

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.637.993 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/01/2016

NOME << JOSÉ FABIANO DA SILVA >>

FILIAÇÃO << SEBASTIÃO INÁCIO DA SILVA >>
<< CECÍLIA MARIA DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE PASSIRA - PE DATA DE NASCIMENTO 08/04/1983

DOC. ORIGEM << 075721 01 55 2011 2 00006 477
0002562 49 PASSIRA - PE >>

CPF 052.439.354-09

Assinatura: *Assinatura*
Assinatura do Diretor
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83
Assinatura: *Assinatura*
Assinatura do Delegado do Polícia-Geral RTR

416284491102110318.6701539 F-70 26.000 - 4323

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE PESSOAL SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TÁRAXIS RUIH

09R26

Assinatura: *Assinatura*
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Assinatura: *Assinatura*
Assinatura do Titular

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

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

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

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

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

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

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

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las. Atenda às recomendações dos membros da CIPA, e de seus mestres e chefes.

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

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

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

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la. Habitu-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

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



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CONTINUAÇÃO

Número 26538 Série 00058

Carica de Meneses Silva
ASSINATURA DO PORTADOR



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2008

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 11.
Recife - PE

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Erica de Menezes Silva
 Loc. Nasc. Caruaru Est. PE Data 02/09/1983
 Filiação Rui Severino da Silva e Josecleide
Castano J. de Menezes
 Doc. Nº R.G. 36.415.052-X 558/5P

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em/...../..... Doc. Ident. Nº

Exp. em/...../..... Estado

Obs.:

Data Emissão 23/07/2012 SRTE A.G. DO TRABALHO

Edvanilson Rodrigues de Sousa

Assinatura do Funcionário
Edvanilson Rodrigues de Sousa

Mat: 1704.3

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

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

9

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.
 Av. Rui Barbosa 715 - 4.º.º
 Recife - PE

02/12/2017

Receita Federal do Brasil

**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF**



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 057.822.294-97

Nome: ERICA DE MENEZES SILVA

Data Nascimento: 02/09/1983

Situação Cadastral: REGULAR

Data de Inscrição no CPF: 27/01/2003

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 13:24:21 do dia 02/12/2017 (hora e data de Brasília)

Código de controle do comprovante: 964E.A34D.FE56.C93A



Aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

Nº do CPF: 057.822.294-97

Nome: ERICA DE MENEZES SILVA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.637.993 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/01/2016

NOME << JOSÉ FABIANO DA SILVA >>

FILIAÇÃO << SEBASTIÃO INÁCIO DA SILVA >>
<< CECÍLIA MARIA DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE PASSIRA - PE DATA DE NASCIMENTO 08/04/1983

DOC. ORIGEM << 075721 01 55 2011 2 00006 477
0002562 49 PASSIRA - PE >>

CPF 052.439.354-09

Assinatura: *[Assinatura]*
Assinatura do Diretor
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83
Assessoria C.G. Alencar
Delegado do Polícia-Geral RTR

416284491102110318.6701539 F-70 26.000 - 4323

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE PESSOA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TÁRAXIS RUIR

09R26

ASSINATURA DO TITULAR
[Assinatura]

CARTEIRA DE IDENTIDADE

04151

04151

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

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

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

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

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

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

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

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las. Atenda às recomendações dos membros da CIPA, e de seus mestres e chefes.

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

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

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

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la. Habitu-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

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



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CONTINUAÇÃO

Número 26538 Série 00058

Carica de Meneses Silva
ASSINATURA DO PORTADOR



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2008

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 11.
Recife - PE

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Erica de Menezes Silva
 Loc. Nasc. Caruaru Est. PE Data 02/09/1983
 Filiação Rui Severino da Silva e Josecleide
Castano J. de Menezes
 Doc. Nº R.G. 36.415.052-X 558/5P

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em/...../..... Doc. Ident. Nº

Exp. em/...../..... Estado

Obs.:

Data Emissão 23/07/2012 SRTE A.G. DO TRABALHO

Edvanilson Rodrigues de Sousa

Assinatura do Funcionário
Edvanilson Rodrigues de Sousa

Mat: 1704.3

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

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

9

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.
 Av. Rui Barbosa 715 - 4.º.º.
 Recife - PE

02/12/2017

Receita Federal do Brasil

**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF**



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 057.822.294-97

Nome: ERICA DE MENEZES SILVA

Data Nascimento: 02/09/1983

Situação Cadastral: REGULAR

Data de Inscrição no CPF: 27/01/2003

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 13:24:21 do dia 02/12/2017 (hora e data de Brasília)

Código de controle do comprovante: 964E.A34D.FE56.C93A



Aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

Nº do CPF: 057.822.294-97

Nome: ERICA DE MENEZES SILVA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.

EU JOSE FABIANO DA SILVA, VEJO
POR MEIO, DESTA ENFORMAR QUE
ESTOU COM SEQUELAS IRREVERSÍVEL
EM QUE MIN ENCONTRE, SEBUE LAUDO
COM SEQUELAS QUE FIQUEI, FICO NO
AGUARDO DA MARCAÇÃO DA MINHA
PERICIA DESDE JA AGRADEÇO

(CPF) 052.433.354-09

JOSE FABIANO DA SILVA

(081) 99365-3298



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180602224

Cidade: Amaraji

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE FABIANO DA SILVA

Data do acidente: 06/04/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM FÊMUR DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180602224 **Cidade:** Amaraji **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FABIANO DA SILVA **Data do acidente:** 06/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR(P.1)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VITIMA:

NOME: José Fabiano da Silva
RG: 6.637.993 SDS/PE
CPF: 052.439.359-09 Est. Civil: Casado
Endereço: R. José Félix de Oliveira 16
Cidade: Chã Grande, CEP: 55636-000

Profissão: Agricultor
BAIRRO: Centro

PROCURADOR:

Nome: ERICA DE MENEZES SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão: ANALISTA DE SEGUROS

Identidade: 3.641.5052-X SSP/SP

CPF: 057.822.294-97

Endereço: RUA ANTONIO DE FREITAS SOBRINHO N 194, BAIRRO: CENTRO, CEP 55.640-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A QUALQUER SEGURADORA PERTENCENTE AO CONSORCIO DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da SEGURADORA LIDER, (correios, sincor (S) e corretores), a fim de receber a indenização referente ao seguro obrigatório / DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento credito indenização de sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assina, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vitima

José Fabiano da Silva

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Chã Grande 25/06/2018

Local e data



x José Fabiano da Silva
Assinatura do Beneficiário /vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

REGISTRO CIVIL DE CHÃ GRANDE - Laura Cunha Elkis - Oficial de Registro Civil e Tabelião	
R. José Joaquim de Almeida, 58 - Centro - Chã Grande - PE - CEP: 55636-000 - Tel: (81) 96718-0866 - luelkis@gmail.com	
Reconheço por autenticidade a firma indicada de	
JOSÉ FABIANO DA SILVA	
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia.	
Dou fé: _____ Substituta - Chã Grande, 25/06/2018 Em test. _____ da verdade.	
Total: R\$ 4,79 LAURA CUNHA ELKIS (OFICIALA)	
Válido somente com o selo 0074302.LXL06201801.00481	

Joanna Dark de Lima Silva
Substituta da Oficial

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VITIMA:

NOME: José Fabiano da Silva
RG: 6.637.993 SDS/PE
CPF: 052.439.359-09 Est. Civil: Casado
Endereço: R. José Félix de Oliveira 16
Cidade: Chã Grande, CEP: 55636-000

Profissão: Agricultor
BAIRRO: Centro

PROCURADOR:

Nome: ERICA DE MENEZES SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão: ANALISTA DE SEGUROS

Identidade: 3.641.5052-X SSP/SP

CPF: 057.822.294-97

Endereço: RUA ANTONIO DE FREITAS SOBRINHO N 194, BAIRRO: CENTRO, CEP 55.640-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A QUALQUER SEGURADORA PERTENCENTE AO CONSORCIO DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da SEGURADORA LIDER, (correios, sincor (S) e corretores), a fim de receber a indenização referente ao seguro obrigatório / DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento credito indenização de sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assina, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vitima

José Fabiano da Silva

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Chã Grande 25/06/2018

Local e data



x José Fabiano da Silva
Assinatura do Beneficiário /vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

REGISTRO CIVIL DE CHÃ GRANDE - Laura Cunha Elkis - Oficial de Registro Civil e Tabelião	
R. José Joaquim de Almeida, 58 - Centro - Chã Grande - PE - CEP: 55636-000 - Tel: (81) 96718-0866 - luelkis@gmail.com	
Reconheço por autenticidade a firma indicada de	
JOSÉ FABIANO DA SILVA	
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia.	
Dou fé: _____ Substituta - Chã Grande, 25/06/2018 Em test. _____ da verdade.	
Total: R\$ 4,79 LAURA CUNHA ELKIS (OFICIALA)	
Válido somente com o selo 0074302.LXL06201801.00481	

Joanna Dark de Lima Silva
Substituta da Oficial

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VITIMA:

NOME: José Fabiano da Silva
RG: 6.637.993 SDS/PE
CPF: 052.439.359-09 Est. Civil: Casado
Endereço: R. José Félix de Oliveira 16
Cidade: Chã Grande, CEP: 55636-000

Profissão: Agricultor
BAIRRO: Centro

PROCURADOR:

Nome: ERICA DE MENEZES SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRA
Profissão: ANALISTA DE SEGUROS
Identidade: 3.641.5052-X SSP/SP

Est. Civil: SOLTEIRA

CPF: 057.822.294-97

Endereço: RUA ANTONIO DE FREITAS SOBRINHO N 194, BAIRRO: CENTRO, CEP 55.640-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A QUALQUER SEGURADORA PERTENCENTE AO CONSORCIO DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da SEGURADORA LIDER, (correios, sincor (S) e corretores), a fim de receber a indenização referente ao seguro obrigatório / DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento credito indenização de sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assina, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vitima

José Fabiano da Silva

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Chã Grande 25/06/2018

Local e data



x José Fabiano da Silva
Assinatura do Beneficiário /vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

