defesas, contestações, recursos, realizar audiências, propor e firmar acordo, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, concordar ou não com avaliações e cálculos, prestar declarações bem como ratificá-las e retificá-las, confessar dívida e/ou termo, firmar compromisso, acatar e aceitar proposta, desistir, renunciar, receber e levantar alvará(s) e/ou depósito(s) judicial(is), conhecer a procedência do pedido, requerer e/ou pedir benefícios da justiça gratuita, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, tudo conforme descrito no Art. 105 do Novo Código de Processo Civil, enfim, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento de mandato, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer com ou sem reservas de poderes.

Recife, 02 de Outubro 2019.


Outorgante



1º Serviço Notarial e Registral *Ildefonso Torres de Sá - Titular*
Rua Dr. Antônio de Souza Leão, 180, Centro - CEP 34.505-350 - Caixa de 504, Ribeirão Preto/SP
Fones: (011) 5621-0953 / 5623 - e-mail: torres@torresnotarioregistrario.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de GIVANILDO SALES DA SILVA dou
fe. Em test. de verdade. Emol. 3,39. TSNR R\$ 0,80. FERM R\$ 0,04.
FUNSEG R\$ 0,08. FERC R\$ 0,40. ISS R\$ 0,20. Total R\$ 4,91.
02/10/2019 11:17:53

JAQUELINE RAFAELA CANDIDO DE OLIVEIRA
Escrevente

Selo 0150815 IRZ09201901.01127







INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE – GIVANILDO SALES DA SILVA, casado, agricultor, portador da cédula de identidade nº 5640163 e do CPF nº 072-159-814-52, residente e domiciliado no Engenho Serra, Lote 80, CEP 545900-00, Cabo de Santo Agostinho/PE.

OUTORGADO – Dr. Eduardo Ferreira Quaresma dos Santos, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob nº 47.940, CPF n. 057.653.964-37, com endereço profissional na Rua do Sossego, nº 53, Boa Vista, Recife-PE, CEP 50050-080, onde recebe intimações/notificações de estilo; E-mail: eduardo@eduardosantosadv.com.br; Telefone: (81) 99959-9624;

PODERES – por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS - Pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessário na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório – DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do Formulário de Autorização de Pagamento. Confere poderes para o foro em geral, com cláusula "*ad-judicium et extra*", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor ação e/ou contra quem de direito, realizar procedimentos administrativos e/ou judiciais que visem a obtenção do objeto previsto no Instrumento Particular de Contrato de Prestação de Serviços Jurídicos, propor ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, podendo manejar petições, defesas, contestações, recursos, realizar audiências, propor e firmar acordo, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, concordar ou não com avaliações e cálculos, prestar declarações bem como ratificá-las e retificá-las, confessar dívida e/ou termo, firmar compromisso, acatar e aceitar proposta, desistir, renunciar, receber e levantar alvará(s) e/ou depósito(s) judicial(is), conhecer a procedência do pedido, requerer e/ou pedir benefícios da justiça gratuita, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, tudo conforme descrito no Art. 105 do Novo Código de Processo Civil, enfim, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento de mandato, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer com ou sem reservas de poderes.

Recife, 02 de Outubro 2019.


Outorgante



DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE

Eu, **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR**, inscrito no OAB nº **18081/2020**, do Estado de **Paraná**, declaro que a presente declaração foi elaborada por mim, e que a mesma é verdadeira e fielmente representa o conteúdo do documento original.

Esta declaração foi elaborada em **18/03/2020**, às **14:08:16** horas, no local **Paraná**, e assinada eletronicamente por mim, **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR**, inscrito no OAB nº **18081/2020**, do Estado de **Paraná**.

Esta declaração foi elaborada em **18/03/2020**, às **14:08:16** horas, no local **Paraná**, e assinada eletronicamente por mim, **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR**, inscrito no OAB nº **18081/2020**, do Estado de **Paraná**.

Esta declaração foi elaborada em **18/03/2020**, às **14:08:16** horas, no local **Paraná**, e assinada eletronicamente por mim, **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR**, inscrito no OAB nº **18081/2020**, do Estado de **Paraná**.

	10 Serviço Notarial e Registral	Antonio Torres de Sá - Titular
Rua Dr. Antônio de Souza Lima, 180, Foneix - CEP 84.505-530 - Caixa de São Agostinho Fones: (011) 5021-0004 / 0023 - e-mail: atendimento@notario.com.br		
Reconheço Por Autenticidade a firma de GIVANILDO SALES DA SILVA dou		
fe. Em test. de verdade. Emol. 3,39 TSNF R\$ 0,80 FERM R\$ 0,04		
FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 Total R\$ 4,91		
02/10/2019 11:17:53		
JAQUELINE RAFAELA CANDIDO DE OLIVEIRA		
Escrivente		
Selo 0150615 IRZ09201901.01127		



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0382830/19

Vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA

CPF: 072.159.814-52

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GIVANILDO SALES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS : 057.653.964-37

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GIVANILDO SALES DA SILVA : 072.159.814-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/10/2019
Nome: EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
CPF: 057.653.964-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Marta Marinho dos Santos



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0382830/19

Número do Sinistro: 3190616632

Vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA

CPF: 072.159.814-52

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GIVANILDO SALES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/11/2019
Nome: EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
CPF: 057.653.964-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Marta Marinho dos Santos



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461597/19
Vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA
CPF: 072.159.814-52
CPF de: Próprio
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A
Data do acidente: 18/09/2019
Titular do CPF: GIVANILDO SALES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS : 057.653.964-37

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GIVANILDO SALES DA SILVA : 072.159.814-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
CPF: 057.653.964-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Marta Marinho dos Santos





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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711824

Vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIVANILDO SALES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15270159





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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711824

Vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GIVANILDO SALES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00061/00062 - carta_05 - INVALIDEZ

00050031



Carta nº 15334658



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 072.159814-52 4 - Nome completo da vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: GIVANILDO SALES DA SILVA 6 - CPF: 072.159814-52
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: ENGENHO SERRA 9 - Número: LOTE 80 10 - Complemento:
11 - Bairro: PIRAPAMA 12 - Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 545900-00
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 999599624

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0559 013 CONTA: 00061396 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 31 DE OUTUBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Givanildo Sales da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

02/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 072.159814-52 4 - Nome completo da vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: GIVANILDO SALES DA SILVA 6 - CPF: 072.159814-52
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: ENGENHO SERRA 9 - Número: LOTE 80 10 - Complemento:
11 - Bairro: PIRAPAMA 12 - Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 545900-00
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 999599624

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0559 013 CONTA: 00061396 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 31 DE OUTUBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

02/2019

file:///C:/Users/POLEIA (VIL)/Desktop/Doc/CPview.html

2/2



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO - DP40ªCIRC
DIMHOªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0130006703

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/10/2019 às 09:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 18/9/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ZONA RURAL, 01, ENGENHO SERRA - Bairro: ZONA RURAL - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
GIVANI DO SALES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **GIVANILDO SALES DA SILVA**
Veículo: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

GIVANILDO SALES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MIRIAN RODRIGUES DA SILVA** Pat.
IVANILDO SALES DA SILVA Data de Nascimento: **10/12/1979** Nacionalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE ZONA RURAL, 01, ENGENHO SERRA LOTE 20 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GIVANILDO SALES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GIVANILDO SALES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA NXR 150 BROS MIX KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **HO5221 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)**

VEÍCULO 2 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

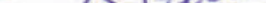
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM-PRISMA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Aplemento / Observação

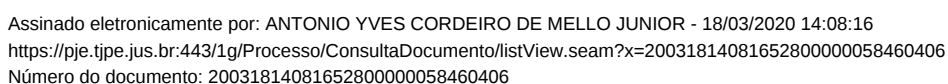


LAPSEN OG UDVIKLEDE

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

GIVANILDO SALES DA SILVA
(VITIMA)  X Givanildo Sales da Silva

①



file:///C:/Users/POLEIA (VIL)/Desktop/Doc/CPview.html

2/2



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO - DP40ªCIRC
DIMHOºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0130006703

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/10/2019 às 09:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 18/9/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ZONA RURAL, 01, ENGENHO SERRA - Bairro: ZONA RURAL - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
GIVANI DO SALES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **GIVANILDO SALES DA SILVA**
Veículo: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

GIVANILDO SALES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MIRIAN RODRIGUES DA SILVA** Pat. **IVANILDO SALES DA SILVA** Data de Nascimento: **10/12/1979** Nacionalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE ZONA RURAL, 01, ENGENHO SERRA LOTE 20 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GIVANILDO SALES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GIVANILDO SALES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA NXR 150 BROS MIX KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **HO5221 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

VEÍCULO 2 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM-PRISMA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Aplemento / Observação



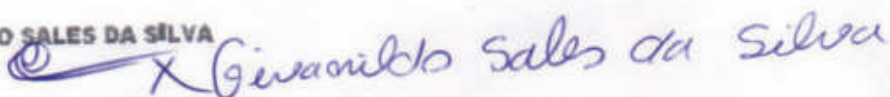
VALORAVIS

DOCUMENTO AUTENTADO

INFORMA VITIMAQUE QUANDO EM TRASITO NO ENGENHO SERRA PROXIMO DE MIRAPAMA UM VEICLO PRISMA JA CITADO EM TELA FREIO BRUSCAMENTE E O CONDUTRO DA MOTO VITIMA TENTOU SE LIVRA E CAIU VINDO A SE ACIDENTAR O CONDUTOR DO PRISMA EVADIU-SE DO LOCAL. O MESMO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL D. HELDER CAMARA E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ARNANDO MOURA.

