



Número: **0000736-22.2020.8.17.3250**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Santa Cruz do Capibaribe**

Última distribuição : **16/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE HENRIQUE DA SILVA (AUTOR)	JECIANE DO NASCIMENTO FERREIRA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64085 290	02/07/2020 15:44	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:44:18
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215441859300000062902371>
Número do documento: 20070215441859300000062902371

Num. 64085290 - Pág. 1

ORTOP



AV. AGAMENON MAGALHÃES, 1116, MAURÍCIO DE NASSAU.

LAUDO MÉDICO (DPVAT)
JOSÉ HENRIQUE DA SILVA
CPF: 112.914.734-75

PACIENTE ACIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO COM FRATURA COMPLEXA EM TÍBULA ESQUERDA , NA DATA 21/10/2019, TRATADA CIRUGICAMENTE COM MATERIAL DE SINTESE

EVOLUI COM MARCHA CLAUDICANTE COM LIMITAÇÃO DE FLEXO- EXTENSÃO EM ARTICULAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO.

LIMITAÇÃO DE 80 %

REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

ALTA EM 09/01/2020

CID - 10: 582.3

CARUARU 09 DE JANEIRO 2020

DR. GUSTAVO LIBÓRIO
ORTOPEDIA & CIRURGIA DO TRAUMA ORTOPEDICO
RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO
CRM 15582 – TEOT 13985

Dr. Gustavo Libório
ORTOPEDIA & CIRURGIA DO TRAUMA ORTOPEDICO
CRM 15582 – TEOT 13985
TITULAR SEÇÃO DE ORTOPEDICO





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE
UMA CIDADE MELHOR PARA TODOS



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) JOSE HENRIQUE DA SILVA nascido em 28/10/1994 esteve nesta unidade hospitalar no dia 21/10/2019 por volta das 13h10min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 18 de NOVEMBRO de 2019.

ATENCIOSAMENTE

José Ademir Pereira
Data: 18/11/2019
Assinante: José Ademir Pereira
MAT. 514591

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hscc@gmail.com





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)**



UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.198.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE:(81)99982-5994 CEP:55190-000

01
Venelle

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0280028 21/10/2019 13:10:08 Código: 0177742
 Paciente: JOSE HENRIQUE DA SILVA SUS: 162313593370003
 Sexo: MASC D. Nasc.: 28/10/1994 Idade: 25 ANOS
 RG: CPF:
 Profissão:
 Filiação: Mãe: JOSELIA SILVA
 Pai: SIVONALDO PEDRO DA SILVA
 Endereço: R- JOAO OLEGARIO DO NASCIMENTO 27
 Bairro: ARMANDO ALEIXO Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
 Estado: PERNAMBUCO Fone:
 CEP:
 Pressão Arterial: 150 x 100 mmHg Pulso: 102 bpm
 Temperatura: Peso:

CÓPIA AUTORIZADA

Histórico da Doença atual:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Conduta:

Kátia C Costa Silva
Téc. Enfermagem
CORESP 629246

Liberação do Paciente: Data: / / Hora: / /

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

14:00h



FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 13:10

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apneia(); Cianose(); Estridor(); PC<50>140(); FR>32vpm(); Extremidades frias(); Pulso Fraco();
Pulso Ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsionando();
Inresponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intestinal(); Lesão grave();
Queimaduras>25% de SC ou ecornelamento de vias aéreas(); Hipoglicemia com sudorese intensa();
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC <50 ou >140(); PAS <90 ou >190mmhg();
PAD>130(); Febre >39°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas últimas 24horas();
Mucosas ressecadas();
Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas(); Abuso Sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa();
história até 72h de: Hematêmese(); Enterorragia(); Epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/material biológico();
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas(); TCE sem perda de consciência(); Febre sem outros sinais clínicos();
Lombalgia intensa(); Retorno com >24h(); Entorse, suspeita de fraturas, queimaduras(); Dor abdominal
sem alterações de SSW(10; PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas(); PAD entre 110 e 130mmhg
sem sintomas(); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia();
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas(); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal();
Corisa crônica ou recorrente(); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h(); Curativos ou retirada
de pontos(); Vômitos ou diarréia sem desidratação(); Constipação intestinal sem outros sintomas();
Administração de medicamentos(); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes();
OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA() AMARELA() VERDE() AZUL()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL() MÉDICO()

Brenna Loren: 400.405
ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO



Data e hora retirada da senha: 22/10/2019 10:25

Nome Paciente: JOSE HENRIQUE DA SILVA
Cod. Paciente:
Data de Nascimento: 28/10/1994
Sexo: Masculino
Idade: 24
Senha: U0008
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 22/10/2019 10:20 - 22/10/2019 10:21

MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: POUCO URGENTE
Cor: VERDE
Queixa Principal: VÍTIMA DE AIDENTE MOTO COM CAIRRO HA 24H, COM SINAIS DE FRATURA EM MIG.
Medicamento(s): HAS - DM -
Observação: SENHA 5788178
NEGA ALÉRGIAS
Fluxograma-sistema: FERIDAS
Desconfinador(es): INFLAMAÇÃO LOCAL?
Especialidades: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/10/2019 10:22

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome:

Jair Henrique da Silva

Doador de sangue número 5498470

- Pct. Cloro na medida aparente, 10 ml. com sifão e um pote de cloro interior.

- Pct. Glicose intravenosa 100g em sifão da sifão (Fechado)

- Sifão de glicose e Pandol da DROGARIA FARMACÊUTICA

Data: 20/01/09

MÉDICO

Nome:

Medicamentos:

Rg:

Data:

MÉDICO

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 01/11/2019 10:51

Atendimento: 328233 Entrada: 23/10/2019 Hora: 15:34
Acomodação: LEITO DIA 04
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR

Enfermaria: LEITO DIA
Permanência: 8 Dia(s), 19 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 162313593370003

Paciente: 1625064 JOSE HENRIQUE DA SILVA
Nascimento: 28/10/1994 (25 Anos)
Endereço: RUA JOSE BERNARDINO GOMES
Bairro: NOVO C.E.P.: 55190-000
Cidade: 2612505 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Pai: SIVONALDO PEDRO DA SILVA
Mãe: JOSELIA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 11291473475
Identidade: 9289994 - SDS - PE
Telefone: / 991961466
G.Instrução:
Ocupação: AUTONOMO
Naturalidade: CARUARU

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 23/10/2019 - 17:45

AVALIAÇÃO (Dr. NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR CRM 13240)

Queixa do paciente: VINDO DO HOF

FRATURA DA TIBIA ESQ

QUEDA DE MOTO HA 3 DIAS

SEM TCE - HEMODD-EST - ISOCO-EUPN-ACIANO-CONSC

PELE = ESCORIAÇÕES LOCAIS LIMPAS - 1 FLICTENA PEQ LIMPA

PERF+

NV+

NEGA COMORBIDADES

NEGA ALERGIAS

		Horário/Checagem
01	INTERNAMENTO CIRURGICO	
02		
03		
04		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital: Hospital de Arapiraca
Serviço de Atendimento: (81) 3232-3300
fone: (81) 3232-3300
E-mail: Cleto.Campelo@arapiraca.gov.br

Página 1 de 1



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 01/11/2019 10:51

Atendimento: 328233 Entrada: 23/10/2019 Hora: 15:34
Acomodação: LEITO DIA 04
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: NISAN BAJA DA ROCHA JUNIOR

Enfermaria: LEITO DIA
Permanência: 8 Dia(s), 19 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 162313593370003

Paciente: 1625964 JOSE HENRIQUE DA SILVA
Nascimento: 28/10/1994 (25 Anos)
Endereço: RUA JOSE BERNARDINO GOMES
Bairro: NOVO C.E.P.: 55190-000
Cidade: 2612605 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Pal: SIVONALDO PEDRO DA SILVA
Mãe: JOSELIA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 11291473475
Identidade: 9289994 - SDS - PE
Telefone: / 981961468
G.Instrução:
Ocupação: AUTONOMO
Naturalidade: CARUARU

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Presc Em: 30/10/2019 - 10:06 ...