REGISTRO CIVIL DE CHÃ GRANDE - Laura Cunha Elkis - Oficial de Registro Civil e Tabelião	
R. José Joaquim de Almeida, 58 - Centro - Chã Grande - PE - CEP: 55636-000 - Tel: (81) 96718-0866 - luelkis@gmail.com	
Reconheço por autenticidade a firma indicada de	
JOSÉ FABIANO DA SILVA	
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia.	
Dou fé: _____ Substituta - Chã Grande, 25/06/2018 Em test. _____ da verdade.	
Total: R\$ 4,79 LAURA CUNHA ELKIS (OFICIALA)	
Válido somente com o selo 0074302.LXL06201801.00481	

Joanna Dark de Lima Silva
Substituta da Oficial

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423580/18

Número do Sinistro: 3180550704

Vítima: JOSE FABIANO DA SILVA

CPF: 052.439.354-09

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE FABIANO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/12/2018
Nome: ERICA DE MENEZES SILVA
CPF: 057.822.294-97

ERICA DE MENEZES SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2018
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180602224

Vítima: JOSE FABIANO DA SILVA

Data do Acidente: 06/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICA DE MENEZES SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FABIANO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180602224
Vítima: JOSE FABIANO DA SILVA
Data do Acidente: 06/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ERICA DE MENEZES SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FABIANO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180602224

Vítima: JOSE FABIANO DA SILVA

Data do Acidente: 06/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICA DE MENEZES SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FABIANO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

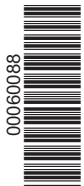
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180602224

Vítima: JOSE FABIANO DA SILVA

Data do Acidente: 06/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICA DE MENEZES SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FABIANO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o 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 FABIANO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000001771-X**

Conta: **0000015723-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

052.439.354-09

Nome completo da vítima

José Fabiano da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo José Fabiano da Silva		CPF titular da conta 052.439.354-09	Profissão Reclusa
Endereço Rua São Felix de Oliveira		Número 36	Complemento Casa
Bairro Centro	Cidade Elba Grande	Estado PE	CEP 55636-000
Email		Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)				BANCO Nome Banco do Brasil			
AGÊNCIA NRO. 1771-		D/V X		CONTA NRO. 15723		D/V 6	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

_____ de _____ de _____
Local e Data

José Fabiano da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

052.439.354-09

Nome completo da vítima

José Fabiano da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo José Fabiano da Silva		CPF titular da conta 052.439.354-09	Profissão Reclusa
Endereço Rua São Felix de Oliveira		Número 36	Complemento Casa
Bairro Centro	Cidade Elba Grande	Estado PE	CEP 55636-000
Email		Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)		BANCO Nome: Banco do Brasil NRO:					
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
1771	X	15723	6	1771	X	15723	6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

_____ de _____ de _____
Local e Data

José Fabiano da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

_____ Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

052.439.354-09

Nome completo da vítima

José Fabiano da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo José Fabiano da Silva		CPF titular da conta 052.439.354-09	Profissão Reclusa
Endereço Rua São Felix de Oliveira		Número 36	Complemento Casa
Bairro Centro	Cidade Elba Grande	Estado PE	CEP 55636-000
Email		Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)		BANCO Nome: Banco do Brasil NRO:					
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
				1771-	X	15723	6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

_____ de _____ de _____
Local e Data

José Fabiano da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

_____ Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



3180310201

20/06/2018 22:58

455498

0201 5352118

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 66ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP66ª CIRC DINTER/12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0156000474

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/06/2018 às 15:16

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 6/4/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE AMARAJI, 1, PE71 - Bairro: ZONA RURAL - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA (OUTRO)
ANDINHO (TESTEMUNHA)
JOSE FABIANO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ANDINHO

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

JOSE FABIANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CECILIA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: SEBASTIÃO INACIO DA SILVA Data de Nascimento: 8/4/1983 Naturalidade: PASSIRA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6637993/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: -997401135

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PUDRENTE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PRUDENTE DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

ANDINHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CICERA Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, RUA DO CAMPO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, RUA DO CAMPO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA MAIRA DA SILVA Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: COMERCIANTE
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PRUDENTE DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PUDRENTE DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL



de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia civil/.infopol/xml/BOEPreview.html

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

FIAT/UNO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a):
INDINHO

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/FIAT/FIAT MILLEWAY Objeto apreendido: Não
Cor: PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

QUE NO DIA SEIS DE ABRIL DO CORRENTE ANO, POR VOLTA DAS QUATORZE HORAS APROXIMADAMENTE, VIAJAVA NO LANCOS TRAZEIRO DO REFERIDO VEÍCULO, QUANDO NA PE71, PROXIMO A DIVISA DESTA MUNICÍPIO, ISTO É, PROXIMO A PONTE, O VEÍCULO QUE VIAJAVA FOI ATINGIDO POR UM OUTRO VEÍCULO QUE NÃO SABE INFORMAR QUALQUER DETALHE QUE IDENTIFIQUE O VEÍCULO QUE O ATINGIU, QUE NESTE MOMENTO FICOU UM POUCO DESACORDADO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMUDA CIDADE DE CHA GRANDE, QUE O CONDUZIU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CARUARUE APÓS DOIS DIAS FOI JOVAMENTE REMOVIDO PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO NA CIDADE DE BEZERROS, QUE O MESMO FOI INTERNADO COM SUSPEITA DE FRATURA DO FÊMUR, QUE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA NO HOSPITAL JESUS PEQUENINO EM BEZERROS, QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE O CITADO VEÍCULO ERA DIRIGIDO PELO POPULARANDINO, CONHECIDO DELE VÍTIMA, POIS O PROPRIETÁRIO DO REFERIDO VEÍCULO TERIA EMPRESTADO O MESMO AO POPULARANDINO PARA PEGAR AGUA, QUE DESTE ACIDENTE SOMENTE A PRESENTE VÍTIMA SOFREU LESÃO, QUANTO AO MOTORISTA ESTE NADA SOFREU, QUANTO AO VEÍCULO QUE O ATINGIU, ESTE NEM PAROU PARA PRESTAR SOCORRO, EVADINDO-SE DO LOCAL SEM SER IDENTIFICADO, NADA MAIS A REGISTRARENCERRO O PRESENTE BO.

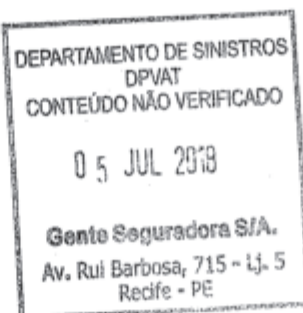
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Jose Fabiano da Silva

JOSE FABIANO DA SILVA
VÍTIMA)

3. O. registrado por: JOSE CAVALCANTE DE ANDRADE - Dist. nº 156903-1

Jose Fabiano da Silva



0245352/18



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 066ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP 066ª CIRC DINTER 12ª DE SEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0156000567

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/07/2018 às 11:05

Complementa o BO Número: 18E0156000474

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 24/07/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE AMARAJI, 1, PE 71 - Bairro: ZONA RURAL - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA (OUTRO)
ANDINHO (TESTEMUNHA)
JOSE FABIANO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ANDINHO

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

JOSE FABIANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CECILIA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: SEBASTIÃO INACIO DA SILVA Data de Nascimento: 04/1993 Naturalidade: PASSIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Documentos: 6637993/SSPE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 997401135

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PRUDENTE DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

Endereço Comercial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PRUDENTE DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

ANDINHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CICERA Naturalidade: NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)

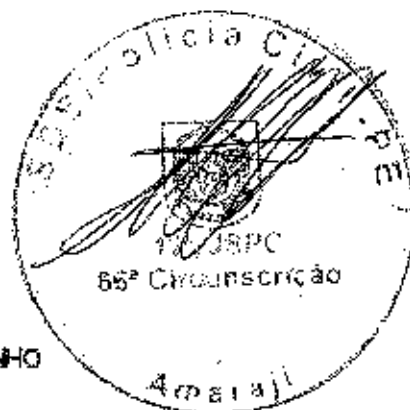
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, RUA DO CAMPO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

Endereço Comercial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, RUA DO CAMPO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA MAIRA DA SILVA Naturalidade: NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: COMERCIANTE

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PRUDENTE DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL



Boletim de Ocorrência

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

GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

FIAT LUNO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): ANOINHO
 Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEI/FIAT/FIAT MILLEWAY Objeto apreendido: Não
 Cor: PRATA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)
 Placa: AKV6747 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: 902476210

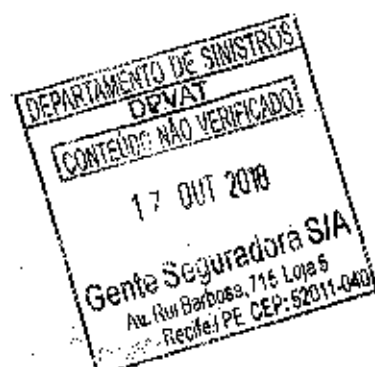
Complemento / Observação

QUE NO DIA SEIS DE ABRIL DO CORRENTE ANO, POR VOLTA DAS QUATORZE HORAS APROXIMADAMENTE, VIAJAVAM NO BANCO TRAZER DO REFERIDO VEÍCULO, QUANDO NA PE 71, PROXIMO A DIVISA DESTE MUNICÍPIO, ISTO É, PROXIMO A PONTE, O VEÍCULO QUE VIAJAVAM FOI ATINGIDO POR UM OUTRO VEÍCULO QUE NÃO SABE INFORMAR QUALQUER DETALHE QUE IDENTIFIQUE O VEÍCULO QUE O ATINGIU, QUE NESTE MOMENTO FICOU UM POUCO DESACORDADO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU DA CIDADE DE CHA GRANDE, QUE O CONDUZIU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CARLARIÉ APÓS DOIS DIAS FOI NOVAMENTE REMOVIDO PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO NA CIDADE DE BEZERRAS, QUE O MESMO FOI INTERNADO COM SUSPEITA DE FRATURA DO FEMUR, QUE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA NO HOSPITAL JESUS PEQUENINO EM BEZERRAS, QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE O CITADO VEÍCULO ERA DIRIGIDO PELO POPULARANDINO, COMECIDO DELE VÍTIMA, POIS O PROPRIETÁRIO DO REFERIDO VEÍCULO TERIA EMPRESTADO O MESMO AO POPULARANDINO PARA PEGAR AGUA, QUE DESTE ACIDENTE SOMENTE A PRESENTE VÍTIMA SOFREU LESÃO, QUANTO AO MOTORISTA ESTE NADA SOFREU, QUANTO AO VEÍCULO QUE O ATINGIU, ESTE NEM PAROU PARA PRESTAR SOCORRO, EVADINDO-SE DO LOCAL SEM SER IDENTIFICADO, NADA MAIS A REGISTRARENCERRO O PRESENTE BO.