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

GIVANILDO SALES DA SILVA
(VITIMA)

 X Givanildo Sales da Silva

D.O. registrado por: FLAVIO DE LIRA SOUZA - Matrícula: 111428-0





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 072.159814-52 4 - Nome completo da vítima: GIVAMILDO SALES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: GIVAMILDO SALES DA SILVA 6 - CPF: 072.159814-52
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: ENGENHO SERRA 9 - Número: LOTE 80 10 - Complemento:
11 - Bairro: PIRAPAMA 12 - Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 545900-00
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 999599624

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0559 013 CONTA: 00061396 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 31 DE OUTUBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

ra do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

02/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 072.159814-52 4 - Nome completo da vítima: GIVAMILDO SALES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: GIVAMILDO SALES DA SILVA 6 - CPF: 072.159814-52
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: ENGENHO SERRA 9 - Número: LOTE 80 10 - Complemento:
11 - Bairro: PIRAPAMA 12 - Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 545900-00
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 999599624

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0559 013 CONTA: 00061396 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 31 DE OUTUBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

ra do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

02/2019

Sistema de
Informação

PERNAMBUCO
GOV. DO ESTADO

CENTRO INTEGRADO DE OPERAÇÕES DE DEFESA SOCIAL

CERTIDÃO

Nº 1312610

Declino para as devidas fins, e por ter sido solicitado pelo(s) Sr(a) GIVANILDO SALES DA SILVA, CTP: 07213981452, RG: 5640163, residente na RUA ENGENHEIRO SERRA, 50, LOT. 88, ZONA RURAL - CAPOE, que após busca no Comprovante de Ocorrências foi encontrado o registro que segue:

B1295133

Nome do solicitante: CILENE

Endereço: ENGENHO SERRA - ZONA RURAL - CABO DE SANTO AGOSTINHO

Ponto de Referência: EM FRENTE A OLARIA

Natureza: COLISÃO ENTRE VEÍCULOS

Atingido em: 18-09-2019 12:05:10

Finalizado em: 18-09-2019 12:34:07

Viatura(s): AR 652

Comentários da ocorrência:

ENGENHO SERRA

COLISÃO ENTRE CARRO E MOTO, COM 1 VITIMA CONSCIENTE, COM POSSÍVEL

FRATURA NO

MEMBRO INTERIOR DIREITA SEM SANGRAMENTO

CONT. 81-99682 6507 CILENE

OCORRÊNCIA EM PASSADIA PULCRINAL 8262

DE FRENTE AO PRÉDIO DA COMPESA

GGPOC ACOMPANHANDO A EVOLUÇÃO DA OCORRÊNCIA E AGUARDANDO POSSÍVEL

SOLICITAÇÃO

DO ÓRGÃO DE TRÂNSITO OU AUTORIDADE COMPETENTE

ENTRA NO SISTEMA PRADAMA VIZUALIZA UMA BARRACA DE ALDE DE CANAL

SEGUE EM

FRENTE A BARRACA DE FRENTE A UM RIFORTO PROIBIDO

NA ETA

GGPOC ACOMPANHANDO A EVOLUÇÃO DA OCORRÊNCIA E AGUARDANDO POSSÍVEL

SOLICITAÇÃO

DO ÓRGÃO DE TRÂNSITO OU AUTORIDADE COMPETENTE

MAIS DE 21 SEM SOLICITAÇÃO GGPOC FECHARÁ A OCORRÊNCIA, PODENDO SER

REABERTA

MEDIANTE SOLICITAÇÃO

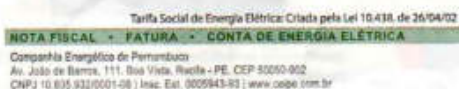


Por mais nada haver, vai assinado por mim Ten Cel PM VANI DO OLIVEIRA
GUTMARRAS JÚNIOR, ALAF 01992-5, Gerente de LOPAS

Recibo nº 27 de dezembro de 2017

A descrição do fato consta neste documento e refere-se, tão somente, as informações repassadas
pelo solicitante por ocasião da denúncia.





GERSON FERREIRA DOS SANTOS

RUA CR C LOTE 8

CPF 519 533 404-E2

ENGENHO SERRA/CABO RURAL
CABO DE SANTO AGOSTINHO PE
54500-001

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL
AGROPECUARIA RURAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
078350387	UNICA	20/09/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
20/09/2019	0000314920	589418

CONTA CONTRATO	MES/ANO
0591578030	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
27/09/2019	23/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	94,47

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(15%)	193,0000000	0,43729867	84,39
Acrescimo Bandeira VERMELHA			8,08
Contribuição CERJUT - (081) 3272-5779			2,00

TOTAL DA FATURA

94.47

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
236067	CAT	22-08-2019	9 401,00	20-09-2019	9 594,30	29	1,00000		193,30

HISTÓRICO DE CONSUMO

Month	Visits
SEP 19	163
AGO 19	182
JUL 19	167
JUN 19	149
MAY 19	180
ABR 19	105
MAR 19	143
FEB 19	128
JAN 19	130
DEZ 18	140
NOV 18	141
OUT 18	136
SET 18	108

INFORMACIÓN DE TRIBUTO

BASE DE CALORIO	%	VALOR
52.47	0.81	
52.47	3.72	

Copyright © 2010 Pearson Education, Inc.

Geração de Energia	40,33	40,75%
Transmissão	4,24	4,56%
Distribuição (Cetep)	26,29	26,83%
Perdas de Energia	5,20	5,95%
Energia Setorial	6,17	6,87%
Tributos	6,17	6,81%
Total	82,47	100%

100

TARIFAS APLICABLES

INFORMACIÓN IMPORTANTE

[illegible]

As turmas foram de-
terminadas (Associação ANEL
41402010). Tinha, portanto,
serviço gratuito e não se re-
queria nenhuma qualificação
especial, portanto, qualquer de-
pendente e no site

duracão e frequência das interrupções

[illegible]

Costo del 20% = 18.000 81.000 = Valor del Proyecto de Ley del Sistema de Tributación, = 81.43.76

NÍVEIS DE TENSÃO

ID (N)	LIMITE DE VARIAÇÃO (N)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
20	202	231

Executive of the State Department
Secretary of the State Department

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
----------------	---------	--------------------	---------------------

0591578030

09/2019

27/09/2019

94,47

83880000000-3 94470011000-2 59157803010-7 16955215783-3



TIM S.A.
Av. Marechal Mascarenhas Moraes 4270
FREG.D AFOGADOS-Imbiribeira-Recife - PE
CNPJ: 02.421.421/0013-55 - I.E.: 0265614-09
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11



Página 1 de 2

R\$ 35,95

VENCIMENTO

15/10/2019

EMIÇÃO: 01/10/2019

POSTAGEM: 07/10/2019

FATURA: 3997444149

CLIENTE: 1.61794998

CPF/CNPJ: 05765396437

ACESSO: 81 99959-9624

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009114870647011

IMPORTANTE PARA EDUARDO

RESUMO DA SUA CONTA DE 25/AGO A 24/SET

Serviços TIM S.A. VALOR



TIM Controle A Plus R\$ 34,99



OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS R\$ 0,96

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM Controle A Plus: 81999599624 (088/PÓS/SMP)	-	-	1	-	-	49,99
TIM Backup 5GB	-	-	1	-	-	Incluído
TIM Banca Jornais	-	-	1	-	-	Incluído
Desconto Franquia TIM Controle	-	-	1/12	-	-	-10,08
Desconto Serviços VAS TIM Controle	-	-	1/12	-	-	-4,92
Total de Mensalidades						34,99

OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

Todos os créditos ou débitos lançados em sua fatura	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
JUROS: (VENC 15/08/19, PAGO EM 10/09/19)	-	-	1	-	-	0,29