AVALIAÇÃO (Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO CRM 10591)

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Cirurgião: TARCISIO LYRA DE BRITO - CRM : 10591

Aux 1:silvio johnson

Anestesista: ellvelton

Instrumentador:eder

Diagnóstico Pre-Operatório:

FRATURA DA TIBIA ESQ+LESÃO DE TENDÃO PATELAR

Cirurgia Realizada:

1. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIÁFISÁRIA DA TÍBIA
2. TENODESE D EPATELAR

CIRURGIA MULTIPLA

Diagnóstico Pos-Operatório:

O mesmo

Acidentes:

Não houve

Descrição:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA MIE
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS MIE
ARTROTOMIA DO JOELHO MEDIANTE INCISÃO TRANSPATELAR COM ABERTURA POR PLANOS E OBSERVADA
LESÃO PARCIAL DE TENDÃO PATELAR
REDUÇÃO DA FRATURA E PASSAGEM DE FIO GUIA INTRAMEDULAR
FRESAGEM DO CANAL INTRAMEDULAR TIBIAL
PASSAGEM DE HASTE TIBIAL BLOQUEADA N° 360X9
RETRÍADA DO FIO GUIA
COLOCAÇÃO DE 02 PARAFUSOS DE BLOQUEIO DISTAL

Página 1 de 2



**REALIZADO MANOBRAS PULL BACK PARA IMPACTAÇÃO
COLOCAÇÃO DE 02 PARAFUSOS DE BLOQUEIO PROXIMAL
COLOCAÇÃO DE PARAFUSO TAMPÃO
LAVAGEM DAS FERIDAS COM SF 0,9%
DESBRIDAMENTO E TENODESE DO TENDÃO PATELAR EM TUBEROSIDADE ANTERIOR DA TIBIA
SÍNTESE POR PLANOS COM VICRYL E NYLON
USADA FLUOROSCOPIA
CURATIVO OCLUSIVO**

Materiais Prostmed

**HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA PARA TIBIA N° 360X9 - 01 UNIDADE
PARAFUSO DE BLOQUEIO - 04 UNIDADES
PARAFUSO TAMPÃO - 01 UNIDADE**

Página 2 de 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:44:18
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215441859300000062902371>
Número do documento: 20070215441859300000062902371

Num. 64085290 - Pág. 12



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JOSE HENRIQUE DA SILVA (1625964)

Admissão: 328233

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

ATESTADO MEDICO

Atesto para os devidos fins que JOSE HENRIQUE DA SILVA compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10: S82

- () Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).
- (X) Necessitando de (15) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.
- () Como acompanhante.
- () Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Dr. Tarcisio Lyra
Ortopedia-Traumatologista
CRM/PE - 10.591

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 30/10/2019 as 10:14

Dr. (a)TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:





Nome: JOSE HENRIQUE DA SILVA (1625964)

Admissão: 328233

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria: Leito: LEITO DIA 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/LAUDO MEDICO

HD:

CID: <<S82>>FRATURA DE DIAFISE DA TIBIA ESQ+LESÃO DE TENDÃO PATELAR

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 23/10/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 30/10/2019.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA COM HASTE BLOQUEADA+TENODESE PATELAR

MÉDICO CIRURGIAO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;

2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;

3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;

4 - RETORNAR DIA 27/11/19 AS 10 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;DEAMBULAR COM 2 MULETAS E REALIZAR CARGA PARCIAL NO MIE. INICIAR FISIOTERAPIA. REQUISIÇÃO EM ANEXO.

5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

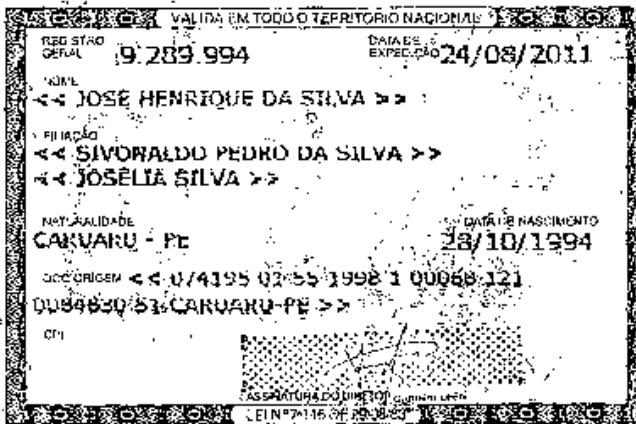
Data: 30/10/2019 as 10:16

Dr. (a)TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:

Dr. Tarcisio Lyra
Ortopedia/Traumatologia
CRM/SP - 10.591
09/10/2019





MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
112.914.734-75

Name
JOSE HENRIQUE DA SILVA

Nascimento
28/10/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
21E7.8B0A.C432.A5DE

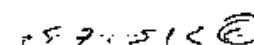
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:38:39 do dia 09/07/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)**

01

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.198.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE:(81)99982-5994 CEP:55190-000

Venelle

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0280028 21/10/2019 13:10:08 Código: 0177742
Paciente: JOSE HENRIQUE DA SILVA SUS: 162313593370003
Sexo: MASC D. Nasc.: 28/10/1994 Idade: 25 ANOS
RG: CPF:
Profissão:
Filiação: Mãe: JOSELIA SILVA
Pai: SIVONALDO PEDRO DA SILVA
Endereço: R- JOAO OLEGARIO DO NASCIMENTO 27
Bairro: ARMANDO ALEIXO Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Estado: PERNAMBUCO Fone:
CEP:

Pressão Arterial: 150 x 100 mmHg Pulso: 102 bpm
Temperatura: Peso:

CÓPIA AUTORIZADA

Histórico da Doença atual:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Conduta:

Kátia C. Costa Silva
Téc. Enfermagem
CORESP 629246

Liberação do Paciente: Data: / / Hora: / /

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

UPA - 5458148

14:00h



FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 13:10

Doenças preexistentes:

Alergias:

Uso de medicações:

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apneia(); Cianose(); Estridor(); PC<50>140(); FR>32vpm(); Extremidades frias(); Pulso Fraco();
Pulso Ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsionando();
Inresponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intestinal(); Lesão grave();
Queimaduras>25% de SC ou ecornelamento de vias aéreas(); Hipoglicemia com sudorese intensa();
OBS:

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC <50 ou >140(); PAS <90 ou >190mmhg();
PAD>130(); Febre >39°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas últimas 24horas();
Mucosas ressecadas();
Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas(); Abuso Sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa();
história até 72h de: Hematêmese(); Enterorragia(); Epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/material biológico();
OBS:

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas(); TCE sem perda de consciência(); Febre sem outros sinais clínicos();
Lombalgia intensa(); Retorno com >24h(); Entorse, suspeita de fraturas, queimaduras(); Dor abdominal
sem alterações de SSW(10; PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas(); PAD entre 110 e 130mmhg
sem sintomas(); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia();
OBS:

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas(); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal();
Corisa crônica ou recorrente(); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h(); Curativos ou retirada
de pontos(); Vômitos ou diarréia sem desidratação(); Constipação intestinal sem outros sintomas();
Administração de medicamentos(); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes();
OBS:

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA() AMARELA() VERDE() AZUL()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL() MÉDICO()

Brenna Loren: 400.405

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO





Tarifa Social de Energia Elétrica. Criada pela Lei 10.438, de 20/04/02

COMPAGNA DE ENERGIA DA PERNAMBUCO S.A.
Companhia Energética do Pernambuco
Av. João de Barros, 311, Bos. Vida, Recife - PE, CEP 50060-902
CNPJ 00.000.000/0001-00 Fone/Fax: 000-000-00 / www.cep.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSÉ LIMA SENA

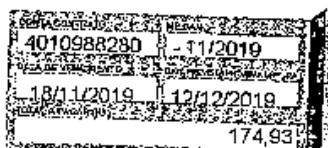
EXCELENCIA DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSE BERNARDINO GOMES 30

CPF: 348.469.814-87 NIS: 20631426/49

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COMUM

BAIRRO NOVO SANTA CRUZ DO CABIBARI
SANTA CRUZ DO CABIBARI/PE
55192-390

00000000000000000000000000000000	00000000000000000000000000000000
00000000000000000000000000000000	00000000000000000000000000000000
00000000000000000000000000000000	00000000000000000000000000000000
00000000000000000000000000000000	00000000000000000000000000000000