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

Jose Fabiana da Silva
 JOSE FABIANA DA SILVA
 (VÍTIMA)

B.O. registrado por: ANDERSON SOUZA DE SIQUEIRA
 12 USPC
 66ª Circunscrição





3180310201

20/06/2018 22:58

455498

0201 5352118

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 66ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP66ª CIRC DINTER/12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0156000474

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/06/2018 às 15:16

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 6/4/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE AMARAJI, 1, PE71 - Bairro: ZONA RURAL - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA (OUTRO)
ANDINHO (TESTEMUNHA)
JOSE FABIANO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ANDINHO

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

JOSE FABIANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CECILIA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: SEBASTIÃO INACIO DA SILVA Data de Nascimento: 8/4/1983 Naturalidade: PASSIRA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6637993/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: -997401135

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PUDRENTE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PRUDENTE DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

ANDINHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CICERA Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, RUA DO CAMPO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, RUA DO CAMPO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA MAIRA DA SILVA Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: COMERCIANTE
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PRUDENTE DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PUDRENTE DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL



de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia civil/.infopol/xml/BOEPreview.html

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

FIAT/UNO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a):
INDINHO

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/FIAT/FIAT MILLEWAY Objeto apreendido: Não
Cor: PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

QUE NO DIA SEIS DE ABRIL DO CORRENTE ANO, POR VOLTA DAS QUATORZE HORAS APROXIMADAMENTE, VIAJAVA NO LANCOS TRAZEIRO DO REFERIDO VEÍCULO, QUANDO NA PE71, PROXIMO A DIVISA DESTA MUNICÍPIO, ISTO É, PROXIMO A PONTE, O VEÍCULO QUE VIAJAVA FOI ATINGIDO POR UM OUTRO VEÍCULO QUE NÃO SABE INFORMAR QUALQUER DETALHE QUE IDENTIFIQUE O VEÍCULO QUE O ATINGIU, QUE NESTE MOMENTO FICOU UM POUCO DESACORDADO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMUDA CIDADE DE CHA GRANDE, QUE O CONDUZIU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CARUARUE APÓS DOIS DIAS FOI JOVAMENTE REMOVIDO PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO NA CIDADE DE BEZERROS, QUE O MESMO FOI INTERNADO COM SUSPEITA DE FRATURA DO FÊMUR, QUE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA NO HOSPITAL JESUS PEQUENINO EM BEZERROS, QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE O CITADO VEÍCULO ERA DIRIGIDO PELO POPULARANDINO, CONHECIDO DELE VÍTIMA, POIS O PROPRIETÁRIO DO REFERIDO VEÍCULO TERIA EMPRESTADO O MESMO AO POPULARANDINO PARA PEGAR AGUA, QUE DESTE ACIDENTE SOMENTE A PRESENTE VÍTIMA SOFREU LESÃO, QUANTO AO MOTORISTA ESTE NADA SOFREU, QUANTO AO VEÍCULO QUE O ATINGIU, ESTE NEM PAROU PARA PRESTAR SOCORRO, EVADINDO-SE DO LOCAL SEM SER IDENTIFICADO, NADA MAIS A REGISTRARENCERRO O PRESENTE BO.

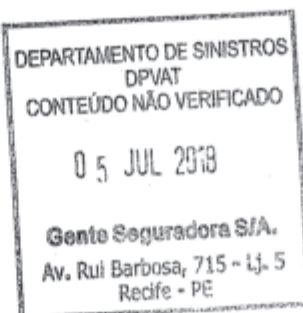
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Jose Fabiano da Silva

JOSE FABIANO DA SILVA
VÍTIMA)

3. O. registrado por: JOSE CAVALCANTE DE ANDRADE - Dist. nº 156903-1

Jose Fabiano da Silva





0245352/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 66ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP66ª CIRC DINTER 1/12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0156000567

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/07/2018 às 11:05

Complementa o BO Número: 18E0156000474

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 6/4/2018 no período da Tarde

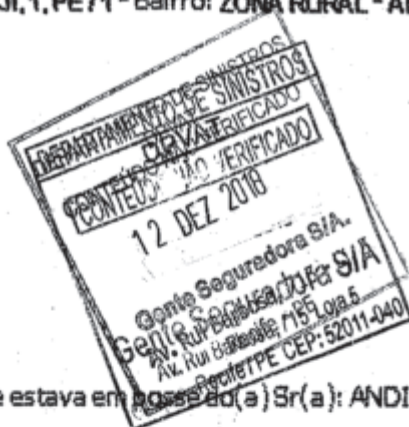
Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE AMARAJI, 1, PE 71 - Bairro: ZONA RURAL - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA (OUTRO)
ANDINHO (TESTEMUNHA)
JOSE FABIANO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ANDINHO



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

JOSE FABIANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CECILIA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: SEBASTIÃO INACIO DA SILVA Data de Nascimento: 04/4/1993 Naturalidade: PASSIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Documentos: 6637993/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: -997401135

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PUDRENTE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

Endereço Comercial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PRUDENTE DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

ANDINHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CICERA Naturalidade: NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, RUA DO CAMPO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

Endereço Comercial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, RUA DO CAMPO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA MAIRA DA SILVA Naturalidade: NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: COMERCIANTE

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PRUDENTE DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -

GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

FIAT/UNO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): ANDINHO

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/FIAT/FIAT MILLEWAY Objeto apreendido: Não

Cor: PRATA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: AKV6747 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 802476210

Complemento / Observação

QUE NO DIA SEIS DE ABRIL DO CORRENTE ANO, POR VOLTA DAS QUATORZE HORAS APROXIMADAMENTE, VIA JAVÁ NO BANCO TRAZEIRO DO REFERIDO VEÍCULO, QUANDO NA PE71, PRÓXIMO A DIVISA DESTA MUNICÍPIO, ISTO É, PRÓXIMO A PONTE, O VEÍCULO QUE VIA JAVÁ FOI ATINGIDO POR UM OUTRO VEÍCULO QUE NÃO SABE INFORMAR QUALQUER DETALHE QUE IDENTIFIQUE O VEÍCULO QUE O ATINGIU, QUE NESTE MOMENTO FICOU UM POUCO DESACORDADO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMUDA CIDADE DE CHA GRANDE, QUE O CONDUZIU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CARUARUE APÓS DOIS DIAS FOI NOVAMENTE REMOVIDO PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO NA CIDADE DE BEZERROS, QUE O MESMO FOI INTERNADO COM SUSPEITA DE FRATURA DO FEMUR, QUE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA NO HOSPITAL JESUS PEQUENINO EM BEZERROS, QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE O CITADO VEÍCULO ERA DIRIGIDO PELO POPULARANDINO, CONHECIDO DELE VÍTIMA, POIS O PROPRIETÁRIO DO REFERIDO VEÍCULO TERIA EMPRESTADO O MESMO AO POPULARANDINO PARA PEGAR AGUA, QUE DESTE ACIDENTE SOMENTE A PRESENTE VÍTIMA SOFREU LESÃO, QUANTO AO MOTORISTA ESTE NADA SOFREU, QUANTO AO VEÍCULO QUE O ATINGIU, ESTE NEM PAROU PARA PRESTAR SOCORRO, EVADINDO-SE DO LOCAL SEM SER IDENTIFICADO, NADA MAIS A REGISTRARENCERRO O PRESENTE BO.

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

Jose Fabiano da Silva

JOSE FABIANO DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: ANDERSON SOUZA DE SIQUEIRA
USPC
66ª Circunscrição





3180310201

20/06/2018 22:58

455498

0201 5352118

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 66ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP66ª CIRC DINTER/12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0156000474

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/06/2018 às 15:16

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 6/4/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE AMARAJI, 1, PE71 - Bairro: ZONA RURAL - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA (OUTRO)
ANDINHO (TESTEMUNHA)
JOSE FABIANO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ANDINHO

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

JOSE FABIANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CECILIA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: SEBASTIÃO INACIO DA SILVA Data de Nascimento: 8/4/1983 Naturalidade: PASSIRA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6637993/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: -997401135

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PUDRENTE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PRUDENTE DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

ANDINHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CICERA Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, RUA DO CAMPO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, RUA DO CAMPO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA MAIRA DA SILVA Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: COMERCIANTE
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PRUDENTE DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PUDRENTE DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL



de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia civil/.infopol/xml/BOEPreview.html

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

FIAT/UNO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a):
INDINHO

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/FIAT/FIAT MILLEWAY Objeto apreendido: Não
Cor: PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

QUE NO DIA SEIS DE ABRIL DO CORRENTE ANO, POR VOLTA DAS QUATORZE HORAS APROXIMADAMENTE, VIAJAVA NO LANCOS TRAZEIRO DO REFERIDO VEÍCULO, QUANDO NA PE71, PROXIMO A DIVISA DESTA MUNICÍPIO, ISTO É, PROXIMO A PONTE, O VEÍCULO QUE VIAJAVA FOI ATINGIDO POR UM OUTRO VEÍCULO QUE NÃO SABE INFORMAR QUALQUER DETALHE QUE IDENTIFIQUE O VEÍCULO QUE O ATINGIU, QUE NESTE MOMENTO FICOU UM POUCO DESACORDADO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMUDA CIDADE DE CHA GRANDE, QUE O CONDUZIU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CARUARUE APÓS DOIS DIAS FOI JOVAMENTE REMOVIDO PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO NA CIDADE DE BEZERROS, QUE O MESMO FOI INTERNADO COM SUSPEITA DE FRATURA DO FÊMUR, QUE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA NO HOSPITAL JESUS PEQUENINO EM BEZERROS, QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE O CITADO VEÍCULO ERA DIRIGIDO PELO POPULARANDINO, CONHECIDO DELE VÍTIMA, POIS O PROPRIETÁRIO DO REFERIDO VEÍCULO TERIA EMPRESTADO O MESMO AO POPULARANDINO PARA PEGAR AGUA, QUE DESTE ACIDENTE SOMENTE A PRESENTE VÍTIMA SOFREU LESÃO, QUANTO AO MOTORISTA ESTE NADA SOFREU, QUANTO AO VEÍCULO QUE O ATINGIU, ESTE NEM PAROU PARA PRESTAR SOCORRO, EVADINDO-SE DO LOCAL SEM SER IDENTIFICADO, NADA MAIS A REGISTRARENCERRO O PRESENTE BO.