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST: R\$ 0,16	FUNTEL: R\$ 0,08	Informações Complementares – Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)
ICMS	30%	R\$ 23,51	R\$ 7,05			Incluídos no(s) Plano(s)
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%					Franquia(s) R\$ 33,59
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	4,65%					SVA R\$ 16,40
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	9,25%					Desconto(s) Franquia(s) R\$ -10,08
Em atendimento à Lei 12.741/2012						Desconto(s) SVA R\$ -4,92
As contribuições ao FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas						



Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009114870647011

MÊS DE REFERÊNCIA
OUT/2019

DATA DE EMISSÃO
01/10/2019

DATA DE VENCIMENTO
15/10/2019

VALOR
R\$ 35,95

VIA BANCO

84650000000 - 1

35950109011 - 2

00399744414 - 0

90114870647 - 5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/03/2020 14:08:16
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031814081652800000058460406>
Número do documento: 20031814081652800000058460406

Num. 59448207 - Pág. 36

OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

Todos os créditos ou débitos lançados em sua fatura	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
MULTAS: (VENC 15/08/19, PAGO EM 10/09/19)	-	-	1	-	-	0,67
Total de Outros Créditos e Débitos						0,96

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES – PLANO(S) E SERVIÇOS DE VALOR ADICIONADO (SVA)

	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Franquia(s)	-	-	-	33,59
TIM Controle A Plus: 81999599624 (088/PÓS/SMP)	1	-	-	33,59
Serviços de valor adicionado(SVA)	-	-	-	16,40
TIM Backup 5GB	1	-	-	3,90
TIM Banca Jornais	1	-	-	12,50
Desconto(s) Franquia(s)	-	-	-	-10,08
Desconto Franquia TIM Controle	1/12	-	-	-10,08
Desconto(s) Serviços de valor adicionado(SVA)	-	-	-	-4,92
Desconto Serviços VAS TIM Controle	1/12	-	-	-4,92

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS
DE TELECOMUNICAÇÕES

NÚMERO: 005.938.583-BB

ENDEREÇO FISCAL

EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 05765396437
JACYARA, 106
BOMBA DO HEMETERIO
52111-170 - RECIFE - PE

TIM S.A.
Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, 4270 FREG. DOS AFOGADOS Recife PE
CNPJ: 02.421.421/0013-55 - I.E.: 0265614-09

EMISSION: 01/10/2019
REFERÊNCIA: OUT/2019
PERÍODO: 25/08/2019 A 24/09/2019
CFOP: 5.307

ITEM	QUANTIDADE	ICMS	PIS/COFINS	VALOR
1 TIM Controle A Plus	1	30%	3,65%	23,51
TOTAL TIM S.A.: 23,51				
ICMS	Alíquota 30%	Base de Cálculo R\$23,51	7,05	
PIS/COFINS Serviço de Telecom	Alíquota 3,65%			
Reservado ao Fisco: B7DF.833C.2944.D866.7236.8B9B.9821.4E46				

Deficientes Auditivos e de Fala ligue, 0800 741 2580 via telefone fixo com TDD
Central de Atendimento Anatel: 1331 - Ao ligar informe o nº do protocolo registrado na prestadora.

Na hora de completar suas ligações de longa distância você precisa digitar o código de uma operadora que preste este serviço na sua região. Conheça todos e faça sua escolha:

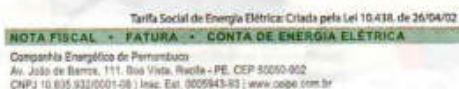
- Todo o Brasil • *15 - Telefônica - Todo o Brasil • *21 - Claro - Todo o Brasil • *31 - Telemar - Todo o Brasil • *14 - Oi - SP, PR, SC, RS, MS, BA, SP, MG, GO, RJ • *75 - Vipway - Código nacional 43 • *12 - CTBC - Todo o Brasil • *91 - IP CORP - Todo o Brasil • *85 - Telecom 65 - Código nacional 65 • *49 - Cambridge - SP (setor 31) • *26 - IDT Brasil - SP, RJ, MG, PR, RS • *24 - Sercomtel - PR

Bancos conveniados: • BASA (Banco da Amazônia) • Banco do Brasil • Banpará • Bancoob • Banrisul • Bansicred • Ceced • Mercantil • Banco Regional de Brasília • Banco Safra • Bradesco • Caixa Econômica • Citibank • Itaú • Santander • PagFácil • Uniprime • ermedium • Banestes • Tribanco • Banco do Nordeste do Brasil • Banco do Estado de Sergipe



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/03/2020 14:08:16
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031814081652800000058460406>
Número do documento: 20031814081652800000058460406

Num. 59448207 - Pág. 37



GERSON FERREIRA DOS SANTOS

RUA C R C LOTE 8

CPF 519 533 404-E2

ENGENHO SERRA/CABO RURAL
CABO DE SANTO AGOSTINHO PE
54500-001

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL
ADROPECIARIA RURAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
078350387	UNICA	20/09/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
20/09/2019	7000314920	588418

CÓDIGO CONTRATO	MÊS/ANO
0591578030	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
27/09/2019	23/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	94,47

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(15%)	193,0000000	0,43729867	84,39
Acrescimo Bandeira VERMELHA			8,08
Contribuição CERJUT - (081) 3272-5779			2,00

TOTAL DA FATURA

94.47

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA LEITURA	ATUAL DATA LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
238067	CAT	22-06-2019 9 401.00	20-09-2019 9 594.00	29	1,05000		193.00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Month	Visits
SEP 19	163
AGO 19	182
JUL 19	167
JUN 19	149
MAY 19	160
ABR 19	105
MAR 19	143
FEB 19	128
JAN 19	130
DEC 18	140
NOV 18	141
OCT 18	136
SET 18	108

INFORMACIÓN DE TRIBUTO

BASE DE CALCULO	%	VALOR IMPORTE
52.47	0.01	
52.47	3.72	

COMPARAÇÃO DO CONSUMO

Geração de energia	40,33	40,33%
Transmissão	4,24	4,24%
Distribuição (Cepel)	28,28	28,28%
Perdas de energia	5,20	5,20%
Energia Setorial	6,17	6,17%
Tributos	4,17	4,17%
Total	82,47	100%

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

TARIFAS APLICADAS

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

As condições gerais de funcionamento (Associação AMEL 21422010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos de direito de administração, para o município de Fátima, poderão ser alterados, sem prévio aviso, mediante deliberação, aprovada em plenário, do Conselho de Administração e no site www.avelha.com.br.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONCUBITO	VALORE ANNUALE SALUTE	LIMITE SENNAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANNUALE
CABO	7.73	11.01	22.03	44.07
	6.00	7.58	15.16	30.35
	3.70	5.98	8.00	8.00

65.000 - Valor dos Prorrateios de 1990 do Sistema do Instituto, L. = R\$ 43,79

NÍVELS DE TENSÃO

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

CONTA CONTRATO	MESIANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0501578030	09/2019	27/09/2019	94,47

83880000000-3 94470011000-2 59157803010-7 16955215783-3



TIM S.A.
Av. Marechal Mascarenhas Moraes 4270
FREG.D AFOGADOS-Imbiribeira-Recife - PE
CNPJ: 02.421.421/0013-55 - I.E.: 0265614-09
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11



Página 1 de 2

R\$ 35,95

VENCIMENTO

15/10/2019

EMIÇÃO: 01/10/2019

POSTAGEM: 07/10/2019

FATURA: 3997444149

CLIENTE: 1.61794998

CPF/CNPJ: 05765396437

ACESSO: 81 99959-9624

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009114870647011

IMPORTANTE PARA EDUARDO

RESUMO DA SUA CONTA DE 25/AGO A 24/SET

Serviços TIM S.A. VALOR



TIM Controle A Plus R\$ 34,99



OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS R\$ 0,96

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM Controle A Plus: 81999599624 (088/PÓS/SMP)	-	-	1	-	-	49,99
TIM Backup 5GB	-	-	1	-	-	Incluído
TIM Banca Jornais	-	-	1	-	-	Incluído
Desconto Franquia TIM Controle	-	-	1/12	-	-	-10,08
Desconto Serviços VAS TIM Controle	-	-	1/12	-	-	-4,92
Total de Mensalidades						34,99

OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

Todos os créditos ou débitos lançados em sua fatura	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
JUROS: (VENC 15/08/19, PAGO EM 10/09/19)	-	-	1	-	-	0,29

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST: R\$ 0,16	FUNTEL: R\$ 0,08	Informações Complementares – Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)
ICMS	30%	R\$ 23,51	R\$ 7,05			Incluídos no(s) Plano(s)
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%					Franquia(s) R\$ 33,59
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	4,65%					SVA R\$ 16,40
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	9,25%					Desconto(s) Franquia(s) R\$ -10,08
Em atendimento à Lei 12.741/2012						Desconto(s) SVA R\$ -4,92
As contribuições ao FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas						



Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009114870647011

MÊS DE REFERÊNCIA
OUT/2019

DATA DE EMISSÃO
01/10/2019

DATA DE VENCIMENTO
15/10/2019

VALOR
R\$ 35,95

VIA BANCO

84650000000 - 1

35950109011 - 2

00399744414 - 0

90114870647 - 5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/03/2020 14:08:16
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031814081652800000058460406>
Número do documento: 20031814081652800000058460406

Num. 59448207 - Pág. 39

OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

Todos os créditos ou débitos lançados em sua fatura	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
MULTAS: (VENC 15/08/19, PAGO EM 10/09/19)	-	-	1	-	-	0,67
Total de Outros Créditos e Débitos						0,96

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES – PLANO(S) E SERVIÇOS DE VALOR ADICIONADO (SVA)

	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Franquia(s)	-	-	-	33,59
TIM Controle A Plus: 81999599624 (088/PÓS/SMP)	1	-	-	33,59
Serviços de valor adicionado(SVA)	-	-	-	16,40
TIM Backup 5GB	1	-	-	3,90
TIM Banca Jornais	1	-	-	12,50
Desconto(s) Franquia(s)	-	-	-	-10,08
Desconto Franquia TIM Controle	1/12	-	-	-10,08
Desconto(s) Serviços de valor adicionado(SVA)	-	-	-	-4,92
Desconto Serviços VAS TIM Controle	1/12	-	-	-4,92

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS
DE TELECOMUNICAÇÕES

NÚMERO: 005.938.583-BB

ENDEREÇO FISCAL

EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 05765396437
JACYARA, 106
BOMBA DO HEMETERIO
52111-170 - RECIFE - PE

TIM S.A.
Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, 4270 FREG. DOS AFOGADOS Recife PE
CNPJ: 02.421.421/0013-55 - I.E.: 0265614-09

EMISSION: 01/10/2019
REFERÊNCIA: OUT/2019
PERÍODO: 25/08/2019 A 24/09/2019
CFOP: 5.307

ITEM	QUANTIDADE	ICMS	PIS/COFINS	VALOR
1 TIM Controle A Plus	1	30%	3,65%	23,51
TOTAL TIM S.A.: 23,51				
ICMS	Alíquota 30%	Base de Cálculo R\$23,51	7,05	
PIS/COFINS Serviço de Telecom	Alíquota 3,65%			
Reservado ao Fisco: B7DF.833C.2944.D866.7236.8B9B.9821.4E46				

Deficientes Auditivos e de Fala ligue, 0800 741 2580 via telefone fixo com TDD
Central de Atendimento Anatel: 1331 - Ao ligar informe o nº do protocolo registrado na prestadora.

Na hora de completar suas ligações de longa distância você precisa digitar o código de uma operadora que preste este serviço na sua região. Conheça todos e faça sua escolha:

- Todo o Brasil • *15 - Telefônica - Todo o Brasil • *21 - Claro - Todo o Brasil • *31 - Telemar - Todo o Brasil • *14 - Oi - SP, PR, SC, RS, MS, BA, SP, MG, GO, RJ • *75 - Vipway - Código nacional 43 • *12 - CTBC - Todo o Brasil • *91 - IP CORP - Todo o Brasil • *85 - Telecom 65 - Código nacional 65 • *49 - Cambridge - SP (setor 31) • *26 - IDT Brasil - SP, RJ, MG, PR, RS • *24 - Sercomtel - PR

Bancos conveniados: • BASA (Banco da Amazônia) • Banco do Brasil • Banpará • Bancoob • Banrisul • Bansicred • Ceced • Mercantil • Banco Regional de Brasília • Banco Safra • Bradesco • Caixa Econômica • Citibank • Itaú • Santander • PagFácil • Uniprime • ermedium • Banestes • Tribanco • Banco do Nordeste do Brasil • Banco do Estado de Sergipe



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/03/2020 14:08:16
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031814081652800000058460406>
Número do documento: 20031814081652800000058460406

Num. 59448207 - Pág. 40



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 91 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/816LIOTFECAWEB/DOCCORRIGINAL.ASPX?TIPO=18&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, entretanto, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAP.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ACIDENTE, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS LICENCIATURAS SUSPENSAS DE ATIVIDADES LICITADAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO FERREIRA OLIVEIRA JUNIOR (autor)

inscrito (a) no CPF/CNPJ 052.653.364-139 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

GUARILAN OLIVEIRA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 072.153.314-54

do cadastro de DPVAT cobertura FAMULADO de Vítima GUARILAN OLIVEIRA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o nº 072.153.314-54 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Jaciara</u>	Número: <u>106</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parque do Hemisfério</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>52111-120</u>	Tel. (DDD): <u>(71) 3398-8864</u>

Local e Data: RECIFE, 31 de OUTUBRO de 2019

Eduardo F. O. Junior
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 91 49 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/816LIOTFECAWEB/DOCCORRIGINAL.ASPX?TIPO=18&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, entretanto, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ACIDENTE, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO FERREIRA OLIVEIRA JUNIOR (autor)
inscrito (a) no CPF/CNPJ 05265836/1-139 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
GUARILAN OLIVEIRA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 072.153.314/5
do sinistro de DPVAT cobertura FURTO/ROUBA de Vítima GUARILAN OLIVEIRA SILVA
inscrito (a) no CPF sob o nº 072.153.314/5 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Jaciara</u>	Número: <u>106</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>PARQUE HEMERES</u>	Cidade: <u>RECIFE</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>51111-120</u>	Tel. (DDD): <u>(71) 3398-8862</u>

Local e Data: RECIFE, 31 de OUTUBRO de 2019

Eduardo F. O. Junior
Assinatura do Declarante

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 28/10/2019 11:29

Atendimento: 325117 Entrada: 22/09/2019 Hora: 16:41
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: ITALO CORDEIRO DE BARROS IZAIAS

Saída: 02/10/2019 Hora: 23:25
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 705000887151158

Paciente: 1625234 GIVANILDO SALES DA SILVA
Nascimento: 30/12/1979 (39 Anos e 8 Meses)
Endereço: ENGENHO SERRA
Bairro: ZONA RURAL C.R.P.: 54510-401
Cidade: 2602902 CABO DE SANTO AGOSTINHO
País: GIVANILDO SALES DA SILVA
Mãe: MIRIAM RODRIGUES DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 07215881452
Identidade: 5640163 - SDS - PE
Telefone: 7856070573
O.I.:
Ocupação: AGRICULTOR
Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 22/09/2019 15:56

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. ITALO CORDEIRO DE BARROS IZAIAS CRM 18551)

Queixa do paciente:

PCTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 5 DIAS, ENCAMINHADO DO DOM HELDER COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Exame físico:

DOR E DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Prescrição/Conduta:

	Horário/Checkagem
01 - INTERNAMENTO	
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materiais utilizados: (Enfermagem/mobilização)

COMANDA:

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/03/2020 14:08:16
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031814081652800000058460406
Número do documento: 20031814081652800000058460406



HOSPITAL ARMINDO MOURA (Emitente: MILENA

R136 - Ficha de Cirurgia

CTI - Informática

Data: 28/10/2019

Página: 1 11:30

Atendimento: 325117

Aviso: 25171

Paciente: 1625234

GIVANILDO SALES DA SILVA

RG: 5540163

Idade: 38 Anos e 3 Meses

Telefone: 988670573

CPF: 07215981452

Plano: SUS - ELETIVAS

Enfermaria: ENFERMARIA 08

Previsão: Data 24/09/2019

Início: 04:30

Duração: 00:30

Acomodação: LEITO 03

Diagnóstico Pré-Operatório

S822 - FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

Cirurgia(s) Realizada(s):

Cirurgia Principal: TRAT CIR DE FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

Anestesia:

RAQUE COM SEDACAO

Data 24/09/2019 Início: 09:15 Fim: 09:50

Equipe Cirúrgica:

Início: 09:10 Fim: 10:00

Cirurgião: JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

Anestesista: ELIVELTON ANDRE DE LIMA SILVA

1º Auxiliar:

Aux Anest:

2º Auxiliar:

Consultor:

3º Auxiliar:

Perfusionista:

4º Auxiliar:

Psiquiatra:

Instrument:

Intensivista:

Diagnóstico Pós-Operatório

Descrição

- 1) PCT ANESTESIADO E GARROTEADO
- 2) ASSEPSIA E CAMPOS
- 3) ACESSO ANTERIOR EM PONTE
- 4) REDUÇÃO CRUENTA SOB TRACAO AXIAL E PASSAGEM PLACA EM T PERFIL BAIXO;
- 5) FIXACAO COM PARAFUSOS CORTICIS E ESPONJOSOS;
- 6) LAVAGEM COM SORO; SUTURAS POR PLANOS COM VICRYL 1 E MONONYLON 3.0;
- 7) CURATIVOS E TALA