DETALHAMENTO DA CONTA DE ENERGIA	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	0,23247243
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,000000
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,14685275
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,07493211
Acréscimo Bandeira VERMELHA	30,000000
Acréscimo Bandeira VERDE	0,74932123
ICMS Subvenção-CDE-NF 0702900001-06mp/18	2,66
Multa por atraso-NF 050002658 - 08/10/18	3,38
Juros por atraso-NF 080002288 - 09/10/19	18,74
Juros por atraso-NF 080002288 - 09/10/19	0,00
Ajuste da ICP-M-NF 080002353 - 08/10/19	2,38
Ajuste da ICP-M-NF 080002353 - 08/10/19	0,03
Ajuste da ICP-M-NF 080002353 - 08/10/19	0,52

TOTAL DA FATURA: 174,93

IP NO	TIPO DA MEDIDOR	DATA DE LEITURA	ANTERIOR	ATUAL	IP NO	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
00000000000000000000000000000000	00000000000000000000000000000000	00/10/2018	30350,00	30351,00	00/11/2018	30351,00	0,00	239,00

PERÍODO	VALOR DO IMPPOSTO	VALOR DA FRANQUIA	VALOR DA DESCONTO	VALOR DA TAXA DE MANUTENÇÃO	VALOR DA TAXA DE SERVIÇO
NOV/18 256	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ/18 257	204,5	123,88	20,00	30,00	3,43
JAN/19 153	218	123,88	0,00	1,41	0,00
FEB/19 154	205	123,88	0,00	4,42	0,00
MAR/19 155	205	123,88	0,00	4,42	0,00
ABR/19 156	205	123,88	0,00	4,42	0,00
MAY/19 257	205	123,88	0,00	4,42	0,00
JUN/19 217	205	123,88	0,00	4,42	0,00
JUL/19 218	205	123,88	0,00	4,42	0,00
AGO/19 219	205	123,88	0,00	4,42	0,00
SETE/19 220	205	123,88	0,00	4,42	0,00
OUT/19 221	205	123,88	0,00	4,42	0,00
NOV/19 222	205	123,88	0,00	4,42	0,00
DEZ/19 223	205	123,88	0,00	4,42	0,00
JAN/20 224	205	123,88	0,00	4,42	0,00
FEB/20 225	205	123,88	0,00	4,42	0,00
MAR/20 226	205	123,88	0,00	4,42	0,00
ABR/20 227	205	123,88	0,00	4,42	0,00
MAY/20 228	205	123,88	0,00	4,42	0,00
JUN/20 229	205	123,88	0,00	4,42	0,00
JUL/20 230	205	123,88	0,00	4,42	0,00
AGO/20 231	205	123,88	0,00	4,42	0,00

Este documento é assinado eletronicamente e contém código de verificação para download. O link para download é: <https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215441859300000062902371>. O link é válido por 120 dias a partir da geração da assinatura digital. Caso o link expira, entre em contato com a Central de Atendimento ao Cliente da CELPE para obter um novo link.

As condições de uso da
Assinatura Digital da CELPE:
1. A assinatura digital é utilizada para
autenticação de documentos eletrônicos
em conformidade com a legislação
pertinente, garantindo a validade
jurídica dos atos assinados.
2. A assinatura digital é gerada por
um dispositivo autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

3. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

4. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

5. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

6. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

7. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

8. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

9. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

10. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

11. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

12. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

13. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

14. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

15. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

16. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

17. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

18. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

19. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

20. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

21. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

22. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

23. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

24. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

25. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

26. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

27. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

28. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

29. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

30. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

31. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

32. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

33. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

34. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

35. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

36. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

37. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

38. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

39. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

40. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

41. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

42. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

43. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

44. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

45. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

46. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

47. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

48. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

49. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

50. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

51. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

52. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

53. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

54. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

55. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

56. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

57. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

58. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

59. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

60. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

61. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

62. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

63. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

64. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

65. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

66. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

67. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

68. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

69. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

70. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

71. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

72. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

73. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

74. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

75. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

76. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

77. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

78. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

79. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

80. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

81. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

82. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

83. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

84. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

85. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

86. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

87. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

88. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

89. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

90. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

91. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autorizado e
seguro, com identificação
única e不可逆の。

92. A assinatura digital é
gerada por um dispositivo
autor



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 08h 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 81 89 | SAC (para diferentes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Unidiflora: 0800 021 91

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&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 falta de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

À recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização pelo Seguro DPVAT, contudo, na determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E REGULAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSÉGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DO FAZENDA, TEM POR FINALIDADES DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.633/98.

Pelo exposto, eu Rosane Formosinho da Silveira

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 628.462.924-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Henrique da Silveira Inscrito (a) no CPF sob o N° 112.914.734-75

do sinistro de DPVAT cobertura multivias da vítima José Henrique da Silveira

Inscrito (a) no CPF sob o N° 112.914.734-75, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: recurso on-line. Renda: recurso on-line e apresento os documentos comprobatórios

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, encanando 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. 289 do Código Penal.

Endereço:	Número:	Complemento:
<u>Rua Antônio Vitalino</u>	<u>02</u>	<u>casa</u>
<u>Ita do Moura</u>	<u>PE</u>	
<u>E-mail:</u>	<u>55000-000</u>	
<u>rose.mene2008@yahoo.com.br</u>	<u>8319-9215-1676</u>	

Local e Data: Caruaru - PE - 18/12/2019

Rosane Formosinho da Silveira
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0218004305

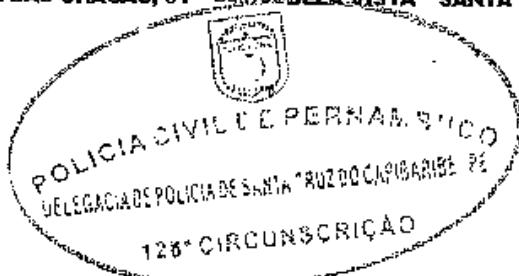
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/11/2019** às **14:43**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **21/10/2019** às **13:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA AMARO MANOEL DAS CHAGAS, 01 - Bairro: BELA VISTA - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
TAMYRES NAYARA DA SILVA (OUTRO)
JOSE HENRIQUE DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSÉ HENRIQUE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSELIA SILVA** Pai: **SIVONALDO PEDRO DA SILVA** Data de Nascimento: **28/10/1994** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9289994/SDS/PE (RG), 11291473475 (CPF)** Profissão: **ESTOQUISTA** Telefones Celulares: **- 81992684957**

Residencial: **RUA JOSE BERNARDINO GOMES - BAIRRO NOVO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 30 - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

TAMYRES NAYARA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SIVONALDO PEDRO DA SILVA** Pai: **JOSELIA SILVA** Data de Nascimento: **25/01/1987** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3115116/SSP/PB (RG), 06801582437 (CPF)** Profissão: **SECRETARIA(O)** Telefones Celulares: **- 81992043191**

Endereço Residencial: **RUA JOSE DA SILVA NEVES, 351 - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO NECO ARAGAO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TAMYRES NAYARA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TAMYRES NAYARA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ 110i** Objeto apreendido: **Não**

20/11/2019 14:43



Cor: VERMELHA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCW1793 (PERNAMBUCO/VERTENTES) Chassi: 9G2JB0100JR101598

Ano Fabricação/Modelo: 2017/2018 Combustível: GASOLINA

Descrição: EM POSSE DE TAMYRES NAYARA DA SILVA NO MOMENTO DA OCORRÊNCIA. RENAVAM: 11411011367.

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA PELA REFERIDA VIA QUANDO NUM CRUZAMENTO A CONDUTORA NÃO IDENTIFICADA DO VEICULO FIORINO COR BRANCA ADENTROU DE VEZ NA AVENIDA, OCASIÃO A QUAL ATINGIU OS OCUPANTES DA MOTO HONDA POP 100. COM A COLISÃO, JOSÉ HENRIQUE DA SILVA FOI ATINGIDO NA Perna ESQUERDA. A CONDUTORA DA MOTOCICLETA NÃO SOFREU FERIMENTOS. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA UPA MUNICIPAL PARA ATENDIMENTO MÉDICO, SENDO ENCAMINHADA POSTERIORMENTE PARA HRA DE CARUARU E EM MOMENTO ULTERIOR, AO HOSPITAL DA CIDADE DE MORENO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, TENDO ALTA DIAS DEPOIS. DIANTE DO EXPOSTO O FATO FOI REGISTRADO NESTA UNIDADE POLICIAL PARA PROVIDENCIAS CABÍVEIS.