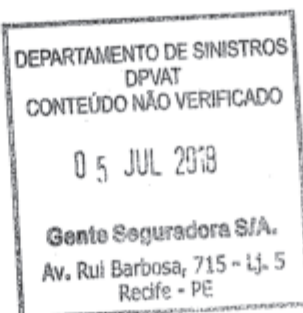
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Jose Fabiano da Silva

JOSE FABIANO DA SILVA
VÍTIMA)

3. O. registrado por: JOSE CAVALCANTE DE ANDRADE - Dist. nº 156903-1

Jose Fabiano da Silva



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jose Fabiano da Silva

CPF da Vítima

052.439.354-09

Data do Acidente

06-04-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(81) 99740-1135

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Brasília *03* de *Julho* de *2018*
Local e Data

Jose Fabiano da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jose Fabiano da Silva

CPF da Vítima

052.439.354-09

Data do Acidente

06-04-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(81) 99740-1135

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Brasília *03* de *Julho* de *2018*
Local e Data

Jose Fabiano da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jose Fabiano da Silva

CPF da Vítima

052.439.354-09

Data do Acidente

06-04-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(81) 99740-1135

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Brasília *03* de *Julho* de *2018*
Local e Data

Jose Fabiano da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**SAMU
192**

CERTIDÃO NARRATIVA DE ATENDIMENTO

Chã Grande, 17 de Abril de 20 18.

Declaro para os devidos fins de comprovação que José Fabiano da Silva, 34 anos de idade, foi atendido(a) pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 Chã Grande, no dia 06 de Abril de 20 18, às ____h ____min (número do registro da ocorrência: 460382).

Breve descrição do caso e estado geral do paciente/vítima:

Ocorrência colisão carro/carro na PE-71, vítima encontrada consciente e orientado, era passageira encontrava-se dentro do carro com fratura suposta em fêmur D.

Encaminhado para o Hospital: Hospital Geral Alfredo Alvers de Lima

Avaliado pelo(a) médico(a): Ruam Nelson - CRM-PE 28742-5

Removido para o hospital de referência:

() Não se aplica ao caso.

Procedimentos realizados pelo SAMU 192 Chã Grande:

Protocolo de Trauma, avaliação dos SSVV, avaliação neurológica e Oxigenoterapia.

Para mais informações, procurar a coordenação do serviço.

Atenciosamente,

Isabella Mayana M. de Sousa Macêdo

Coordenador do SAMU 192 Chã Grande-PE

Isabelle Mayara Sousa
Criminalist - 034-772-FME



**SAMU
192**

CERTIDÃO NARRATIVA DE ATENDIMENTO

Chã Grande, 17 de Abril de 20 18.

Declaro para os devidos fins de comprovação que José Fabiano da Silva, 34 anos de idade, foi atendido(a) pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 Chã Grande, no dia 06 de Abril de 20 18, às ____ h ____ min (número do registro da ocorrência: 460382).

Breve descrição do caso e estado geral do paciente/vítima:

Ocorrência colisão carro/carro na PE-71, vítima encontrada consciente e orientado, era passageira encontrava-se dentro do carro com fratura suposta em fêmur D.

Encaminhado para o Hospital: Hospital Geral Alfredo Alvers de Lima

Avaliado pelo(a) médico(a): Ruam Nelson - CRM-PE 227925

Removido para o hospital de referência:

() Não se aplica ao caso.

Procedimentos realizados pelo SAMU 192 Chã Grande:

Protocolo de Trauma, avaliação dos SSVV, avaliação neurológica e Oxigenoterapia.

Para mais informações, procurar a coordenação do serviço.

Atenciosamente,

Isabella Mayana M. de Sousa Macêdo

Coordenador do SAMU 192 Chã Grande-PE

Isabelle Mayara Sousa
E-MAIL: isabelle.mayara.sousa@ufpe.br TEL: 772-ENE



**SAMU
192**

CERTIDÃO NARRATIVA DE ATENDIMENTO

Chã Grande, 17 de Abril de 20 18.

Declaro para os devidos fins de comprovação que José Fabiano da Silva, 34 anos de idade, foi atendido(a) pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 Chã Grande, no dia 06 de Abril de 20 18, às ____ h ____ min (número do registro da ocorrência: 460382).

Breve descrição do caso e estado geral do paciente/vítima:

Ocorrência colisão carro/carro na PE-71, vítima encontrada consciente e orientado, era passageira encontrava-se dentro do carro com fratura suposta em fêmur D.

Encaminhado para o Hospital: Hospital Geral Alfredo Alvers de Lima

Avaliado pelo(a) médico(a): Ruam Nelson - CRM-PE 227925

Removido para o hospital de referência:

() Não se aplica ao caso.

Procedimentos realizados pelo SAMU 192 Chã Grande:

Protocolo de Trauma, avaliação dos SSVV, avaliação neurológica e Oxigenoterapia.

Para mais informações, procurar a coordenação do serviço.

Atenciosamente,

Isabella Mayana M. de Sousa Macêdo

Coordenador do SAMU 192 Chã Grande-PE

Isabelle Mayara Sousa
COUNSELLOR TEL: 772-ENG

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: 04/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FABIANO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01771-X

CONTA: 000000015723-6

Nr. da Autenticação 875A7DC18DBACE66



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.835.032/0001-08 | Insc. Est. 0505943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO FELIX DE OLIVEIRA 16

CPF: 044.845.564-84 NIS: 20916842775

CENTROINCHA GRANDE

CHA GRANDE PE

55636-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

CONTA CONTRATO

0379530028

PERÍODO

04/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/04/2018

DATA DE VENCIMENTO LÍQUIDA

04/05/2018

TOTAL A PAGAR

22,08

011325934 ÚNICA 03/04/2018

03/04/2018 2002352130 963118

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,16908456	5,07
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	36,0000000	0,28987639	10,43
Contribuição Iluminação Pública			3,58
PRÓ-CRANCA (081)3412-8960 0800 031 8969			3,00

TOTAL DA FATURA

22,08

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

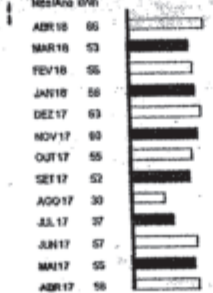
IPD	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	IPD DIAS	CONSTANTE	ADJSTE	CONSUMO (kWh)
FD1033	CAT	02.03.2018	7.796,00	03.04.2018	7.832,00	32	1,00000		68,00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Garante Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

HISTÓRICO DE CONSUMO



BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	15,50	0,52
PIS	15,50	2,49
COFINS		0,37

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

De acordo com a Lei nº 10.438, de 26/04/2002, a Tarifa Social de Energia Elétrica é destinada aos consumidores de energia elétrica que possuem renda familiar mensal de até R\$ 220,00 (duzentos reais) e que não possuem acesso à rede elétrica. A Tarifa Social de Energia Elétrica é concedida aos consumidores que possuem renda familiar mensal de até R\$ 220,00 (duzentos reais) e que não possuem acesso à rede elétrica. A Tarifa Social de Energia Elétrica é concedida aos consumidores que possuem renda familiar mensal de até R\$ 220,00 (duzentos reais) e que não possuem acesso à rede elétrica.

ATENÇÃO: CUIDE-SE E INFORME-SE SOBRE SEUS CONTAS EM ABERTO

Verbo	Valor	Verbo	Valor
Verbo	14,00	Verbo	14,00

Em caso de não pagamento do débito, a Companhia de Energia Elétrica de Pernambuco, S.A. (CELPE) poderá tomar as medidas necessárias para a recuperação do crédito, incluindo a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

PERÍODO	VALOR	LÍMITE MENSAL	LÍMITE TRIMESTRAL	LÍMITE ANUAL
DIC	0,00	5,55	11,10	22,20
FEV	0,00	3,42	6,85	13,70
MAI	0,00	3,20	0,00	0,00

De acordo com a Lei nº 10.438, de 26/04/2002, a Tarifa Social de Energia Elétrica é destinada aos consumidores de energia elétrica que possuem renda familiar mensal de até R\$ 220,00 (duzentos reais) e que não possuem acesso à rede elétrica. A Tarifa Social de Energia Elétrica é concedida aos consumidores que possuem renda familiar mensal de até R\$ 220,00 (duzentos reais) e que não possuem acesso à rede elétrica.

PERÍODO	VALOR	LÍMITE MENSAL	LÍMITE TRIMESTRAL	LÍMITE ANUAL
DIC	0,00	5,55	11,10	22,20
FEV	0,00	3,42	6,85	13,70
MAI	0,00	3,20	0,00	0,00

ANO AL. (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MINIMO	MAXIMO
2011	202	231

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-03



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

INGLIDA MENEZES SILVA LEMOS

CPF: 067.798.924-59

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO DE FREITAS SOBRINHO 194

CENTRO/GRAVATA
55640-000 GRAVATA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

29/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

22/06/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

22/06/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

021562348

CONTA CONTRATO

007026635572

Nº DO CLIENTE

2016077369

Nº DA INSTALAÇÃO

0006094701

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

8F21.E9C0.8514.CE51.19F0.EE8F.900B.9545

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	115,00	0,73927710	85,01
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,42
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,96
Contribuição Iluminação Pública			7,74
ICMS Subvenção-CDE-NF 014096197-23/04/18			0,74
TOTAL DA FATURA			99,87

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
91,39	25,00	22,84	91,39	0,79	0,72	91,39	3,66	3,34

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,02100000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RE	%
Geração de Energia	31,06 34,96
Transmissão	3,98 4,27
Distribuição (Celpe)	18,22 19,94
Encargos Setoriais	4,08 5,13
Tributos	26,98 29,43
TOTAL	91,39 100