Intercorrências / Observações

Assinatura do médico



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 25/09/2019 10:44

Atendimento: 325117 - Entrada: 27/08/2019 Hora: 15:41
Acomodação: LEITO 01
Plano: SUS - ELETRIVAS
Responsável:
Médico Resp: ITALO CORDEIRO DE BARROS IZAIAS

Enfermeira: ENFERMEIRA 07
Permanência: 2 (Dias) - 12 horas
Metrôcula:
Identificação:
C.N.S.: 70503085/101185

Paciente: 1625234 GIVANILDO SALES DA SILVA
Nascimento: 30/12/1979 - 39 Anos e 8 Meses;
Endereço: ENGENHO SERRA
Bairro: ZONA RURAL C.E.P.: 54510-201
Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO
País: GABÃO
Mãe: MIRIAM RODRIGUES DA SILVA
Nacionalidade: BRASILELA

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 97215891452
Identidade: 9940183 - SUS - Pr
Telefone: 7988110573
Educação:
Ocupação: AGRICULTOR
Nacionalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGENCIA (Dr ITALO CORDEIRO DE BARROS IZAIAS - CRM 18551)

Queixa do paciente:

PCTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 5 DIAS, ENCAMINHADO DO DOM HÉLDER COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Exame físico:

DOR E DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Prescrição/Conduta:

	Horário/Checkagem
01 - INTERNAMENTO	
02	
03	
04	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (enfermagem/imobilização)

COMANDA:





GUIA DE TRANSFERÊNCIA/ENCAMINHAMENTO

Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Reg: 13581
Idade: 40 Data de Admissão: 18/03/20

HISTÓRIA CLÍNICA:

EXAMES COMPLEMENTARES:

HD: HEPATOESPLÊNOMEGALIA
COM HEMORRAGIA SUBCUTÂNEA

PRESCRIÇÃO ATUAL:

TRANSFERIDO/ENCAMINHADO PARA:

SENHA: 13581

DATA: 18/03/20 HORA: 14:30

Medico/CRM





Nome: **GRIVANILDO SALES DA SILVA** (15/07/1994)

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)
Enfermaria:

Leitor: LENO 02

Data: / /

40:

FRANCIA LIBRA

0:00 10:

5372

CIRURCIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAPHISE TIBIA → (XX) DIREITA / () ESQUERDA
PLACA LM1 BLOQUEADA 4,5MM + PARAFUSOS CORTICAIS E DE BLOQUEIO
24/09/2010
MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

MÉDICO CIRURGIÃO:

D. J. UARIZ

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PISAR; AUXÍLIO DE MULETAS; EXERCÍCIOS IMEDIATOS DE TORNOZELO;
- 4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, SEGUNDA, 7H;

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 24/09/2019 as 14:01

DR. JUAZREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do membro superior
- CRM-PR 07891 - CUIABÁ, 1952
FEV. 1963

Dr. (a) JUAZREZ SEBASTIAN LIMA F LIMA

CRM:





Armindo Moura

Nome: GIVANILDO SALES DA SILVA (3025714)

Admissão: 325117

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª via - Farmácia / 2ª via - Paciente

Identificação do Paciente: 325117

Nome: GIVANILDO SALES DA SILVA (3025714)

Endereço: ENGENHO SERRA - Bairro: ZONA RURAL - CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE

Prescrição:

CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6H POR 7 DIAS

ALGICOD (paracetamol + fosfato de codeína 30+500mg) ----- 1 cx 24 comprimidos

TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL, DE 12/12H SE DORES FORTES

Identificação do Comprador

Identificação do Fornecedor

Nome:

Identidade:

Orgão emissor:

Endereço:

Cidade:

PE:

Assinatura do Farmacêutico

Telefone:

Data: / /

JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

15595

24/09/2019

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 24/09/2019 às 13:59

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:



HOSPITAL MODELO

Sistema de Internação -- Ficha de Paciente

Código..... 15091 Data.: 16/04/2011 Hora: 16:18
Nome.....GIVANILDO SALES DA SILVA
Apelido..... Situação: NORMAL;

Idade.....39a 8m 23d Dt.Nasc.: 30/12/1979
Documento..... Sexo..... MASCULINO
Sexo..... MASCULINO Cor..... SEM INFORMAÇÃO
Estado Civil: SOLTEIRO
Filiação.....GIVANILDO SALES DA SILVA
MIRIAM RODRIGUES DA SILVA

Endereço.....ENGENHO SERRA,
LOT 80
Cidade.....CASO -PE
Bairro.....CENTRO
Fone.....8185031800,81986576226,8186
Cep.....54510401

Distrito Sanitário:
Classe Econômica...
Tipo de Moradia...
Tipo de Residência:
Grau de Instrução...
Religião.....
Profissão.....OUTROS

Trabalho.....
Conjugal.....
Tipo Sanguíneo:
Doador.....N
Ocupação.....19791230GIVANILDO MIRIAM ROL
Usuário.....BETHESLS
Número CNS.....705000867151159
C.P.F.....00215981452
Registro.....
Identidade56400162 - SDSPE



TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002

Data: 20/09/19

Paciente: Qivanildo Sales da Silva

Registro: 15971

Peso Atual: 88

Peso Habitual: _____

Altura: 1,76

Idade: 39

Leito: Verde/770

Parte 1 – Triagem Inicial

Paciente Apresenta IMC < 20,5?	SIM	NÃO
Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?		X
Houve Redução na Ingesta de alimentos na última semana?	X	
Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI?	X	X

IMC: 28,4 kg/m²

SIM: Se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, o Nutricionista deverá continuar a preencher a parte 2.

NÃO: Se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente.

Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

Parte 2 – Triagem do Risco Nutricional

Estado Nutricional		Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
Ausente (Pontuação 0)	Estado Nutricional Normal	Ausente (Pontuação 0)	Necessidades Nutricionais Normais
Leve (Pontuação 1)	Perda de peso >5% em 3 meses ou ; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	Leve (Pontuação 1)	Fratura de Quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas: Cirose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); Diabetes, Câncer; Hemodiálise crônica.
Moderado (Pontuação 2)	Perda de peso >5% em 2 meses ou ; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 25-60% da necessidade normal na semana anterior.	Moderado (Pontuação 2)	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).
Grave (Pontuação 3)	Perda de peso >5% em 1 mês (>15% em 3 meses) ou IMC <18,5+ condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	Grave (Pontuação 3)	Trauma Craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE >10).

Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total = 2 *NAN secundário*

Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade > ou igual a 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Escore total > ou igual a 3: O paciente está em risco nutricional e a TN deve ser iniciada.

Escore total < 3: No momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Pontuação =1: A necessidade proteica está aumentada, mas o déficit proteico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

Pontuação =2 A necessidade proteica está substancialmente aumentada e o déficit proteico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais / dieta enteral.

Pontuação =3 A necessidade proteica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais / dieta enteral.

Elia A. Pereira Barreto

Nutricionista

CRN 6 - 10646

Nutricionista

Nutritional Risk Screening – NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pelo Guideline da ESPEN* para o âmbito hospitalar

*Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M : Educational and Clinical Practice Committee, European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003;22(4):415-21. "European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Questionário traduzido e utilizado pela nutricionista Mariana Rastan.

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: GUANILDO SAM MOTA Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: PCR por pontos ①

História da Doença Atual: _____

ACNUTE AUTOMOBILISTAS

FROT - EGCHM CNAI MOTA

Interrogatório Sintomatológica: _____

PCR + EGCHM



Exame Físico:

Neurovascular proximal
pulso (+)

Antecedentes Pessoais:

Medicações em Uso

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal:

Fractura da perna (+)

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

Trat - Hospitalar

Cabo de Santo Agostinho, / /

Dr. Igor Abutran
CRM 1000000000

19 SET. 2019

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

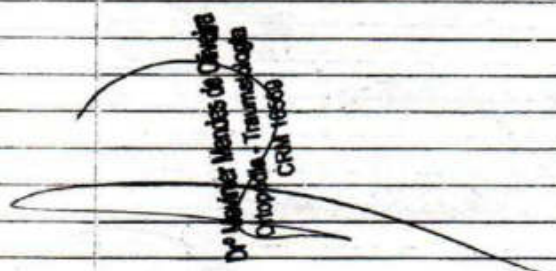




EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
22/09/18	Entrada
14:30	paciente em Serviço
	de Emergência Amado Mano
	623317
	
	Dr. Mendes da Costa
	Otorrinolaringologista
	CRM 16568



ALTERAÇÃO DE CADASTRO

Prontuário: 15091

Nome: GIVANILDO SALES DA SILVA

Mãe: MIRIAM RODRIGUES DA SILVA

Cadastro aberto com troca de letra no nome da mãe: MIRIAM RODRIGUES DA SILVA, pelo usuário BETHE SEA DE LEMOS SILVA em 16/04/2011.