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

José Henrique da Silva
JOSÉ HENRIQUE DA SILVA
(VITIMA)

TAMYRES NAYARA DA SILVA
(OUTRO)

B.O. registrado por: MARCIA NUNES DE MAGALHÃES FERREIRA - Matrícula: 3201244



20/11/2019 14:46



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:44:18
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215441859300000062902371>
Número do documento: 20070215441859300000062902371

Num. 64085290 - Pág. 22



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DAAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARIA) INVALIDEZ PERMANENTE Morte

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF da vítima:

152.914.734-75 José Henrique da Silveira

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP N° 445/2012

5 - Nome completo:

José Henrique da Silveira

6 - CPF:

312.914.734-75

7 - Profissão:

alimentador

8 - Endereço:

Rua José Bernadino Gomes

9 - Número:

30

10 - Complemento:

lasse

11 - Bairro:

Bairro menor

12 - Cidade:

Santa Cruz do Capib.

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

59192-390

15 - E-mail:

chave.menor2008@yahoo.com.br

16 - Tel. (DDI):

181-99215-1674

17 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ, COM CURADOR

18 - Nome completo do Representante Legal:

19 - 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:

 REQUER INFORMAR SEM RENDA R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.500,00 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 DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (somente para os bônus abém, Assinale uma opção) Bradesco (297) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA: 4038

CONTA: 013.000.22752.0

(Informar o dígito de exstir)

(Informar o dígito de exstir)

 CONTA CORRENTE (informar banco)

Nome do BANCO:

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

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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 período.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do autorizador, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREenchimento somente para cobertura de morte

24 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (a Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):		<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a Vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima tem filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	<input type="checkbox"/> Tocados	<input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima deixou parentes (avôs/avós)?	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não				31 - Vítima teve parentes?	<input type="checkbox"/> Sim
					32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	<input type="checkbox"/> Tocados
					33 - Vítima deixou pais/avós/vóis?	<input type="checkbox"/> Sim
						<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 haverá gêra a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista na artigo 299 do Código Penal.



35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da Testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da Testemunha

40 - Local e Data, Recife, 21 de Janeiro 2020

José Henrique da Silveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Data:



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DAAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARIA) INVALIDEZ PERMANENTE Morte

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF da vítima:

152.914.734-75 José Henrique da Silveira

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo: José Henrique da Silveira

6 - Profissão: Alentejano

7 - Endereço: Rua José Bernadino Gomes

8 - Bairro: Santa Cruz do Capib.

9 - Cidade: PE

10 - Estado: 59192-390

11 - E-mail: vose-mere2008@yahoo.com.br

12 - Tel. (DDI): 181-99215-1674

13 - Número: 30 Casa

14 - CEP: 59192-390

15 - Tel. (DDI): 181-99215-1674

16 - Complemento:

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 abaixo [ANEXAR CóPIA].

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> REQUER INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTORE)

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (informar banco)
---	--

<input type="checkbox"/> Bradesco (297)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
---	-------------------------------------

<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (101)
--	---

AGÊNCIA: 4038	CONTA: 013.000.22752.0	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
---------------	------------------------	----------------	--------------

(Informar o dígito de exata)			
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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 período.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do autorizador, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREenchimento somente para COBERTURA DE Morte

24 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Vivos	24 - Data do óbito da vítima:
--	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a Vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---	---

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Tocados	30 - Vítima deixou herdeiro (sobreviventes): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Tocados	33 - Vítima deixou pais/avós/vóis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--	--	--

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte à aqueles beneficiários que se apresentarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira haverá ensejo à obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista na artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____
--	-----------------------

35 - CPF legível da pessoa que assina a pedido (a rogo)	CPF: _____
---	------------

36 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante	Assinatura da Testemunha
---	--------------------------

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____
--	-----------------------

38 - CPF legível da pessoa que assina a pedido (a rogo)	CPF: _____
---	------------

40 - Assinatura da Testemunha	41 - Assinatura do Procurador (se houver)
-------------------------------	---

10 - Local e Data, Recife, 21 de Janeiro 2020

José Henrique da Silveira

Assinatura da vítima/beneficiário declarante

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Data Assinatura





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, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200033171 Vítima: JOSE HENRIQUE DA SILVA

Data do Acidente: 21/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE HENRIQUE DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE HENRIQUE DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001038

Conta: 0000022752-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Pag. 01381/01382 - carta_15R - INVALIDEZ



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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200033171 Vítima: JOSE HENRIQUE DA SILVA

Data do Acidente: 21/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE HENRIQUE 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, contados 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 15398726



pag. 00193/00194 - carta 01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:44:18
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215441859300000062902371>
Número do documento: 20070215441859300000062902371

Núm. 64085290 - Pág. 26

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE HENRIQUE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000022752-0

Nr. da Autenticação 2546381C329B2D60



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:44:18
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215441859300000062902371>
Número do documento: 20070215441859300000062902371

Num. 64085290 - Pág. 27

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0460780/19

Vítima: JOSE HENRIQUE DA SILVA

CPF: 112.914.734-75

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 21/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE HENRIQUE 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
DUT
Outros

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA : 628.462.994-04

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

JOSE HENRIQUE DA SILVA : 112.914.734-75

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: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA
CPF: 628.462.994-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:44:18
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215441859300000062902371>
Número do documento: 20070215441859300000062902371

Num. 64085290 - Pág. 28

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:

José Henrique da Silva

Nacionalidade:

Brasileiro

Estado civil: Solteiro

Profissão:

Almanaque

Identidade:

9.289.994

CPF: 532.914.734-75

Endereço:

Av. José Bonifácio Ferreira N° 320, Bairro

Novo, Santa Cruz do Capibaribe PE.

CEP = 55192-390.

OUTORGADO:

Nome:

Romane Ferreira da Silva

Nacionalidade:

Brasileiro

Estado civil: Solteiro

Profissão:

Almanaque

Identidade:

6274229

CPF: 628-462-994-04

Endereço:

Av. Mestre Vilalba N° 02, Bairro

Moura, Caruaru - PE.

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado átima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

Santa Cruz do Capibaribe - PE 20-11-2019
LOCAL E DATA:

José Henrique da Silva
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA

Av. Tito Silveira Araújo, 174 - Centro
Santa Cruz do Capibaribe - PE - Fone: (81) 3719-1793

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(s) de: () José Henrique da Silva, bau fe, Santa Cruz do Capibaribe, 20/11/2019, 15-03 - Total: 4.91. Em Testemunho: () da verdade.
Romana Eva dos Santos Cavalcanti Sales () acreavente.
Selos: 0189487.YGN10201802.025277



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0460780/19

Vítima: JOSE HENRIQUE DA SILVA

Data do acidente: 21/10/2019

CPF: 112.914.734-75

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE HENRIQUE DA SILVA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

Outros

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA : 628.462.994-04

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

JOSE HENRIQUE DA SILVA : 112.914.734-75

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

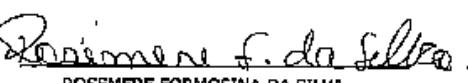
O prazo para o pagamento da Indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de Indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 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 Invalidade 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: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA
CPF: 628.462.994-04