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
RECIFE

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003151628230	CAT	23/05/2018 4.868,00	22/06/2018 4.983,00	30	1,50000	0,00	115,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/07/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM	METAS ANUAL
abr2018					
DIC-No.de horas sem Energia		0,22	5,55	11,10	22,21
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,42	5,85	13,70
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,22	3,20	9,60	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 31,66					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você avião presentes: rua padre joaquim cavalcanti no 23 gravata centro /
lacion virgolino da silva - m: av gov agamenon magalhaes 134 pradoLista completa em www.celpe.com.br."
Essa conta poderá ser paga no credenciado mais perto de você. Confira a lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura e bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007026635572	06/2018	0,00	29/06/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL Nº 011325934 - DATA DE EMISSÃO: 03/04/2018

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.835.032/0001-08 | Insc. Est. 0505943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MÁRIA DE LOURDES DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOÃO FELIX DE OLIVEIRA 16

CPF: 044.845.564-84 NIS: 20916842775

CENTROINHA GRANDE
CHA GRANDE PE
55630-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

CONTA CONTRATO: 0379530028
MÊS/ANO: 04/2018

DATA DE VENCIMENTO: 10/04/2018
DATA DE VENCIMENTO: 04/05/2018

TOTAL A PAGAR: 22,08

CONTA CONTRATO: 011325934
SÉRIE: ÚNICA
DATA DE EMISSÃO: 03/04/2018

DATA DE EMISSÃO: 03/04/2018
Nº DO CLIENTE: 2002352130
Nº DA UNIDADE: 963118

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,16908456	5,07
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	36,0000000	0,28987639	10,43
Contribuição Iluminação Pública			3,58
PRÓ-CRANCA (081)3412-8960 0800 031 8969			3,00

TOTAL DA FATURA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Garante Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DIAGRAMA DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

IPD	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ADJUNTO	CONSUMO (kWh)
FD103	CAT	02/03/2018	7.796,00	03/04/2018	7.832,00	32	1,00000		68,00

RESUMO DO CONSUMO				COMPOSIÇÃO DO VALOR			
Mês/Ano	Valor	ICMS	PIS	COFINS	Valor	Valor	Valor
ABR 18 00	68,00	15,50	0,52	0,37	0,08	0,08	0,08
MAR 18 53	53,00	15,50	0,52	0,37	0,08	0,08	0,08
FEV 18 56	56,00	15,50	0,52	0,37	0,08	0,08	0,08
JAN 18 58	58,00	15,50	0,52	0,37	0,08	0,08	0,08
DEZ 17 63	63,00	15,50	0,52	0,37	0,08	0,08	0,08
NOV 17 60	60,00	15,50	0,52	0,37	0,08	0,08	0,08
OUT 17 55	55,00	15,50	0,52	0,37	0,08	0,08	0,08
SET 17 52	52,00	15,50	0,52	0,37	0,08	0,08	0,08
AGO 17 30	30,00	15,50	0,52	0,37	0,08	0,08	0,08
JUL 17 37	37,00	15,50	0,52	0,37	0,08	0,08	0,08
JUN 17 57	57,00	15,50	0,52	0,37	0,08	0,08	0,08
MAY 17 55	55,00	15,50	0,52	0,37	0,08	0,08	0,08
ABR 17 58	58,00	15,50	0,52	0,37	0,08	0,08	0,08

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
No dia 15/04/2018 a Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) passou a ser denominada Companhia Energética de Pernambuco S/A (CEPEL S/A). A partir desta data, todas as informações referentes à prestação de serviços de energia elétrica deverão ser encaminhadas para a CEPEL S/A, através do e-mail: atendimento@cepel.com.br ou pelo telefone: 0800 031 8969.

ATENÇÃO: CUIDE-SE DE NÃO PERDER A DATA DE VENCIMENTO DA FATURA			
Valor	14,00	Valor	14,00
Valor	14,00	Valor	14,00

DURAÇÃO DE TENSÃO NOMINAL EM TENSÃO NOMINAL			
VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
0,00	5,55	11,10	22,21
0,00	3,42	6,85	13,70
0,00	3,20	0,00	0,00

CEPEL S/A - Companhia Energética de Pernambuco S/A - CNPJ 10.835.032/0001-08 - Insc. Est. 0505943-93 - Av. João de Barros, 111 - Boa Vista - Recife - PE - CEP 50050-002

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1352640881

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

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



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE! INGLIDA MENEZES SILVA LEMOS	DATA DE VENCIMENTO 28/02/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 21/02/2018	CONTA CONTRATO 7026635572
ENDEREÇO RUA ANTONIO DE FREITAS SOBRINHO 194 - CENTRO/GRAVATA -55640-000 GRAVATA PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 85,18	DATA DA APRESENTAÇÃO 21/02/2018	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 23/01/2018 a 21/02/2018	CONSUMO 119	NÚMERO DA NOTA FISCAL 006548465	

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 19,89

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 7026635572	MÊS/ANO 02/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 85,18	VENCIMENTO 28/02/2018	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838600000000 851800110078 026635572102 112979189136				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL Nº 011325934 - DATA DE EMISSÃO: 03/04/2018

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.835.032/0001-08 | Insc. Est. 0505943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MÁRIA DE LOURDES DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOÃO FELIX DE OLIVEIRA 16

CPF: 044.845.564-84 NIS: 20916842775

CENTROINHA GRANDE
CHA GRANDE PE
55630-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

CONTA CONTRATO: 0379530028
MÊS/ANO: 04/2018

DATA DE VENCIMENTO: 10/04/2018
DATA DE VENCIMENTO: 04/05/2018

TOTAL A PAGAR: 22,08

CONTA CONTRATO: 011325934
SÉRIE: ÚNICA
DATA DE EMISSÃO: 03/04/2018

DATA DE EMISSÃO: 03/04/2018
Nº DO CLIENTE: 2002352130
Nº DA UNIDADE: 963118

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,16908456	5,07
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	36,0000000	0,28987639	10,43
Contribuição Iluminação Pública			3,58
PRÓ-CRANCA (081)3412-8960 0800 031 8969			3,00

TOTAL DA FATURA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Garante Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DIAGNOSTICATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

IPD	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ADJUNTO	CONSUMO (kWh)
FD1033	CAT	02/03/2018	7.796,00	03/04/2018	7.832,00	32	1,00000		68,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano kWh
ABR 18 60
MAR 18 53
FEV 18 56
JAN 18 58
DEZ 17 63
NOV 17 60
OUT 17 55
SET 17 52
AGO 17 30
JUL 17 37
JUN 17 57
MAY 17 55
ABR 17 58

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	15,50	0,52
PIS	15,50	0,52
COFINS	15,50	0,52

CONSUMO ATIVO	CONSUMO ATIVO SUPERIOR A 30 ATÉ 100 kWh
0,16908456	0,28987639

CONSUMO ATIVO	CONSUMO ATIVO SUPERIOR A 30 ATÉ 100 kWh
0,16908456	0,28987639

CONSUMO ATIVO	CONSUMO ATIVO SUPERIOR A 30 ATÉ 100 kWh
0,16908456	0,28987639

CONSUMO ATIVO	CONSUMO ATIVO SUPERIOR A 30 ATÉ 100 kWh
0,16908456	0,28987639

CONSUMO ATIVO	CONSUMO ATIVO SUPERIOR A 30 ATÉ 100 kWh
0,16908456	0,28987639

CONSUMO ATIVO	CONSUMO ATIVO SUPERIOR A 30 ATÉ 100 kWh
0,16908456	0,28987639

CONSUMO ATIVO	CONSUMO ATIVO SUPERIOR A 30 ATÉ 100 kWh
0,16908456	0,28987639

CONSUMO ATIVO	CONSUMO ATIVO SUPERIOR A 30 ATÉ 100 kWh
0,16908456	0,28987639

CONSUMO ATIVO	CONSUMO ATIVO SUPERIOR A 30 ATÉ 100 kWh
0,16908456	0,28987639

CONSUMO ATIVO	CONSUMO ATIVO SUPERIOR A 30 ATÉ 100 kWh
0,16908456	0,28987639

CONSUMO ATIVO	CONSUMO ATIVO SUPERIOR A 30 ATÉ 100 kWh
0,16908456	0,28987639

CONSUMO ATIVO	CONSUMO ATIVO SUPERIOR A 30 ATÉ 100 kWh
0,16908456	0,28987639

CONSUMO ATIVO	CONSUMO ATIVO SUPERIOR A 30 ATÉ 100 kWh
0,16908456	0,28987639

CONSUMO ATIVO	CONSUMO ATIVO SUPERIOR A 30 ATÉ 100 kWh
0,16908456	0,28987639

CONSUMO ATIVO	CONSUMO ATIVO SUPERIOR A 30 ATÉ 100 kWh
0,16908456	0,28987639

CONSUMO ATIVO	CONSUMO ATIVO SUPERIOR A 30 ATÉ 100 kWh
0,16908456	0,28987639

CONSUMO ATIVO	CONSUMO ATIVO SUPERIOR A 30 ATÉ 100 kWh
0,16908456	0,28987639

CONSUMO ATIVO	CONSUMO ATIVO SUPERIOR A 30 ATÉ 100 kWh
0,16908456	0,28987639

CONSUMO ATIVO	CONSUMO ATIVO SUPERIOR A 30 ATÉ 100 kWh
0,16908456	0,28987639

CONSUMO ATIVO	CONSUMO ATIVO SUPERIOR A 30 ATÉ 100 kWh
0,16908456	0,28987639

CONSUMO ATIVO	CONSUMO ATIVO SUPERIOR A 30 ATÉ 100 kWh
0,16908456	0,28987639

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1352640881

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

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



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE! INGLIDA MENEZES SILVA LEMOS	DATA DE VENCIMENTO 28/02/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 21/02/2018	CONTA CONTRATO 7026635572
ENDEREÇO RUA ANTONIO DE FREITAS SOBRINHO 194 - CENTRO/GRAVATA -55640-000 GRAVATA PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 85,18	DATA DA APRESENTAÇÃO 21/02/2018	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 23/01/2018 a 21/02/2018	CONSUMO 119	NÚMERO DA NOTA FISCAL 006548465	

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 19,89

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 7026635572	MÊS/ANO 02/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 85,18	VENCIMENTO 28/02/2018	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838600000000 851800110078 026635572102 112979189136				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Enilda de Menezes Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.822.294 / 97 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Fabiano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.439.354 / 09, do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima _____, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme

determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Antônio de Freitas Salbriha</u>		<u>194</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Gravata</u>	<u>PE</u>	<u>55640-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>enildamenezes@hotmail.com</u>	<u>-</u>		<u>(81) 99360-5567</u>