Justificativa:

Tendo em vista a solicitação de correção feita pelo paciente apresentando documento CNH com identidade nº 5640163 SDS PE foi procedida a referida alteração.

Cabo, 18/11/2019

Rivania Brito

Coordenadora Same/Faturamento

21
HOSPITAL Dom Helder Câmara
José Julio
Assistente Administrativo
SAME/Faturamento

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES / PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 28, CEP: 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 523141

Data e Hora do Atendimento: 18/09/2019 12:33

Usuário do Atendimento: JOSEASF

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: GIVANILDO SALES DA SILVA

Prontuário: 15091

Nome da Mãe: MIRIAM RODRIGUES DA SILVA

Nome do Pai: IVANILDO SALES DA SILVA

Data do Nascimento: 30/12/1979

Idade: 39 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 56400163

SDSPE Data Emissão:

CPF: 07215981452

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: CABO

Escolaridade:

Carteira Nacional SUS: 705000867151159

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: ENGENHO SERRA

CENTRO

Cidade: CABO

PE

CEP: 54510401

Fone:

DADOS DO ATENDIMENTO

gem: BOMBEIRO

dico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

modação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 04

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 18/09/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

HDH-Hospital Dom Helder Câmara
Aluizio Barbosa
Assistente
SAME/Internamento

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Alta em: ____/____/____ Hora: _____

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

HDH - Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Faturamento - SAME
Em: 18/09/2019

Hospital Dom Helder Câmara
18/09/2019





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 523083

Data e Hora: 18/09/2019 12:12

Senha da Classificação:

0027

Paciente: 15091 GIVANILDO SALES DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 30/12/1979 Idade: 39 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MIRIAM RODRIGUES DA SILVA Nome do Pai: IVANILDO SALES DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: XISTO PESSOA DE LUNA NETO

Endereço: ENGENHO SERRA -- LOT 80 Bairro: CENTRO

Cidade/UF: CABO PE Usuário Atendimento: LAISMSR

RG (Identidade): 56400163 SDSPE Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 07215981452 Fone:

Cartão SUS: 705000867151159

Data de Emissão CRN:

CRM: 16635

RESUMO DE TRATAMENTO

Pes: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente de moto, cursando de dor em tornozelo direito, com dor muito forte.

Exame Físico

EM EUPNEIA CONSCIENTE E ORIENTADO. ATACADO. ADORAS: FORTÍSSIMO INDOLO. TORNZELO D: FORTÍSSIMO.

Hipótese Diagnóstica

1. FRACTURA DE TORNZELO D

Cond. Terapêutica

1. DFT 97.10001.

2. ALTA DA EMERGÊNCIA

Prescrição Médica

30 TRAMADOL 50MG.

SOLICITO: Rx de tornozelo D.

Reflexo 100 - 01 / 50 - 100 / 20

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____

Carimbo Médico:
CRM: 10295
Région: 2

ALTA DA URGÊNCIA PI
JENS



16:17 # encupemto. pte vilima de alças de biton

HQ povera Hes , lúcm crura

Der mzd.

DERX: Frot. FECHAM DG MJD.

CD: jz RX serie trmo +

RXtuz D + pum D + rã

Dr. Igor Abulrat
Médico CRM-PE 17777

18 SET. 2019



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 18/09/2019 12:02



Nome Paciente: GIVANILDO SALES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 30/12/1979
Sexo: Masculino
Idade: 39 anos
Senha: 0027
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 18/09/2019 12:08 - 18/09/2019 12:10

JULIANA BION OLIVEIRA - COREN: 445775 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

EMERGENCIA - VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE DEU ENTRADA PELA AREA VERMELHA COM BOMBEIROS, RELATO DE COLISAO CARRO X MOTO (EM USO DE CAPACETE) NA ZONA RURAL. REFERE DOR EM MID. CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPENICO.

Observação:

HAS-/ DM-/ DESCONHECE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

PA = 130 x 80 mmHg
SPB = 98%
FC = 63 bpm

Juliana Bion Oliveira
Coren-PR 445.775-ENF

Juliana Bion Oliveira
Coren-PR 445.775-ENF

Acolhido(a) por: JULIANA BION OLIVEIRA - COREN: 445775 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/09/2019 12:10

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





18/03/2020

Número: **0001976-10.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca do Cabo de Santo Agostinho**

Última distribuição : **18/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GIVANILDO SALES DA SILVA (AUTOR)		EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59448208	18/03/2020 14:08	ANEXO 2	Outros (Documento)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

- SEGURO

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



Nº DO SINISTRO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, GIVANILDO SALES DA SILVAPORTADOR / A DO RG Nº 5.640.163 EXPEDIDO POR SDS-PE EM 11/08/08 CPF / CNP Nº 072.159.814-52 PROFISSÃO SERVENTE E RENDA MENSAL DE R\$ 545,00NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA GIVANILDO SALES DA SILVAAUTORIZO A SEGURADORA EXCELSIOR SEGUROS

A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☒ (X) CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 1260-2Nº CONTA CORRENTE 0075754-3☐ () CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA POUPANÇA

☐ () CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA POUPANÇA

☐ () CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA POUPANÇA

☐ () CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA POUPANÇA

SAFE SEG SERVIÇOS

10 FEV. 2012

CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

EXCELSIOR SEGUROS

03 FEV. 2012

SEGURO DPVAT.

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.
UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS
INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA
INDENIZAÇÃO.

LOCAL CABO DE SANTO AGOSTINHO-PEDATA 01 / 02 / 2012

ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A

Givanildo Sales da Silva

ATENÇÃO:

- O Seguro DPVAT garante: indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP).

- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse www.dpvat.com.br ou ligue (21) 4009-1709, de segunda a sexta-feira, de 8h às 18h.

- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.





SAFE SEG SERVIÇOS
10 FEV. 2012
CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

EXCELSIOR SEGUROS
03 FEV. 2012
SEGURO DPVAT.



DUT
1004032



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADIAS	
DETRAN - PE		Nº 9169790200	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
1	342243659	EXERCICIO	2011
GILMAR SALES DA SILVA		PLACA	
CABO STD AGOSTINHO-PE		096.489.644-32	
PLACA ANT/VF		9C2K01670BR613944	
PLACA		FEG3658	
ESPECIE TIPO		PAS / MOTOCICLETA	
MARCA/MODELO		HONDA/CG 150 FAN ESI	
CAP/ROT/CL		2P/149CL	
CATEGORIA		PARTIC	
COR/PREDOMINANTE		VERMELHA	
VENO/COTAS		1º *****	
VENO/COTAS		2º *****	
VENO/COTAS		3º *****	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)	
SEGURO PAGO		DATA DE PAGAMENTO	
OBSERVAÇÕES			
AL. FID. BANCO PANAMERICANO SA			
CABO STD AGOSTINHO-PE			
Data: 17/08/11			

SEGURO DPVAT		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
PE Nº 9169790200		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
096.489.644-32		PLACA	
GILMAR SALES DA SILVA		FEG3658	
CABO STD AGOSTINHO-PE		096.489.644-32	
BILHETE DE SEGURO DPVAT		PE Nº 9169790200	
EXERCICIO		2011	
DATA EMISSAO		17/08/11	
MARCA/MODELO		HONDA/CG 150 FAN ESI	
VENO/COTAS		1º *****	
VENO/COTAS		2º *****	
VENO/COTAS		3º *****	
PREMIO TARIFARIO		PREMIO TOTAL (R\$)	
SEGURO PAGO		DATA DE PAGAMENTO	
OBSERVAÇÕES			
Seguradora Lider dos Consorcios do Seguro DPVAT-S/A			
CNPJ: 09.248.608/0001-04			

EXCELSIOR SEGUROS
03 FEV. 2012
SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVIÇOS
10 FEV. 2012
CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3