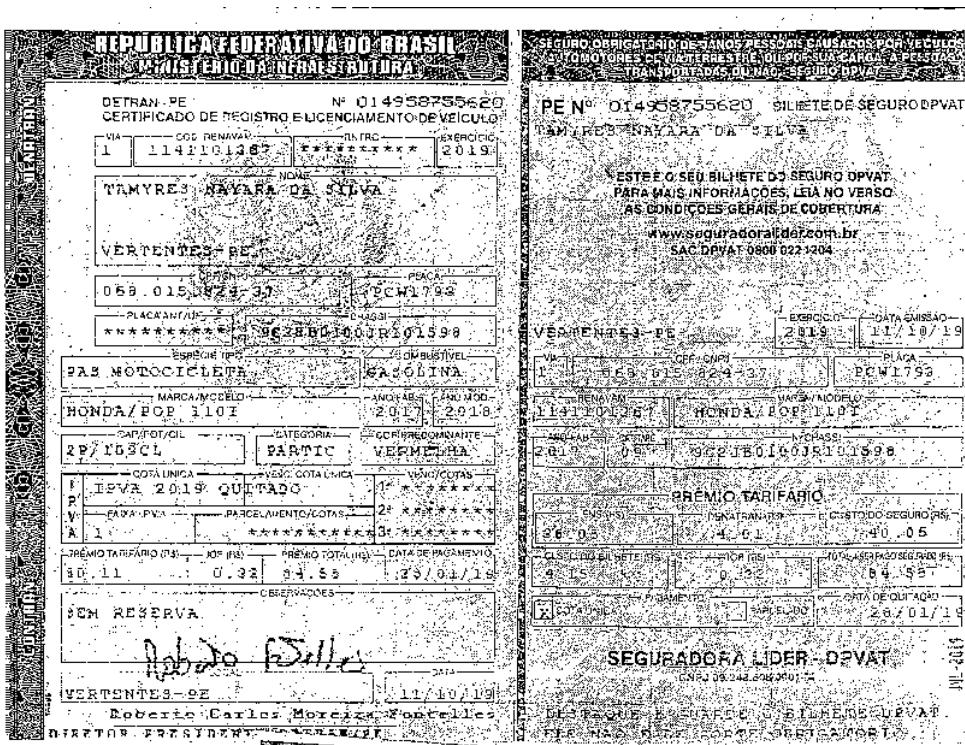

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

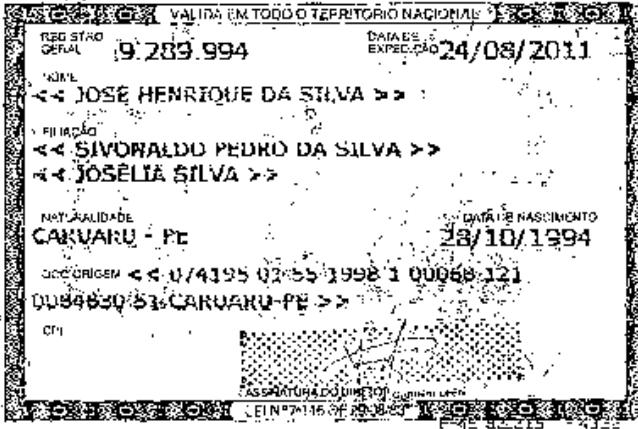
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06


Eduardo Rodrigo de Sousa Borges







MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
112.914.734-75

Name
JOSE HENRIQUE DA SILVA

Nascimento
28/10/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

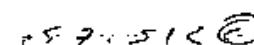
CÓDIGO DE CONTROLE
21E7.8B0A.C432.A5DE

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil
8:39 do dia 09/07/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:44:18
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215441859300000062902371
Número do documento: 20070215441859300000062902371

Num. 64085290 - Pág. 33



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 08h 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 81 89 | SAC (para diferentes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Unidiflora: 0800 021 91

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&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 falta de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

À recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização pelo Seguro DPVAT, contudo, na determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E REGULAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSÉGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DO FAZENDA, TEM POR FINALIDADES DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.633/98.

Pelo exposto, eu Rosane Formosinho da Silveira

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 628.462.924-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Henrique da Silveira Inscrito (a) no CPF sob o N° 112.914.734-75

do sinistro de DPVAT cobertura multivias da vítima José Henrique da Silveira

Inscrito (a) no CPF sob o N° 112.914.734-75, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: recurso on-line. Renda: recurso on-line e apresento os documentos comprobatórios

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, encanando 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. 289 do Código Penal.

Endereço:	Número:	Complemento:
<u>Rua Antônio Vitalino</u>	<u>02</u>	<u>casa</u>
<u>Ita do Moura</u>	<u>PE</u>	
<u>E-mail:</u>	<u>55000-000</u>	
<u>rose.mene2008@yahoo.com.br</u>	<u>8319-9215-1676</u>	

Local e Data: Caruaru - PE - 18/12/2019

Rosane Formosinho da Silveira
Assinatura do Declarante



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE
UMA CIDADE MELHOR PARA TODOS



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) JOSE HENRIQUE DA SILVA nascido em 28/10/1994 esteve nesta unidade hospitalar no dia 21/10/2019 por volta das 13h10min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 18 de NOVEMBRO de 2019.

ATENCIOSAMENTE

José Ademir Pereira
Data: 18/11/2019
Matr.: 514591

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hscc@gmail.com





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)**

01

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.198.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE:(81)99982-5994 CEP:55190-000

Venelle

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0280028 21/10/2019 13:10:08 Código: 0177742
Paciente: JOSE HENRIQUE DA SILVA SUS: 162313593370003
Sexo: MASC D. Nasc.: 28/10/1994 Idade: 25 ANOS
RG: CPF:
Profissão:
Filiação: Mãe: JOSELIA SILVA
Pai: SIVONALDO PEDRO DA SILVA
Endereço: R- JOAO OLEGARIO DO NASCIMENTO 27
Bairro: ARMANDO ALEIXO Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Estado: PERNAMBUCO Fone:
CEP:

Pressão Arterial: 150 x 100 mmHg Pulso: 102 bpm
Temperatura: Peso:

CÓPIA AUTORIZADA

Histórico da Doença atual:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Conduta:

Kátia C Costa Silva
Téc. Enfermagem
CORESP 629246

Liberação do Paciente: Data: / / Hora: / /

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

UPA - 5458148

14:00h

FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 13:10

Doenças preexistentes:

Alergias:

Uso de medicações:

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apneia(); Cianose(); Estridor(); PC<50>140(); FR>32vpm(); Extremidades frias(); Pulso Fraco();
Pulso Ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsionando();
Inresponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intestinal(); Lesão grave();
Queimaduras>25% de SC ou acrinhamento de vias aéreas(); Hipoglicemia com sudorese intensa();
OBS:

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC <50 ou >140(); PAS <90 ou >190mmhg();
PAD>130(); Febre >39°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas últimas 24horas();
Mucosas ressecadas();
Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas(); Abuso Sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa();
história até 72h de: Hematêmese(); Enterorragia(); Epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/material biológico();
OBS:

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas(); TCE sem perda de consciência(); Febre sem outros sinais clínicos();
Lombalgia intensa(); Retorno com >24h(); Entorse, suspeita de fraturas, queimaduras(); Dor abdominal
sem alterações de SSW(10; PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas(); PAD entre 110 e 130mmhg
sem sintomas(); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia();
OBS:

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas(); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal();
Corisa crônica ou recorrente(); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h(); Curativos ou retirada
de pontos(); Vômitos ou diarréia sem desidratação(); Constipação intestinal sem outros sintomas();
Administração de medicamentos(); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes();
OBS:

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA() AMARELA() VERDE() AZUL()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL() MÉDICO()

Brenna Loren: 400.405
ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 564620

Prontuário: 347512

Name: JOSE HENRIQUE DA SILVA

Nome: JOSE HENRIQUE DA SILVA
Data Nasc.: 28/10/1994 Idade: 24 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: 000.000.000-00 RG: 02889994 CNS: 18231359337/0003

Endereço: RUA JOSE BERNARDINO GOMES **Nº:** 30
Bairro: BAIRRO NOVO **Cidade:** SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE **Estado:** PE

Cidade: SANTA CRUZ DO ORIÃO - Profissão:

Nome da Mãe: JOSEFA SILVA
CEP: 55195-030 **fone:** 32-19614000

Nome da Mae: JOSEFA SILVA
Acompanhante:

Motivo de Atendimento: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

MÓVIL DE ATENDIMIENTO: AGENTEAU

卷之三

Digitized by srujanika@gmail.com

Hospital Regional do Acre

Quinta Principal CHBA

a. Principal /HDA: Recette utile le deuxième voix funk
comme une partie (E), le solo

Example Exercise

Dre. Incoquedale PA: FD: FR:
Pelle hifl. Seit off. never.

Olan, Provisório

Fabris diaframe + pris. 6

couplet. Suffix fine feathers, a
clip

Prescrição:

10

Beta.