Gravata, 03 de Julho de 2018.
Local e Data

Enilda de Menezes Silva
Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Carla de Menezes Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.822.294 / 97
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Fabiano da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 052.439.354 / 09 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidação da Vítima
Carla de Menezes Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.822.294 / 97 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Antônio de Freitas Sobrinho</u>		Número <u>194</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Gravata</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55640-000</u>
Email <u>carlamenezes@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99360-5567</u>

Gravata, 03 de Julho de 2018
Local e Data

Carla de Menezes Silva
Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Enilda de Menezes Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.822.294 / 97 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Fabiano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.439.354 / 09, do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima _____, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme

determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Antônio de Freitas Salbriha</u>		<u>194</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Gravata</u>	<u>PE</u>	<u>55640-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>enildamenezes@hotmail.com</u>	<u>-</u>		<u>(81) 99360-5567</u>

Gravata, 03 de Julho de 2018.
Local e Data

Enilda de Menezes Silva
Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Enilda de Menezes Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.822.294 / 97 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Fabiano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.439.354 / 09, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidoz da Vítima _____, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme

determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Antônio de Freitas Salvrinho</u>		<u>194</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Gravata</u>	<u>PE</u>	<u>55640-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>enildamenezes@hotmail.com</u>	<u>-</u>		<u>(81) 99360-5567</u>

Gravata, 03 de Julho de 2018.
Local e Data

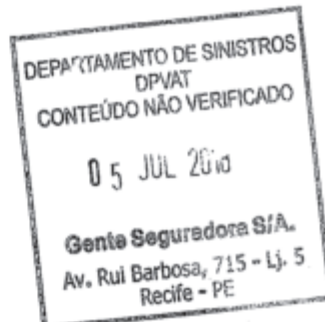
Enilda de Menezes Silva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Felipe Manuel da Silva Oliveira,
RG nº 9.363.942, data de expedição 1/1/,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 114.454.054-23, com
domicílio na cidade de Chã Grande, no Estado de
Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua. São Prudente de Santana, nº 16,
complemento para, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima José Fabiano da Silva, cujo o condutor era

Veículo: AUTOMÓVEL
Modelo: FIAT/UNO MILLE FIRE
Ano: 2003
Placa: AKV 6747
Chassi: 9BD 15802534471398 REM
Data do Acidente:
Local e Data: Chã Grande 26/06/2018

X Felipe Manuel da Silva Oliveira
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

REGISTRO CIVIL DE CHÃ GRANDE, Laura Cunha Elkis, Oficial de Registro Civil e Tybess,
R. José Joaquim de Miranda, 58 - Centro - Chã Grande - PE - CEP: 55036-000 - Tel: (81) 98118-8866 - luekiss@gmail.com

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de
FELIPE MANUEL DA SILVA
OLIVEIRA
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia.
Dou fé. [Assinatura] Substituta, Chã
Grande, 16/06/2018 Em test. da verdade.
Total: R\$ 4,79 LAURA CUNHA ELKIS (OFICIALA)
Válido somente com o selo 0074302-YEA06201801.00601

Joanna Dark de Lima Silva
Substituta da Oficial

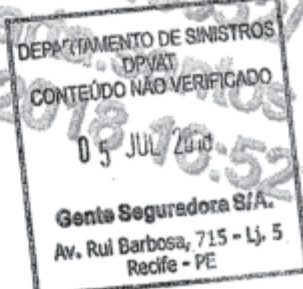
Trata-se de um veículo Fiat e não mostra
Declaração não é obrigatório apresentar

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Felipe Manuel da Silva Oliveira
RG nº 9.363.942 data de expedição 1/1
Órgão SDS/PE portador do CPF nº 114.754.054-23 com
domicílio na cidade de Chã Grande no Estado de
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Presidente de Santana nº 16,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jose Fabiano da Silva cujo o condutor era

Veículo: AUTO MOVEL
Modelo: FIAT UNO MILLE FIRE
Ano: 2003
Placa: AKV 6747
Chassi: 9BD 35802534471398 REM
Data do Acidente:
Local e Data: Chã Grande 26/06/2018

X Felipe Manuel da Silva Oliveira
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

REGISTRO CIVIL DE CHÃ GRANDE - Laura Cunha Elks - Oficial do Registro Civil e Tabelião
José Jacqueline de Miranda, 52 - Centro - Chã Grande - PE - CEP: 55035-000 - Tel: (81) 98178-4956 - email: laura@laura.com.br

Reconhecimento por Autenticidade a firma indicada de
FELIPE MANUEL DA SILVA OLIVEIRA
que confere o o padrão reg. nesta serventia.
Dou fe. Joanna Dark de Lima Silva Substituta, Chã Grande, 26/06/2018 em test. da verdade.
Total: R\$ 4,79 LAURA CUNHA ELKIS (OFICIALA)
Válido somente com o selo 0074303-YEA06201801.00601

Joanna Dark de Lima Silva
Substituta da Oficial

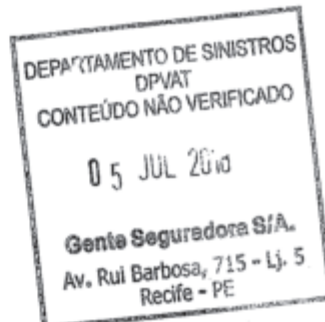
0245352118

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Felipe Manuel da Silva Oliveira,
RG nº 9.363.942, data de expedição 1/1/,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 114.454.054-23, com
domicílio na cidade de Chã Grande, no Estado de
Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua. São Prudente de Santana, nº 16,
complemento para, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima José Fabiano da Silva, cujo o condutor era

Veículo: AUTOMÓVEL
Modelo: FIAT/UNO MILLE FIRE
Ano: 2003
Placa: AKV 6747
Chassi: 9BD 15802534471398 REM
Data do Acidente:
Local e Data: Chã Grande 26/06/2018

X Felipe Manuel da Silva Oliveira
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

REGISTRO CIVIL DE CHÃ GRANDE, Laura Cunha Elkis, Oficial de Registro Civil e Tybess,
R. José Joaquim de Miranda, 58 - Centro - Chã Grande - PE - CEP: 55036-000 - Tel: (81) 98118-8866 - luekiss@gmail.com

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de
FELIPE MANUEL DA SILVA
OLIVEIRA
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia.
Dou fé. [Assinatura] Substituta, Chã
Grande, 16/06/2018 em test. da verdade.
Total: R\$ 4,79 LAURA CUNHA ELKIS (OFICIALA)
Válido somente com o selo 0074302-YEA06201801.00601

Joanna Dark de Lima Silva
Substituta da Oficial

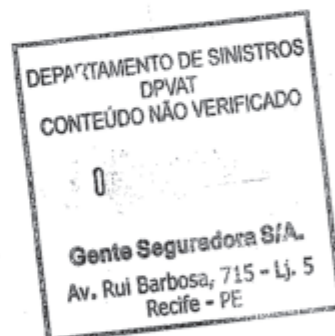
Automóvel - não é necessário
declarar

Declaração do Proprietário do Veículo

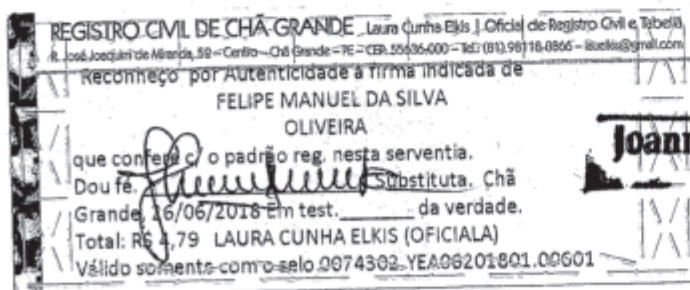
Eu, Felipe Manuel da Silva Oliveira,
RG nº 9.363.942, data de expedição 1/1/1,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 114.454.054-23, com
domicílio na cidade de Chã Grande, no Estado de
Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Prudente de Santana, nº 16,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jose Fabiano da Silva, cujo o condutor era

Veículo: AUTOMÓVEL
Modelo: FIAT/UNO MILLE FIRE
Ano: 2003
Placa: AKV 6747
Chassi: 9BD 35802534471398 REM
Data do Acidente:
Local e Data: Chã Grande 26/06/2018

X Felipe Manuel da Silva Oliveira
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Joanna Dark de Lima Silva
Substituta da Oficial

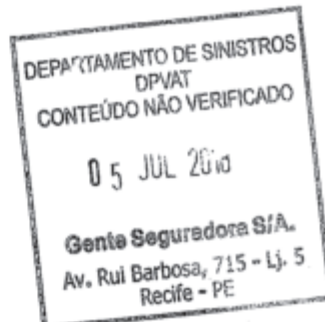


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Felipe Manuel da Silva Oliveira,
RG nº 9.363.942, data de expedição 1/1/,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 114.454.054-23, com
domicílio na cidade de Chã Grande, no Estado de
Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua. São Prudente de Santana, nº 16,
complemento para, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima José Fabiano da Silva, cujo o condutor era

Veículo: AUTOMÓVEL
Modelo: FIAT/UNO MILLE FIRE
Ano: 2003
Placa: AKV 6747
Chassi: 9BD 15802534471398 REM
Data do Acidente:
Local e Data: Chã Grande 26/06/2018

X Felipe Manuel da Silva Oliveira
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

REGISTRO CIVIL DE CHÃ GRANDE, Laura Cunha Elkis, Oficial de Registro Civil e Tabelião,
R. José Joaquim de Miranda, 58 - Centro - Chã Grande - PE - CEP: 55036-000 - Tel: (81) 98118-8866 - luekris@gmail.com

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de
FELIPE MANUEL DA SILVA
OLIVEIRA
que compareceu ao padrão reg. nesta serventia.
Dou fé. [Assinatura] Substituta, Chã
Grande, 16/06/2018 em test. da verdade.
Total: R\$ 4,79 LAURA CUNHA ELKIS (OFICIALA)
Válido somente com o selo 0074302-YEA06201801.00601

Joanna Dark de Lima Silva
Substituta da Oficial



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GRETE
TELEFONE: (81) 3719-9400 / (81)3719-9346

SAME- H.R.A
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICAS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o paciente: **JOSÉ FABIANO DA SILVA** esteve interno(a) nesta unidade hospitalar no dia **06/04/2018**.