101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200																																																																																																				
101		102		103		104		105		106		107		108		109		110		111		112		113		114		115		116		117		118		119		120		121		122		123		124		125		126		127		128		129		130		131		132		133		134		135		136		137		138		139		140		141		142		143		144		145		146		147		148		149		150		151		152		153		154		155		156		157		158		159		160		161		162		163		164		165		166		167		168		169		170		171		172		173		174		175		176		177		178		179		180		181		182		183		184		185		186		187		188		189		190		191		192		193		194		195		196		197		198		199		200	
101		102		103		104		105		106		107		108		109		110		111		112		113		114		115		116		117		118		119		120		121		122		123		124		125		126		127		128		129		130		131		132		133		134		135		136		137		138		139		140		141		142		143		144		145		146		147		148		149		150		151		152		153		154		155		156		157		158		159		160		161		162		163		164		165		166		167		168		169		170		171		172		173		174		175		176		177		178		179		180		181		182		183		184		185		186		187		188		189		190		191		192		193		194		195		196		197		198		199		200	
101		102		103		104		105		106		107		108		109		110		111		112		113		114		115		116		117		118		119		120		121		122		123		124		125		126		127		128		129		130		131		132		133		134		135		136		137		138		139		140		141		142		143		144		145		146		147		148		149		150		151		152		153		154		155		156		157		158		159		160		161		16																																																																													



DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

1004037



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO TATUOUS DOBRI

07/11/29

Givanildo Sales da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RÉGISTRO CENAL 5.640.163 DATA DE EXPIRAÇÃO 11/08/2008

NOME << GIVANILDO SALES DA SILVA >>

FILIAÇÃO << IVANILDO SALES DA SILVA >> << MIRIAN RODRIGUES DA SILVA >>

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE 30/12/1979

DOC ORIGEM << CN.31391 L.A28 F.59 CART.1º CABO DE SANTO AGOSTINHO-PE 05.03.1986 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

SAFE SEG SERVIÇOS

10 FEV. 2012

CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

EXCELSIOR SEGUROS

03 FEV. 2012

SEGURO DPVAT.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
GIVANILDO SALES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / DMG. EMISSOR / UF
5640163 SDG PE

CPF
072.159.814-52

DATA NASCIMENTO
30/12/1979

FRANÇÃO
IVANILDO SALES DA
SILVA
MIRIAN RODRIGUES DA
SILVA

PERMISSÃO
ACE
CAT. HAB.
A

VP REGISTRO
04962751109

VIGÊNCIA
14/04/2015

V. HABILITAÇÃO
14/06/2010

OBSERVAÇÕES
sem observações

Givanildo Sales da Silva

LOCAL
CABO - PE

DATA EMISSÃO
12/07/2011

18052560968
PE041780469

PROIBIDO PLASIFICAR

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

410899042

SAFE SEG SERVIÇOS
10 FEV. 2012
CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

EXCELSIOR SEGUROS
03 FEV. 2012
SEGURO DPVAT.





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ORIENTAÇÃO FINAL

NOME: Guarilto Joly de Jesus REGISTRO Nº 15091

IDADE: 31a SEXO M DATA DA ADMISSÃO 16/04/11 DATA DA ALTA 19/04/11

DIAGNÓSTICOS DEFINIDOS: trauma caput e febre

PRESCRIÇÃO PARA O DOMICÍLIO: analg + antib

EXCELSIOR SEGUROS

03 FEV. 2012

SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVIÇOS

10 FEV. 2012

CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: paciente de 31 anos +

trauma de febre caput e febre

apresenta mal-estar de febre p/
resposta de febre de febre
pele no 2º tempo

PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA:

15 dias

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM ☒

NÃO ☐

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL 1 / 1 / 1

Dr. Cláudio Marques
Tramanda - Gerente
CRM 11874

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO



Relatório Médico

Sr. Médico: as informações prestadas por V.Sª. destinam-se à Itaú Seguros e serão mantidas em sigilo, como recomenda a ética médica.

☐ VGV/APC ☐ API ☐ PPI ☐ VIP/VIDA ☐ ITAUVIDA ☐ VIDAEMVIDA ☐ VIT ☒ DPVAT

1 - Nome do paciente Guilherme Sales da Silva Data de Nascimento _____

As informações abaixo podem ser apresentadas pelo Código Internacional de Doenças.

2 - Data do início da doença ou acidente 16.04.11 Hospital Am Helder Carneira

3 - Atendimento ambulatorial Diagnósticos / Causas Básicas Fratura exposta de joelho E

Data do 1º atendimento _____

Data dos demais atendimentos _____

4 - Atendimento hospitalar Hospital Hospital Am Helder Carneira Telefone _____

Diagnósticos / Causas Básicas tratamento cirúrgico / tratamento do tendão patelar E)

Data da 1ª internação _____

Data das demais internações _____

5 - Principais exames complementares realizados

Datas	Exames	Resultados
_____	_____	EXCELSIOR SEGUROS 03 FEV. 2012 SEGURO DPVAT.
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	

6 - Tratamentos realizados

☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Fisioterápico ☐ Quimioterápico ☐ Radioterápico ☐ Outros

Descrição _____

7 - Outro médico / hospital que atendeu o paciente em função do diagnóstico Médico _____ Telefone _____

Hospital _____ Telefone _____

00514-5 - 02/95

(assinado eletronicamente por V.Sª)



8 - No caso de perda anatômica indicar os níveis topográficos de amputação do membro ou órgão.

9 - No caso de redução ou perda do uso de algum membro ou órgão, preencher as informações abaixo:

Alterações funcionais de cada membro ou órgão	Grau de Redução Funcional			
	Mínimo (0 a 25%)	Médio (26 a 50%)	Máximo (51 a 75%)	Total (76 a 100%)
Deficit de força e de mobilidade de MIE	1	1	1	100%

10 - No caso de redução de acuidade visual, indicar sua avaliação empregando a Escala Snellen.

Acuidade Visual O.D.		Acuidade Visual O.E.	
sem correção	com correção	sem correção	com correção

11 - No caso de redução da função auditiva, anexar exame audiológico.

12 - A invalidez citada nos itens anteriores é de caráter permanente?	Data da alta do tratamento	
☒ Sim ☐ Não		

13 - No caso de invalidez por Doença, qual a data de sua constatação? ____/____/____

14 - Outras doenças ou deformidades já apresentadas anteriormente pelo paciente.

15 - Observações

CID- S81 + S86

Nome do Médico	Nº do CRM	Telefone
Endereço	Número	Cidade
		Estado

Local _____ Data _____ Assinatura do Médico

Dr. Jorge Araújo Pontes
Clínico Geral
Mat. 2325381 - CRM: 6.200

(FORMULÁRIO) - IMPRESSO ELETRONICAMENTE A LÁZAR

Dr. Jorge Araújo Pontes
Clinico Geral
CRM - 6200

Laudo Médico

- Atesto para o devido fato que
Gilvânildo Sales da Silva, sofreu
acidente de moto, sendo socorrido
no Hospital Am Helder Carneiro,
com fratura exposta de Joelho E, sendo
submetido a tratamento cirúrgico,
ficando com seqüela, e se encontra
de alta definitiva



Recife, 20/01/12

Dr. Jorge Araújo Pontes
Clinico Geral
Mat. 2325981 - CRM: 6.200

Rua da Palma, 295 — Edif. SAEL — 6º Andar — Sala 613
Recife — Pernambuco — Tel: 9132-5095 - 3224.5534
Médico do Hospital Getúlio Vargas



COMPROVANTE DE RESIDENCIA
1004040



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU GIVANILDO SALES DA SILVA

PORTADOR DO R.G. 5.640.163 E CPF 072.159.814-52

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE RESIDO ATUALMENTE NO ENDEREÇO ABAIXO
CITADO:

RUA/AV: RUA QUATRO

Nº 112 BAIRRO PIRAFAMA CIDADE CABO DE SANTO AGOSTINHO

UF PE CEP.: 54.505-100

TELEFONE PARA CONTATO.: 08186578226/08185611888/08188079958



RECIFE, 01 / 02 / 2012



Givanildo Sales da Silva
(Assinatura)



Loterias CAIXA

Atendimento a pessoas com deficiência (reclamações, sugestões e reclamações)
Ouvidoria: 0800 725 7474 (situações não solucionadas e denúncias)

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA

TARIFA SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA - Lei 10.438, de 16/04/02
COMERCIAL 0800 081 0120
PRONTIDÃO 0800 081 0196
ATENDIMENTO AO DEFICIENTE AUDITIVO OU DE FALA: 0800 381 0142
(ARPE) 0800 281 3833
AGÊNCIA NACIONAL DE ENERGIA ELÉTRICA - ANEEL
167 LIGACÃO GRATUITA DE TELEFONES FIXOS E
TARIFADA NA ORIGEM PARA TELEFONES CELULARES

DADOS DO CLIENTE
VANILDO SALÉS DA SILVA
CPF: 363.392.964-91
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA QUATRO 112

DATA DE VENCIMENTO
28/10/2011
TOTAL A PAGAR (R\$)
32,40

DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
14/10/2011
DATA DE APRESENTAÇÃO
21/10/2011
NÚMERO DA NOTA FISCAL
001023094
CONTA CONTRATO
7005307893
Nº DO CLIENTE
2001945650
Nº DA INSTALAÇÃO
5298367

PIRAPAMA/CABO
54505-100 CABO DE SANTO AGOSTINHO PE

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL \ RESIDENCIAL
Monofase
RESERVADO AO FISCO

77DC.9390.1548.FE96.2DFA.5B4E.A10B.0370

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo	60,0000000	0,49372000	29,62
Contribuição Iluminação Pública			1,42
Multa por atraso-NF 031037556 - 14/09/11			1,26
Juros por atraso-NF 031037556 - 14/09/11			0,10
TOTAL DA FATURA			32,40

SOLUÇÕES PARA O SEU DIA A DIA

SITUAÇÃO - Pessoa doente em casa, atendida por hospital residência?
SOLUÇÃO - Cadastre sua casa para receber avisos de desligamentos programados, apresentando a documentação comprovando o uso da equipamentos ligados continuamente, garantindo a vista do paciente. Informe-se no site www.celpe.com.br através do Celpe Serviços ou das Agências de Atendimento.