Horário



**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA**

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido () Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Name: _____ RG: _____

Endereço: _____ **Tel.:** _____

Assumptions

Auscultação de Procedimento Exame Paciente Familiar

Name: _____ RG: _____

Endereső: Tel.: _____

Procedimento: _____

Agave

Dicas Definitivas - [Acessar](#)

Destinação do Paciente: _____

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência () Internamento

[Condições de Alta](#) | [Termos e Condições](#) | [Política de Privacidade](#)

1-1. M. Bento - A. J. Malterado - C. A. Obito

() Curado () Melhorado () Alterado () Sólo

Datos: / / Horas: _____ Médicos: _____ CRM: _____

DATA _____

22/10/2019, 10:38:10. Usuário do Atendimento

2 de 2 EQUILIBRIO

Usuário do Atendimento
EDJAILMARG



Data e hora retirada da senha: 22/10/2019 10:25

Nome Paciente: JOSE HENRIQUE DA SILVA
Cod. Paciente:
Data de Nascimento: 28/10/1994
Sexo: Masculino
Idade: 24
Senha: U0008
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 22/10/2019 10:20 - 22/10/2019 10:21

MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: POUCO URGENTE
Cor: VERDE
Queixa Principal: VÍTIMA DE AIDENTE MOTO COM CAIRRO HA 24H, COM SINAIS DE FRATURA EM MIG.
Medicamento(s): HAS - DM -
Observação: SENHA 5788178
NEGA ALÉRGIAS
Fluxograma-sistema: FERIDAS
Desconfinador(es): INFLAMAÇÃO LOCAL?
Especialidades: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 22/10/2019 10:22

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CABIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome:

Jair Henrique da Silva

Domicílio: Rua Antônio Lopes da Silva, 57981-700

Preto, chego na cidade para
descanso, só futebol com amigos
e não gosto de ficar sentado.

Preto, quando é vontade de beber
uma cachaça daqui aí. Ficando

Sabendo de muitos e Pardos
da RUA MATO GROSSO.

Data: 20/01/04

MÉDICO

Nome:

Medicamentos:

Rg:

Data:

MÉDICO

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 01/11/2019 10:51

Atendimento: 328233 Entrada: 23/10/2019 Hora: 15:34
Acomodação: LEITO DIA 04
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR

Enfermaria: LEITO DIA
Permanência: 8 Dia(s), 19 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 162313593370003

Paciente: 1625064 JOSE HENRIQUE DA SILVA
Nascimento: 28/10/1994 (25 Anos)
Endereço: RUA JOSE BERNARDINO GOMES
Bairro: NOVO C.E.P.: 55190-000
Cidade: 2612505 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Pai: SIVONALDO PEDRO DA SILVA
Mãe: JOSELIA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 11291473475
Identidade: 9289994 - SDS - PE
Telefone: / 991961466
G.Instrução:
Ocupação: AUTONOMO
Naturalidade: CARUARU

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 23/10/2019 - 17:45

AVALIAÇÃO (Dr. NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR CRM 13240)

Queixa do paciente: VINDO DO HOF

FRATURA DA TIBIA ESQ

QUEDA DE MOTO HA 3 DIAS

SEM TCE - HEMODD-EST - ISOCO-EUPN-ACIANO-CONSC

PELE = ESCORIAÇÕES LOCAIS LIMPAS - FLECTENA PEQ LIMPA

PERF+

NV+

NEGA COMORBIDADES

NEGA ALERGIAS

		Horário/Checagem
01	INTERNAMENTO CIRÚRGICO	
02		
03		
04		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital: Hospital de Arapiraca
Serviço de Arapiraca: (81) 3232-3300
fone: (81) 3232-3300
fax: Celio Campelo de Oliveira

Página 1 de 1



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 01/11/2019 10:51

Atendimento: 328233 Entrada: 23/10/2019 Hora: 15:34
Acomodação: LEITO DIA 04
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: NISAN BAJA DA ROCHA JUNIOR

Enfermaria: LEITO DIA
Permanência: 8 Dia(s), 19 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 162313593370003

Paciente: 1625964 JOSE HENRIQUE DA SILVA
Nascimento: 28/10/1994 (25 Anos)
Endereço: RUA JOSE BERNARDINO GOMES
Bairro: NOVO C.E.P.: 55190-000
Cidade: 2612605 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Pal: SIVONALDO PEDRO DA SILVA
Mãe: JOSELIA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 11291473475
Identidade: 9289994 - SDS - PE
Telefone: / 981961466
G.Instrução:
Ocupação: AUTONOMO
Naturalidade: CARUARU

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Presc Em: 30/10/2019 - 10:06 ...

AVALIAÇÃO (Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO CRM 10591)

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Cirurgião: TARCISIO LYRA DE BRITO - CRM : 10591

Aux 1:silvio johnson

Anestesista: ellvelton

Instrumentador:eder

Diagnóstico Pre-Operatório:

FRATURA DA TIBIA ESQ+LESÃO DE TENDÃO PATELAR

Cirurgia Realizada:

1. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIÁFISÁRIA DA TÍBIA
2. TENODESE D EPATELAR

CIRURGIA MULTIPLA

Diagnóstico Pos-Operatório:

O mesmo

Acidentes:

Não houve

Descrição:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA MIE
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS MIE
ARTROTOMIA DO JOELHO MEDIANTE INCISÃO TRANSPATELAR COM ABERTURA POR PLANOS E OBSERVADA
LESÃO PARCIAL DE TENDÃO PATELAR
REDUÇÃO DA FRATURA E PASSAGEM DE FIO GUIA INTRAMEDULAR
FRESAGEM DO CANAL INTRAMEDULAR TIBIAL
PASSAGEM DE HASTE TIBIAL BLOQUEADA N° 360X9
RETRÍADA DO FIO GUIA
COLOCAÇÃO DE 02 PARAFUSOS DE BLOQUEIO DISTAL

Página 1 de 2



**REALIZADO MANOBRAS PULL BACK PARA IMPACTAÇÃO
COLOCAÇÃO DE 02 PARAFUSOS DE BLOQUEIO PROXIMAL
COLOCAÇÃO DE PARAFUSO TAMPÃO
LAVAGEM DAS FERIDAS COM SF 0,9%
DESBRIDAMENTO E TENODESE DO TENDÃO PATELAR EM TUBEROSIDADE ANTERIOR DA TIBIA
SÍNTESE POR PLANOS COM VICRYL E NYLON
USADA FLUOROSCOPIA
CURATIVO OCLUSIVO**

Materiais Prostmed

**HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA PARA TIBIA N° 360X9 - 01 UNIDADE
PARAFUSO DE BLOQUEIO - 04 UNIDADES
PARAFUSO TAMPÃO - 01 UNIDADE**

Página 2 de 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:44:18
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215441859300000062902371>
Número do documento: 20070215441859300000062902371

Num. 64085290 - Pág. 44



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JOSE HENRIQUE DA SILVA (1625964)

Admissão: 328233

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

ATESTADO MEDICO

Atesto para os devidos fins que JOSE HENRIQUE DA SILVA compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10: S82

- () Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).
- (X) Necessitando de (15) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.
- () Como acompanhante.
- () Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Dr. Tarcisio Lyra
Ortopedia-Traumatologia
CRM/PE - 10.591

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 30/10/2019 as 10:14

Dr. (a)TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:





Nome: JOSE HENRIQUE DA SILVA (1625964)

Admissão: 328233

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria: Leito: LEITO DIA 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/LAUDO MEDICO

HD:

CID: <<S82>>FRATURA DE DIAFISE DA TIBIA ESQ+LESÃO DE TENDÃO PATELAR

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 23/10/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 30/10/2019.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA COM HASTE BLOQUEADA+TENODESE PATELAR

MÉDICO CIRURGIAO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;

2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;

3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;

4 - RETORNAR DIA 27/11/19 AS 10 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;DEAMBULAR COM 2 MULETAS E REALIZAR CARGA PARCIAL NO MIE. INICIAR FISIOTERAPIA. REQUISIÇÃO EM ANEXO.