PRONTUÁRIO:316442

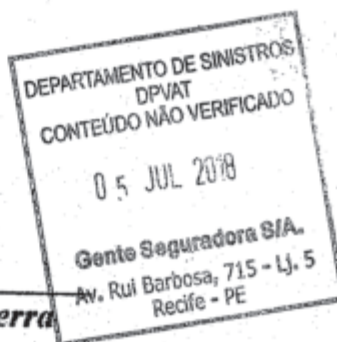
TRATAMENTO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

OBS. ATT COM AUTOMÓVEL.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 12 de Abril de 2018.

Alexandre de Oliveira Bezerra
SAME-HRA



[C9 794 975/0269-27]

**FUSAM - Hospital Regional
do Agreste**

BR 232, Km 130

Indianópolis - PE 55069-000

Caruaru - PE



HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHÃ GRANDE - PE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendimento em: 06/04/2018 às 14:09:58 | N° do Atendimento:

FICHA DE ATENDIMENTO

Código Paciente PAC_768101		Cartão SUS		Nome do Paciente JOSE FABIANC DA SILVA	
Data Nascimento 08/04/1983	Idade 34 anos	Sexo Masculino	Raça/Cor	Contato 1	Contato 2
Nome dos Pais SEBASTIAO INACIO DA SILVA E CECILIA SEBASTIANA DA CONCEIÇÃO			Observações		
Endereço:					
ANTROPOMETRIA					
PESO:		KG	ALTURA:	M	MASSA:
SINAIS VITAIS / GLICEMIA					
P.A.:	mmHg	TEMPERATURA:	C	GLICEMIA: mg/dl	
FREQ. CARD.:	bpm	SAT. O2.:	%	() Jejum () Pós-Prandial	
FREQ. RESP.:	mpm	HGT:			
INFORMAÇÕES ADICIONAIS					
ALERGIAS? ()		QUAIS?			
SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE: <i>paciente relatou de episódios de automobiliação na casa do filho. Sem perda de consciência ou vômitos, no momento se apresenta consciente e orientado, sem alterações de nível de consciência.</i>					
EXAMES FÍSICOS					
<i>Ex - fratura exposta de fêmur.</i>					
DIAGNÓSTICO					
EXAMES COMPLEMENTARES					
TRATAMENTO					
<i>Trat - ORP + 100 mg S.A. + 14.3</i> <i>injeção com</i>					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Elonilda Severina dos Santos
Enfermeira
COREN-PE 416532

Dr. Ruan Nelsu,
Médico
CRM-PE 14414
Médico / CRM / Carimbo

Data do Atendimento: 06/04/18 Hora: _____

NOME: José Fabiano da Silva

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura do fêmur (11) CID-10: S72.4 foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 12/24/2018. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, 12/24/18.

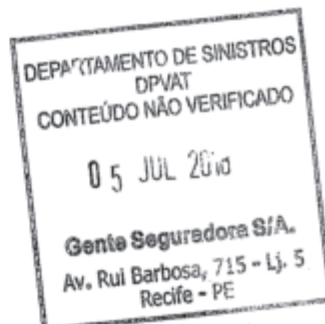


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Felipe Manuel da Silva Oliveira,
RG nº 9.363.942, data de expedição 1/1/1,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 114.454.054-23, com
domicílio na cidade de Chã Grande, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Prudente de Santana, nº 16,
complemento PASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima José Fabiano da Silva, cujo o condutor era

Veículo: AUTOMÓVEL
Modelo: FIAT/UNO MILLE FIRE
Ano: 2003
Placa: AKV 6747
Chassi: 9BD 15802534471398 REM
Data do Acidente:
Local e Data: Chã Grande 26/06/2018

X Felipe Manuel da Silva Oliveira
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

REGISTRO CIVIL DE CHÃ GRANDE, Laura Cunha Elkis, Oficial de Registro Civil e Tabelião,
R. José Joaquim de Miranda, 58 - Centro - Chã Grande - PE - CEP: 55036-000 - Tel: (81) 98118-8866 - luekris@gmail.com

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de
FELIPE MANUEL DA SILVA
OLIVEIRA
que compareceu ao padrão reg. nesta serventia.
Dou fé. [Assinatura] Substituta, Chã
Grande, 16/06/2018 em test. da verdade.
Total: R\$ 4,79 LAURA CUNHA ELKIS (OFICIALA)
Válido somente com o selo 0074302-YEA06201801.00601

Joanna Dark de Lima Silva
Substituta da Oficial



HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHÃ GRANDE - PE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendimento em: 06/04/2018 às 14:09:58 | N° do Atendimento:

FICHA DE ATENDIMENTO

Código Paciente PAC_768101	Cartão SUS	Nome do Paciente JOSE FABIANC DA SILVA			
Data Nascimento 08/04/1983	Idade 34 anos	Sexo Masculino	Raça/Cor	Contato 1	Contato 2
Nome dos Pais SEBASTIAO INACIO DA SILVA E CECILIA SEBASTIANA DA CONCEIÇÃO		Observações			

Endereço:

ANTROPOMETRIA

PESO: KG ALTURA: M MASSA:

SINAIS VITAIS / GLICEMIA

P.A.: mmHg TEMPERATURA: C GLICEMIA: mg/dl
FREQ. CARD.: bpm SAT. O2.: % () Jejum () Pós-Prandial
FREQ. RESP.: mpm HGT:

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

ALERGIAS? () QUAIS?

SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE: Paciente relatou dor abdominal no lado direito, na região do hipocôndrio, com início há 1 hora, sem febre, náusea ou vômito. Não houve alteração na frequência cardíaca, respiratória e pressão arterial.

EXAMES FÍSICOS

DIAGNÓSTICO

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO



Data do Atendimento: 06/04/18 Hora: :

Dr. Ruan Almeida
Médico
CRM-PE 145532
Médico / CRM / Carimbo



HOSPITAL
JESUS PEQUENO

NOME: João Emanoel da Silva

LAUDO MÉDICO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura do fêmur direito CID-10: S72.1 foi

submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

12.04.18. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Reste de gueto de alta do acompanhamento
subst +

Bezerros, 22, 11, 18.

CRM-PB 7451
11/11/18



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GRETE
TELEFONE: (81) 3719-9400 / (81) 3719-9346

SAME- H.R.A

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICAS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o paciente: JOSÉ FABIANO DA SILVA esteve interno(a) nesta unidade hospitalar no dia 06/04/2018.

PRONTUÁRIO: 316442

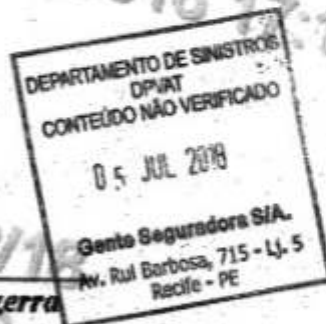
TRATAMENTO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

OBS. ATT COM AUTOMÓVEL.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 12 de Abril de 2018.


Alexandre de Oliveira Bezerra
SAME-HRA



C9794 97510269-27

FUSAM - Hospital Regional

do Estado

BR 232, Km 130

Indiápolis - PE 55000-000

Caruaru - PE



HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHÃ GRANDE - PE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendimento em: 06/04/2018 às 14:09:58 | N° do Atendimento:

FICHA DE ATENDIMENTO

Código Paciente PAC_768101		Cartão SUS		Nome do Paciente JOSE FABIANC DA SILVA	
Data Nascimento 08/04/1983	Idade 34 anos	Sexo Masculino	Raça/Cor	Contato 1	Contato 2
Nome dos Pais SEBASTIAO INACIO DA SILVA E CECILIA SEBASTIANA DA CONCEIÇÃO			Observações		
Endereço:					
ANTROPOMETRIA					
PESO:	KG	ALTURA:	M	MASSA:	
SINAIS VITAIS / GLICEMIA					
P.A.:	mmHg	TEMPERATURA:	C	GLICEMIA: mg/dl	
FREQ. CARD.:	bpm	SAT. O2.:	%	() Jejum () Pós-Prandial	
FREQ. RESP.:	mpm	HGT:			
INFORMAÇÕES ADICIONAIS					
ALERGIAS? () QUAIS?					
SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE: <i>paciente relatou dor no abdômen no lado direito há cerca de 1 hora. Sem febre, náusea ou vômito. A dor se apresenta como uma pontada, piorando com a respiração profunda.</i>					
EXAMES FÍSICOS					
<i>Exame físico normal.</i>					
DIAGNÓSTICO					
EXAMES COMPLEMENTARES					
TRATAMENTO					
<i>Paracetamol 500mg + 100mg S.O. 14:00</i>					

Data do Atendimento: 06/04/18 Hora: :

Dr. Ruan Weiss
Médico
CRM-PE
Matco / CRM / Carimbo

ASL-0245352/18
marta.santos
21/12/2018 17:13:45

ASL-0245352/18
marta.santos
21/12/2018 17:13:45

NOME: JM Fabiano da Silva

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura do fêmur (D) CID-10: S72.4 foi submetido a tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 12/3/2013. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

ASL-0245352/18
marta.santos
21/12/2018 17:13:45

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
08 NOV 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rua Barbosa, 715 Loja 5
Belo Horizonte - Minas Gerais CEP: 32071-040

ASL-0245352/18
marta.santos
21/12/2018 17:13:45



HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHÃ GRANDE - PE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendimento em: 06/04/2018 às 14:09:58 | N° do Atendimento:

FICHA DE ATENDIMENTO

FICHA DE ATENDIMENTO					
Código Paciente PAC_768101		Cartão SUS		Nome do Paciente JOSE FABIANC DA SILVA	
Data Nascimento 08/04/1983	Idade 34 anos	Sexo Masculino	Raça/Cor	Contato 1	Contato 2
Nome dos Pais SEBASTIAO INACIO DA SILVA E CECILIA SEBASTIANA DA CONCEIÇÃO			Observações		
Endereço:					
ANTROPOMETRIA					
PESO:	KG	ALTURA:	M	MASSA:	
SINAIS VITAIS / GLICEMIA					
P.A.:	mmHg	TEMPERATURA:	C	GLICEMIA: mg/dl	
FREQ. CARD.:	bpm	SAT. O2.:	%	() Jejum () Pós-Prandial	
FREQ. RESP.:	mpm	HGT:			
INFORMAÇÕES ADICIONAIS					
ALERGIAS? ()		QUAIS?			
SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE: <i>paciente relata dor abdominal no lado direito há cerca de 1 hora. Sem febre, náusea ou vômito. Não apresenta alterações de apetite, peso ou hábitos intestinais.</i>					
EXAMES FÍSICOS					
<i>em exame físico: abdome macio, sem sinais de irritação peritoneal.</i>					
DIAGNÓSTICO					
EXAMES COMPLEMENTARES					
TRATAMENTO					
<i>tratado com analgésico e encaminhado para observação.</i>					

Página 1 de 1

26 MAR 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE FABIANO DA SILVA

Data Nasc.: 08/04/1983

Idade: 34

Sexo:

MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 703603089540332

Endereço: RUA JOAO PRUDENTE DE SANTANA

Nº: 16

Bairro: CENTRO

Cidade: CHA GRANDE

Estado: PE

C.P.: 55636000

Fone: 92984746

Profissão: AUTONOMO

Nome da Mãe: CECILIA MARIA DA CONCEICAO

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM AUTOMOVEL

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Cabeleiro HJT

2 - ATENDIMENTO

Data: 06/04/2018 16:15

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Permanente dor no membro superior direito, no antebraço e mão, desde a queda de um objeto sobre o mesmo.