SITUAÇÃO - Disjuntor desligando constantemente?
SOLUÇÃO - Provavelmente é sobrecarga ou curto-circuito. Chame um profissional habilitado para revisar as instalações do imóvel. Evite acidentes.

EXCELSIOR SEGUROS
03 FEV. 2012
SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVIÇOS
10 FEV. 2012
CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

TARIFAS APLICADAS		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo	0,34427000	OUT 11	60
		SET 11	127
		AGO 11	
		JUL 11	
		JUN 11	
		MAI 11	
		ABR 11	
		MAR 11	
		FEV 11	
		JAN 11	
		DEZ 10	
		NOV 10	
		OUT 10	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	RS	%
Geração de Energia	9,37	31,64
Transmissão	1,06	3,68
Distribuição (Celpe)	8,19	27,65
Encargos Sociais	2,00	6,75
Tributos	8,97	30,28
Total	29,62	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS				COTRIB			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
29,62	05,00	1,48	29,62	0,94	0,28	29,62	0,30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO	Tipo DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSUMO (kWh)
41024293	CAT	14/09/2011	127,00	14/10/2011	187,00	30	1.000,00

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA: 12/11/2011 GRB10140504138

FORMAÇÕES IMPORTANTES

gamento em atraso gera: Multa 2%(Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1%a.m.(Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês. Cliente é compensado quando há violação na continuidade individual do nível de tensão de fornecimento.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
Descrição	CONJUNTO	VALOR SUPRIDO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA ANUAL
DIC - Nº. de horas sem energia		0,00	0,00	0,00
FIC - Nº. de vezes sem energia		0,00	0,00	0,00
DMC - Duração máxima de interrupção (minutos)		0,00	0,00	0,00

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	201	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





1 0 0 4 0 3 0

DOCUMENTO NÃO ENVIADO



CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE INIL
1004029

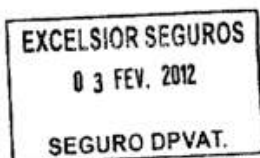


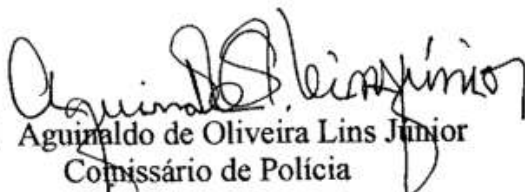
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DGOPJ GPRM 8º DPPOL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE - 40ª
CIRCUNSCRIÇÃO

DECLARAÇÃO

DECLARO para fins de comprovação junto à Seguradora Líder que
nessa Circunscrição não existe instalado nenhum Instituto de Medicina
Legal nem em suas proximidades.

Cabo de Santo Agostinho, 13 de dezembro de 2011.




Bel. Aginaldo de Oliveira Lins Junior
Comissário de Polícia
Matrícula - 152684-7





Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho
Secretaria Municipal de Saúde



192

DECLARAÇÃO

Consta em nº de ocorrência 586047 que o SAMU Cabo de Santo Agostinho foi solicitado para prestar atendimento ao **Sr. Givanildo Sales da Silva**, no dia 16 de abril de 2011 às 15h18minhs, na BR-101 km 102 - Pirapama; próximo a FUNASE no Cabo de Santo Agostinho; vítima de colisão de motocicleta com carro de passeio.

O mesmo foi atendido no local e posteriormente removido para o Hospital Dom Helder Câmara.

Cabo de Santo Agostinho, 17 de maio de 2011.

Atenciosamente,

Adriana C. Bezerra
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadora SAMU
Mat. 12122

Adriana C. Bezerra
Coordenadora Geral do SAMU
Mat. 12122

EXCELSIOR SEGUROS

03 FEV. 2012

SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVIÇOS

10 FEV. 2012

CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.089-3





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 040A. CIRCUNSCRICAO - CABO DE SANTO
AGOSTINHO

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº. 12E0130000718

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/01/2012 às 17:50

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no
dia 16/4/2011 às 18:18

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PIRAPAMA (BAIRRO), 01, BR 101 KM 102 PROXIMO A FUNASE -**
Bairro: **PIRAPAMA** - Município: **CABO DE SANTO AGOSTINHO** - Estado: **PERNAMBUCO** - País: **BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA** - Próximo: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
GILMAR SALES DA SILVA (OUTRO)
GIVANILDO SALES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GIVANILDO SALES DA
SILVA

SAFE SEG SERVIÇOS

10 FEV. 2012

CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

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

(VITIMA) - GIVANILDO SALES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: MIRIAN RODRIGUES DA SILVA; Pai: IVANILDO SALES DA SILVA Data de Nascimento: 30/12/1979; Naturalidade: CABO DE
SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 5640163/SDB/PE (RG) Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: AUXILIAR DE
SERVICOS GERAIS; Telefone de Contato: NAO INFORMADO; Telefone Celular: 36578228
Endereço Residencial: BAIRRO DE PIRAPAMA (BAIRRO), 01, ALTO DOS FUNCIONARIOS S/N, 55000-000, PIRAPAMA, CABO
DE SANTO AGOSTINHO, PERNAMBUCO, BRASIL
Endereço Comercial: NAO INFORMADO
Dados Comerciais: NAO INFORMADO

(OUTRO) - GILMAR SALES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: NAO INFORMADO; Pai: NAO INFORMADO Data de Nascimento: NAO INFORMADO; Naturalidade: NAO INFORMADO / NAO
INFORMADO / NAO INFORMADO

Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO; Telefone de Contato: NAO
INFORMADO; Telefone Celular: NAO INFORMADO
Endereço Residencial: NAO INFORMADO
Endereço Comercial: NAO INFORMADO
Dados Comerciais: NAO INFORMADO

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

PLACA(PEG3658) (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GILMAR SALES DA SILVA, que estava em posse
do(a) Sr(a): GIVANILDO SALES DA SILVA

EXCELSIOR SEGUROS

03 FEV. 2012

SEGURO DPVAT.

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA / HONDA / CG 180 - Objeto apreendido: Não - Número da Série: NÃO INFORMADO
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA) Valor Unitário: (MOEDA NÃO INFORMADA)

Placa: NÃO INFORMADO (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)

Descrição: FAN ESI Nº CHASSI(9C2KC1670BR613844) CÔD RENAVAL(342243659) ANO FAB/MOD(2011)

Complemento / Observação

CONFORME DECLARAÇÃO DO SAMU CONSTA EM Nº DE OCORRÊNCIA(800047) QUE O SAMU CABO DTO. AGOSTINHO FOI SOLICITADO PARA PRESTAR ATENDIMENTO AO SR. GIVANILDO SALES DA SILVA, NO DIA 10 DE ABRIL DE 2011 AS 18H18, NA BR -101 KM 102- PIRAPAMA: PRÓXIMO A FUNABE, VITIMA DE COLISÃO DE MOTOCICLETA COM CARRO DE PASSEIO. O MESMO FOI ATENDIDO NO LOCAL E POSTERIORMENTE REMOVIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA. A VITIMA INFORMA QUE ERA O CARONA NA MOTOCICLETA JÁ MENCIONADA E QUE BATEU AO LADO DE UM VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA. INFORMA AINDA QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE FICOU INCONCIENTE VINDO A RECUPERAR OS SENTIDOS NA VIATURA DO SAMU.

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

GIVANILDO SALES DA SILVA
(VITIMA)

Givanildo Sales da Silva

B.O. registrado pelo policial: TATIANA RIBEIRO DE MELO - Matrícula: 319898-4

EXCELSIOR SEGUROS

03 FEV. 2012

SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVIÇOS

10 FEV. 2012

CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3