5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 30/10/2019 as 10:16

Dr. (a)TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:

Dr. Tarcisio Lyra
Ortopedia/Traumatologia
CRM/SP - 10.591
09/10/2019





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)**

01

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.198.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE:(81)99982-5994 CEP:55190-000

Venelle

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0280028 21/10/2019 13:10:08 Código: 0177742
Paciente: JOSE HENRIQUE DA SILVA SUS: 162313593370003
Sexo: MASC D. Nasc.: 28/10/1994 Idade: 25 ANOS
RG: CPF:
Profissão:
Filiação: Mãe: JOSELIA SILVA
Pai: SIVONALDO PEDRO DA SILVA
Endereço: R- JOAO OLEGARIO DO NASCIMENTO 27
Bairro: ARMANDO ALEIXO Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Estado: PERNAMBUCO Fone:
CEP:

Pressão Arterial: 150 x 100 mmHg Pulso: 102 bpm
Temperatura: Peso:

CÓPIA AUTORIZADA

Histórico da Doença atual:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Conduta:

Kátia C. Costa Silva
Téc. Enfermagem
CORESP 629246

Liberação do Paciente: Data: / / Hora: / /

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

UPA - 5458148

14:00h



FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 13:10

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apneia(); Cianose(); Estridor(); PC<50>140(); FR>32vpm(); Extremidades frias(); Pulso Fraco();
Pulso Ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsionando();
Inresponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intestinal(); Lesão grave();
Queimaduras>25% de SC ou acrômio/mento de vias aéreas(); Hipoglicemia com sudorese intensa();
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC <50 ou >140(); PAS <90 ou >190mmhg();
PAD>130(); Febre >39°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas últimas 24horas();
Mucosas ressecadas();
Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas(); Abuso Sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa();
história até 72h de: Hematêmese(); Enterorragia(); Epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/material biológico();
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas(); TCE sem perda de consciência(); Febre sem outros sinais clínicos();
Lombalgia intensa(); Retorno com >24h(); Entorse, suspeita de fraturas, queimaduras(); Dor abdominal
sem alterações de SSW(10; PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas(); PAD entre 110 e 130mmhg
sem sintomas(); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia();
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas(); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal();
Corisa crônica ou recorrente(); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h(); Curativos ou retirada
de pontos(); Vômitos ou diarréia sem desidratação(); Constipação intestinal sem outros sintomas();
Administração de medicamentos(); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes();
OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA() AMARELA() VERDE() AZUL()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL() MÉDICO()

Brenna Loren: 400.405

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO





DADOS DO CLIENTE

RÁDIO DO CLUBE - Rua Presidente Vargas, 820 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20010-000 - Fone/Fax: (21) 5005-9333 / www.radiodocluberj.com.br

COMPAGNAIA DE ENERGIA E GÁS DO PERNAMBUCO
Companhia Energética do Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 51010-002
CNPJ 00.888.510/0001-04 | Insc. Est. 0000921.774-0000-00

DADOS DO CLIENTE

MCSE113 SEMESTER

ENDEIREDO DA UNIÃO PARA O CONSUMIDOR

CRF: 349-150-01A-02-NYC-0000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COMUM

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PE
55192-390

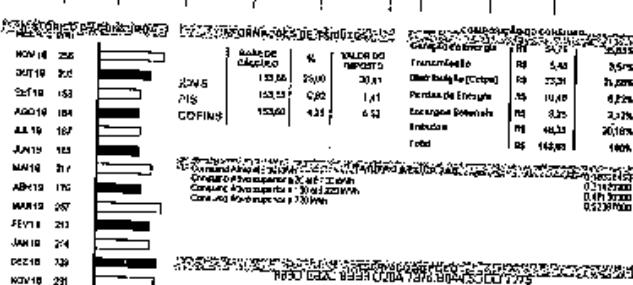
UNICA | 08/11/2018

Flight number: 4010988280 Date: 11/2019
Arrival date: 18/11/2019 Departure date: 12/12/2019
Passenger count: 174,93

	Quantidade	Preço (R\$)	Valor (R\$)
Consumo Ativo acima de 30 kWh	03	0,27477243	7,23
Consumo Ativo superior a 20 até 100 kWh	70,00000000	0,14665974	24,46
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00000000	0,87492311	104,98
Consumo Ativo superior a 220 kWh	38,00000000	0,74989122	28,95
Acréscimo Bandeira AMARELA			
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,66
Contrib. Ium. Pública Municipal			3,36
ICMS Subsimples-CDS-NF 070490001-06/09/18			18,74
Multa por atraso-NF 08000265R - 08/01/18			0,00
Juros por atraso-NF 08000265R - 08/01/18			2,68
Ajusteção ICMS-NF 08000265R - 08/01/18			0,03
			0,52

TOTAL DA FATURA 124,9

PERÍODO MEDIDOR ACONTEC.	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR		ATUAL		NPDC DADS	CONSTANTS	Ajuste	CONSUMO real
			LEITURA	DATA	LEITURA	DATA				
CAT		04-10-2016	30.350,00	05-11-2016	30.214,00		31	1,00000		236,00



- As condições sociais de
- Alimentação (fome, Águas)
- 40% Crianças falam de
- 50% Alimentação irregular
- Inovação e disponibilidade
- Comunicação, um novo jeito de
- Desenvolvimento PSC e L

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:44:18
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007021544185930000062902371>
Número do documento: 2007021544185930000062902371



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DAAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARIA) INVALIDEZ PERMANENTE Morte

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF da vítima:

152.914.734-75 José Henrique da Silveira

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

José Henrique da Silveira

6 - CPF:

312.914.734-75

7 - Profissão:

alimentador

8 - Endereço:

Rua José Bernadino Gomes

9 - Número:

30

10 - Complemento:

lasse

11 - Bairro:

Bairro Man

12 - Cidade:

Santa Cruz do Capib.

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

59192-390

15 - E-mail:

chave.menev2008@yahoo.com.br

16 - Tel. (DDI):

181-99215-1674

17 - Nome completo do Representante Legal:

DADOS CADASTRAIS

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:

 REQUER INFORMAR SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.500,00 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 DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTORE) CONTA POUPANÇA (somente para os bônus abém, Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (informar banco) Bradesco (29) Itaú (34) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (101)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4038

(Informar o dígitos existentes)

CONTA: 013.000.22752.0

(Informar o dígitos existentes)

AGÊNCIA:

(Informar o dígitos existentes)

CONTA:

(Informar o dígitos existentes)

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

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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 período.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do autorizador, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ
PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREenchimento somente para cobertura de morte

24 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado Separado 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:

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Talecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (varônecos)?

 Sim Não

31 - Vítima

teve filhos?

 Sim Não

32 - Se tinha

irmãos, informar

Vivos:

 Sim Não

33 - Vítima deixou

não/avôs/vóis?

 Sim Não

34 - Vítima

não/avôs/vóis?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 haverá gêra a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista na artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível da pessoa assinante a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da Testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da Testemunha

40 - Local e Data,

José Henrique da Silveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Data:



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0218004305

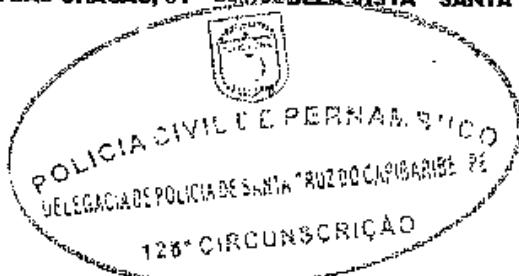
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/11/2019** às **14:43**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **21/10/2019** às **13:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA AMARO MANOEL DAS CHAGAS, 01 - Bairro: BELA VISTA - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
TAMYRES NAYARA DA SILVA (OUTRO)
JOSE HENRIQUE DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): TAMYRES NAYARA DA SILVA

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

JOSÉ HENRIQUE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSELIA SILVA** Pai: **SIVONALDO PEDRO DA SILVA** Data de Nascimento: **28/10/1994** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9289994/SDS/PE (RG), 11291473475 (CPF)** Profissão: **ESTOQUISTA** Telefones Celulares: **- 81992684957**

Residencial: **RUA JOSE BERNARDINO GOMES - BAIRRO NOVO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 30 - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

TAMYRES NAYARA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SIVONALDO PEDRO DA SILVA** Pai: **JOSELIA SILVA** Data de Nascimento: **25/01/1987** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3115116/SSP/PB (RG), 06801582437 (CPF)** Profissão: **SECRETARIA(O)** Telefones Celulares: **- 81992043191**

Endereço Residencial: **RUA JOSE DA SILVA NEVES, 351 - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO NECO ARAGAO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TAMYRES NAYARA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TAMYRES NAYARA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ 110I** Objeto apreendido: **Não**

20/11/2019 14:43



Cor: VERMELHA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCW1793 (PERNAMBUCO/VERTENTES) Chassi: 9G2JB0100JR101598

Ano Fabricação/Modelo: 2017/2018 Combustível: GASOLINA

Descrição: EM POSSE DE TAMYRES NAYARA DA SILVA NO MOMENTO DA OCORRÊNCIA. RENAVAM: 11411011367.