Exame Físico:

PA:

FC:

FR:

Abolimento de dor no membro superior direito, com uso de analgésicos.

Diag. Provisório:

Síndrome do punho flexor do antebraço direito.

Antônio Raimundo L. Barreto
CIRURGIÃO GERAL
CRM-PE: 10.557
RPM: 148.889.923-4

Prescrição:

Dieta:

Doz. idome na Lox 40, 11/04/18
no punho
Ext. Rx da Base,
Lox 40

Dr. José Raimundo
Ortopedia
GRUPE 53

43

06/04/2018

frat. *[assinatura]*

in *[assinatura]*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPAI
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 MAR 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Data: ____/____/____

Assinatura

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel: _____
Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

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

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data:	/	/	Hora:	Médico:	CRM:
-------	---	---	-------	---------	------

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de Saúde:

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nome do Paciente:

Registro Nº:

Clinica:

Leito Nº:

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

6/4

2018

Paciente com
Acidente automobilístico
com fraturas de
pernas e braços.

[Signature]
Rui Barbosa
Medicina e Traumatologia
CRM: 10560

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
26 MAR 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Próximo ao final de fratura de perna direita
fratura. Estável. Se melhor.

Agua de Uva e Exames

[Signature]
ABR 2019

Pt. Control. 51 exames
Cm. Nma

[Signature]



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE JOSE FABIANO DA SILVA		NUMERO DO REGISTRO 118849
CLÍNICA ORTOPÉDICA		
CIRURGIÃO JOSÉ FELIPE GUEDES		
ANESTESIA RAQUIANESTESIA		ANESTESISTA DR ADERLANDRO
DATA DA OPERAÇÃO 12/04/2018		
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO FRATURA DO FEMUR DIREITO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DO FEMUR DIREITO		
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO FEMUR DIREITO + RETIRADA DE FIO DE K TRANSTIBIAL + DEBRIDAMENTO EM TRAJETO DE FIO DE K + OSTEOTOMIA DE FEMUR DISTAL		
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA		
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO 1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA + ANTISEPSIA + APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS 3. RETIRADA DE FIO DE K TRANSTIBIAL (TRAÇÃO-TRANSEQUELÉTICA) 4. DEBRIDAMENTO EM TRAJETO DE FIO DE K 5. INCISÃO TRANSTENDÓPATELAR PARA ACESSO AO FEMUR DISTAL 6. OSTEOTOMIA DE FEMUR DISTAL 7. PASSAGEM DE FIO GUIA APÓS REDUÇÃO DE FRATURA 8. FRESAGEM DO CANAL MEDULAR 9. APOSEIÇÃO DE HASTE INTRAMEDULAR RETROGRADA DE FEMUR 10. REALIZADO DUPLO BLOQUEIO DISTAL E BLOQUEIO PROXIMAL 11. LAVAGEM COM SF0,9% 12. SUTURA POR PLANOS 13. CURATIVO		

Conferido Com Documento
Original Bezerra PE 140518
Hospital Jesus Pequeno

Ass. Ambrim
12/04/2018

140518
Pag. 03/03
29/03/18
Dr. Felipe Guedes
CRM 18421
R. 18421

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_01 - LEITO-03
 Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 498796	Data: 08/04/2018	Hora: 11:07	Recepção: ADRIANA SANTANA DE OLIVEIRA
Convênio: SES-ORTOPEDIA			Matrícula: 703603089540332
Responsável:			Identidade:
Médico: DR. EMANUEL ALEXANDRE AMANDO SOUZA			Cartão SUS: 703603089540332
Paciente: 118849 JOSE FABIANO DA SILVA			Sexo: MASCULINO Cor:
Nascimento: 08/04/1983 - 35 Anos e 2 Meses			Est. Civil:
Endereço: RUA JOAO PRUDENTE DE SANTANA, S/N			C.P.F.: 05243935409
Bairro: CENTRO	CEP:		Identidade: 8637993 SDS PE
BGE/Cidade: 2604502 CHA GRANDE	UF: PE		Telefone: 81.97401135 81.97401135
Paí: SEBASTIAO INACIO DA SILVA			G. Instrução:
Mãe: CECILIA MARIA DA CONCEICAO			Ocupação:
Nacionalidade: BRASIL			Naturalidade:
Obs.: SENHA ORTOPEDICA 432296			

Queixa do Paciente:

Atividade de Frenologia - Frenologia N13.
 30447 Frenologia N13.

Ida:

Exame Físico:

BOM SF.
 NID: ESTABILIZADO NO GNR DO HENRIQUE.
 PE: FALSA E NO FENOL.

Ida:

FALSA E NO FENOL 310150.

Tratamento:

Orbita 10.

Bezerros, 08 de abril de 2018

Conferido Com Documento
 Original Bezerros PE
 Hospital Jesus Pequeno

Dr. Emanuel Amando Souza
 Médico Responsável
 08/04/2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2018

Gente Seguradora S/A.
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
 Recife - PE

Dr. Emanuel Amando Souza
 Médico Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

2018070178



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO			2 - CNES 2344254		
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO			4 - CNES 2344254		
Identificação do Paciente					
5 - Nome do Paciente JOSE FABIANO DA SILVA					
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 703803089540332		8 - Data Nascimento 08/04/1983		9 - Sexo MASCULINO ☒	
11 - Nome da Mãe CECILIA MARIA DA CONCEICAO		6 - Número do Prontuário 118849		10 - Raça/Cor 10.1 - Etnia	
13 - Nome Responsável		12 - Telefone de Contato 81.97401135 81.97401135		14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA JOAO PRUDENTE DE SANTANA, S/N () - CENTRO					
16 - Município de residência CHA GRANDE					
17 - Cod. IBGE município 2604502		18 - UF PE		19 - CEP	
20 - Principais sinais e sintomas clínicos JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 1018212E DE GASTRO - PLETO NO-VID BOA EB. COLICIAO AUTOMATICA. VID: PELA VIDA DO CITO DO MEXICO RE: FRAQUA DE FEMUR.					
21 - Condições que justificam a internação CLINICAS					
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados) FR. FRAQUA.					
23 - Diagnóstico inicial FR. FRAQUA. NO FEMUR DIREITO.					
24 - CID 10 Principais		25 - CID 10 Sec.		26 - CID 10 Causas associadas	
27 - Descrição do Procedimento Solicitado TRATAMENTO CIRURGICO					
28 - Código do procedimento		30 - Caráter de Internação			
31 - Documento () CNS () CPF		32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) de Profissional solicitante			
33 - Nome do Profissional Solicitante DR. JOAO DA SILVA		34 - Data de solicitação 08/04/18			
35 - Assinatura e Carimbo (N.º do Registro do Conselho) Assinatura de Dr. João da Silva					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - CNPJ da Seguradora		37 - CNPJ da Empresa		38 - CNA de Empresa	
39 - CNPJ da Seguradora		40 - Nr. do Boleto		41 - Série	
42 - CNPJ da Empresa		43 - CNA de Empresa		44 - CBO	
45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado					
46 - Nome do Profissional Autorizador					
47 - Cód. Órgão Emissor		48 - Nr. Autorização de internação hospitalar			
49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador		50 - Assinatura e Carimbo (N.º do Registro do Conselho)			
51 - Data da Autorização		52 - Assinatura e Carimbo (N.º do Registro do Conselho)			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

Gente Seguros S/A
Rua Flor do Sertão, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE
Hospital Jesus Pequeno

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

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

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

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

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

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

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

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las. Atenda às recomendações dos membros da CIPA, e de seus mestres e chefes.

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

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

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

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la. Habitu-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

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



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CONTINUAÇÃO

Número 26538 Série 00058

Carica de Meneses Silva
ASSINATURA DO PORTADOR



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2008

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 11.
Recife - PE

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Erica de Menezes Silva
 Loc. Nasc. Caruaru Est. PE Data 02/09/1983
 Filiação Luiz Severino da Silva e Joazeleide
Castano de Menezes
 Doc. Nº R.G. 36.415-152-X SSP/SP

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em/...../..... Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs.:

Data Emissão 23/07/2012 SRTE A.G. DO TRABALHO

82. Família Rodrigues da Cunha

Assinatura do Funcionario
Edvanilson Rod. G. Souza

Mat: 17Q4-3

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

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

Nome

Doc.

Nome:

Doc.

Nome.

Doc.

000000

0000-0001-9786-400X

.....

Nasc

000000

000000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

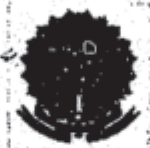
05 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa 715 - Lj. 5
Rio de Janeiro - RJ

02/12/2017

Receita Federal do Brasil

**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF**



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 057.822.294-97

Nome: ERICA DE MENEZES SILVA

Data Nascimento: 02/09/1983

Situação Cadastral: REGULAR

Data de Inscrição no CPF: 27/01/2003

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 13:24:21 do dia 02/12/2017 (hora e data de Brasília)

Código de controle do comprovante: 964E.A34D.FE56.C93A



Aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

Nº do CPF: 057.822.294-97

Nome: ERICA DE MENEZES SILVA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.