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA PELA REFERIDA VIA QUANDO NUM CRUZAMENTO A CONDUTORA NÃO IDENTIFICADA DO VEICULO FIORINO COR BRANCA ADENTROU DE VEZ NA AVENIDA, OCASIÃO A QUAL ATINGIU OS OCUPANTES DA MOTO HONDA POP 100. COM A COLISÃO, JOSÉ HENRIQUE DA SILVA FOI ATINGIDO NA Perna ESQUERDA. A CONDUTORA DA MOTOCICLETA NÃO SOFREU FERIMENTOS. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA UPA MUNICIPAL PARA ATENDIMENTO MÉDICO, SENDO ENCAMINHADA POSTERIORMENTE PARA HRA DE CARUARU E EM MOMENTO ULTERIOR, AO HOSPITAL DA CIDADE DE MORENO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, TENDO ALTA DIAS DEPOIS. DIANTE DO EXPOSTO O FATO FOI REGISTRADO NESTA UNIDADE POLICIAL PARA PROVIDENCIAS CABÍVEIS.

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

José Henrique da Silva
JOSÉ HENRIQUE DA SILVA
(VITIMA)

TAMYRES NAYARA DA SILVA
(OUTRO)

Tamyres Nayara da Silva

B.O. registrado por: MARCIA NUNES DE MAGALHÃES FERREIRA - Matrícula: 3201244



20/11/2019 14:46



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:44:18
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215441859300000062902371>
Número do documento: 20070215441859300000062902371

Num. 64085290 - Pág. 53



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DAAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARIA) INVALIDEZ PERMANENTE Morte

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF da vítima:

152.914.734-75 José Henrique da Silveira

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

José Henrique da Silveira

6 - CPF:

312.914.734-75

7 - Profissão:

alimentador

8 - Endereço:

Rua José Bernadino Gomes

9 - Número:

30

10 - Complemento:

lasse

11 - Bairro:

Bairro menor

12 - Cidade:

Santa Cruz do Capib.

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

59192-390

15 - E-mail:

chave.menor2008@yahoo.com.br

16 - Tel. (DDI):

181-99215-1674

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 abaixo [ANEXAR CóPIA].

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 REQUER INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.000 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTORE)

 CONTA POUPANÇA (somente para os bônus abém, Assinale uma opção)
 Bradesco (297) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (101)

 CONTA CORRENTE (não bônus)
 Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4038

(Informar o dígito de exstir)

CONTA: 013.000.22752.0

(Informar o dígito de exstir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito de exstir)

CONTA:

(Informar o dígito de exstir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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 período.

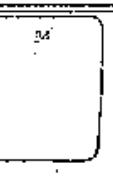
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do autorizador, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREenchimento somente para cobertura de morte

24 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (a Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Vivos	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a Vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:							
28 - Vítima tem filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Totais:	30 - Vítima deixou herdeiros (avós/ netos)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha Irmãos, Informar Vivos:	<input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou pais/avós/vóis?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 haverá gêra a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista na artigo 299 do Código Penal.



35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF (apenas se alguém assinou a pedido (a rogo))

37 - Assinatura de quem assinou a pedido (a rogo)

38 - 1º) Nome:

CPF:

Assinatura da Testemunha

39 - 2º) Nome:

CPF:

Assinatura da Testemunha

40 - Local e Data:

José Henrique da Silveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Data:

Assinatura do Procurador (se houver)

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:

José Henrique da Silva

Nacionalidade:

Brasileiro

Estado civil: Solteiro

Profissão:

Almanaque

Identidade:

9.289.994

CPF: 532.914.734-75

Endereço:

Av. José Bonifácio Ferreira N° 320, Bairro

Novo, Santa Cruz do Capibaribe PE.

CEP = 55192-390.

OUTORGADO:

Nome:

Rosângela Fernandes da Silva

Nacionalidade:

Brasileira

Estado civil: Solteiro

Profissão:

Almanaque

Identidade:

6274229

CPF: 628-462-994-04

Endereço:

Av. Mestre Vilalba N° 02, Bairro

Moura, Caruaru - PE.

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado átima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

Santa Cruz do Capibaribe - PE 20-11-2019
LOCAL E DATA:

 José Henrique da Silva
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA

Av. Tito Silveira Araújo, 174 - Centro
Santa Cruz do Capibaribe - PE - Fone: (81) 3719-1793

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(s) de: () José Henrique da Silva, bau fe, Santa Cruz do Capibaribe, 20/11/2019, 15-03 - Total: 4.91. Em Testemunho: () da verdade.
Romana Eva dos Santos Cavalcanti Sales () acreavente.
Selos: 0189487.YGN10201802.02527



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

Consulta de Documentos na Internet

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028118/20

Vítima: JOSE HENRIQUE DA SILVA

CPF: 112.914.734-75

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 21/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE HENRIQUE 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
DUT
Outros

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA : 628.462.994-04

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

JOSE HENRIQUE DA SILVA : 112.914.734-75

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: 21/01/2020
Nome: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA
CPF: 628.462.994-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:44:18
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215441859300000062902371>
Número do documento: 20070215441859300000062902371

Num. 64085290 - Pág. 56

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200033171 Cidade: Santa Cruz do Capibaribe Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE HENRIQUE DA SILVA Data do acidente: 21/10/2019 Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMPLETO NA DIÁFIS DA TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

ALTA. (P1/3/5/8/10FC/13)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		Nº 014958755620	
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA			
DETRAN - PE		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA	CÓD. RENAVAM	PLACA	EXERCÍCIO
1	1142161267	PCW1793	2019
TAMYRES MAYARA DA SILVA			
VERENTES - PE			
ESPECIE	PLACA	PERÍODO	DATA EMISSÃO
058 015 824-37	PCW1793	04/2019	11/10/19
PLACARANTAS			
*****	962EB0100JRL01598	*****	*****
PAB MOTOCICLETA			
MARCA/MODELO	CG150	ANO/MESES/ANO MOD.	2017/01/18
HONDA/POP 110I			
CAPACIT/CL	CATEGORIA	GRUPO/COMUNIDADE	
2P/153CL	PARTIC	VERMELHA	
COTA UNICA			
ISVA 2019	VELOC/COTA UNICA	VENC/COTAS	
PREMIO TARIIFARIO	PARCELA/COTAS	DATA DE PAGAMENTO	
0,11	0,92	29/04/19	
OBRAZÕES			
SEM RESERVA			
<i>Roberto Carlos Moreira Monteiro</i>			
VERENTES - PE		11/10/19	
Roberto Carlos Moreira Monteiro DIRETOR PRESIDENTE			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMÓVEIS DE UMA REDE DE SEGURO PARA PESSOAS DANIFICADAS OU MORTIDAS, DUNAS, SEGURO DPVAT

PE N° 014958755620 SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

TAMRES MAYARA DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DE SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
VERENTES - PE 2019 11/10/19

PLACA
11421615824-37 PCW1793

RENAVAM
11421615824-37 MARCA/MODELO

HONDA/POP 110I

ANO/MESES/ANO MOD.
2017/01/18

PLACA
962EB0100JRL01598

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
PREMIO TARIIFARIO

ISVA-SI PREMIO TOTAL PREMIO TOTAL/SEGURADO

0,11 0,92 4,61 40,05

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

962EB0100JRL01598 0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT

0800 022 1204

11/10/19

0,92 11/10/19

B4 183

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

EXERCÍCIO DATA DE OUTAGEM
SÍLIETE DE SEGURO DPVAT

2019 26/01/19

0,92 11/10/19

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028118/20

Vítima: JOSE HENRIQUE DA SILVA

CPF: 112.914.734-75

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 21/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE HENRIQUE 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
- DUT
- Outros

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA : 628.462.994-04

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

JOSE HENRIQUE DA SILVA : 112.914.734-75

- 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: 21/01/2020
Nome: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA
CPF: 628.462.994-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

