



Número: **0025138-34.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.306,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65539726	30/07/2020 16:14	ANEXO 1	Outros (Documento)



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) **JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO**, CPF-135.962.654-95, que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID - 0333, REG- 23.638 no dia 25 de novembro de 2018, às 15'h e 48min, no sítio Boqueirão, Município de Brejo da Madre Deus, com queixa de colisão moto com moto, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)** que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para UPA 24h

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo de imobilização de trauma, verificação de sinais, AVP e remoção

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 08 DE JANEIRO 2019

Maria Lenice C. da Silva
Coordenação SAMU
Ma. Cordeiro

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA



Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE em ____ / ____ / ____



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.193,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00491

CONTA: 000000026909-8

Autenticação:

6CFA6CD19BAD06C0587FE2647D0F044FE415C78EFA80DACBFDBA306901E69E7C





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
 CNPJ 13.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 EDITE MARIA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS 280

CPF: 020.355.004-86

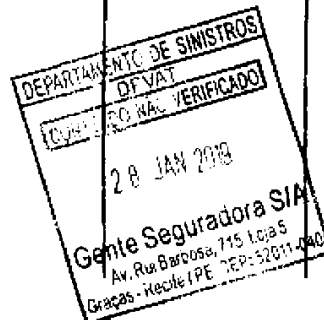
PAO DE ACUCAR/PAO DE ACUCAR
 TAQUARITINGA DO NORTE PE
 55790-000

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL: 141389180
 SÉRIE: ÚNICA
 EMISSÃO: 07/12/2018
 APRESENTAÇÃO: 7/12/2018
 Nº DO CLIENTE: 2002333442
 Nº DA INSTALAÇÃO: 3847330

CONTA CONTRATO: 7015359751
 MÊS/ANO: 12/2018
 DATA DE VENCIMENTO: 14/12/2018
 DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA: 04/01/2019
 TOTAL A PAGAR (R\$): 100,75

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	119,0000000	0,73875354	87,91
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,30
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,24
ICMS Subvenção-CDE-NF 030084517 - 03/09/18			0,71
ICMS Subvenção-CDE-NF 033937734 - 04/10/18			0,63
Multa por atraso-NF 033937734 - 04/10/18			1,69
Juros por atraso-NF 033937734 - 04/10/18			0,73
Atualização IGPM-NF 033937734 - 04/10/18			0,54



TOTAL DA FATURA

100,75

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
83781838	CAT	06-11-2018	9.781,00	07-12-2018	9.900,00	31	1,90000		119,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS	CONSUMO (KWH)
DEZ 18	119
NOV 18	124
OUT 18	102
SET 18	108
AGO 18	99
JUL 18	100
JUN 18	127
MAY 18	134

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	88,21	25,00	22,30
PIS	88,21	6,78	5,97
COFINS	88,21	3,81	3,32

Consumo Ativo(kWh)

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	28,16	31,67%
Transmissão	4,17	4,67%
Distribuição (Celpe)	19,50	21,86%
Perdas de Energia	5,14	5,80%
Encargos Setoriais	5,02	5,63%
Tributos	26,22	29,39%
Total	88,21	100%

TARIFAS APLICADAS

0,421680003





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
 CNPJ 13.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 EDITE MARIA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS 280

CPF: 020.355.004-86

PAO DE ACUCAR/PAO DE ACUCAR
 TAQUARITINGA DO NORTE PE
 55790-000

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL 141389180
 SÉRIE ÚNICA
 EMISSÃO 07/12/2018

CONTA CONTRATO 7015359751
 MÊS/ANO 12/2018
 DATA DE VENCIMENTO 14/12/2018
 DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA 04/01/2019

APRESENTAÇÃO 7/12/2018
 Nº DO CLIENTE 2002333442
 Nº DA INSTALAÇÃO 3847330

TOTAL A PAGAR (R\$) 100,75

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	119,0000000	0,73875354	87,91
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,30
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,24
ICMS Subvenção-CDE-NF 030084517 - 03/09/18			0,71
ICMS Subvenção-CDE-NF 033937734 - 04/10/18			0,63
Multa por atraso-NF 033937734 - 04/10/18			1,69
Juros por atraso-NF 033937734 - 04/10/18			0,73
Atualização IGPM-NF 033937734 - 04/10/18			0,54



TOTAL DA FATURA

100,75

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
83781838	CAT	06-11-2018	9.781,00	07-12-2018	9.900,00	31	1,90000		119,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS	CONSUMO (KWH)
DEZ 18	119
NOV 18	124
OUT 18	102
SET 18	108
AGO 18	99
JUL 18	100
JUN 18	127
MAY 18	134

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	88,21	25,00	22,30
PIS	88,21	6,78	5,97
COFINS	88,21	3,81	3,37

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

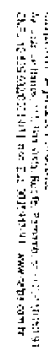
	R\$	%
Geração de Energia	28,16	31,67%
Transmissão	4,17	4,67%
Distribuição (Celpe)	19,50	21,86%
Perdas de Energia	5,14	5,89%
Encargos Setoriais	5,02	5,63%
Tributos	26,22	29,39%
Total	88,21	100%

Consumo Ativo(kWh)

TARIFAS APLICADAS

0,421680003





Environ Biol Fish (2015) 98:239–249

[illegible]

2005SF004070

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PP 244074 PISCAL . . . 40000 . . . 00000000

Address/Articles	Volume	Page
1. J. F. F. F.	100	100

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT
10/1/19	...	...
10/2/19	...	...
10/3/19	...	...
10/4/19	...	...
10/5/19	...	...
10/6/19	...	...
10/7/19	...	...
10/8/19	...	...
10/9/19	...	...
10/10/19	...	...
10/11/19	...	...
10/12/19	...	...
10/13/19	...	...
10/14/19	...	...
10/15/19	...	...
10/16/19	...	...
10/17/19	...	...
10/18/19	...	...
10/19/19	...	...
10/20/19	...	...
10/21/19	...	...
10/22/19	...	...
10/23/19	...	...
10/24/19	...	...
10/25/19	...	...
10/26/19	...	...
10/27/19	...	...
10/28/19	...	...
10/29/19	...	...
10/30/19	...	...
10/31/19	...	...

DEPARTMENT OF NOTARIALS

94-00111-1

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840.

Copyright © 1997 by John Wiley & Sons, Inc.

2025 Calendar, 8-11 E. 7th St. 714-757-2011

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

| NUMERO | TIPO DA | ATENÇÃO | DATA | LEITURA |
|--------|---------|---------|------|---------|
| 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 |

| α | $\beta = 0.2$ | $\beta = 0.4$ | $\beta = 0.6$ | $\beta = 0.8$ | $\beta = 1.0$ |
|----------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 0.0 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |
| 0.1 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |
| 0.2 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |
| 0.3 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |
| 0.4 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |
| 0.5 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |
| 0.6 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |
| 0.7 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |
| 0.8 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |
| 0.9 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |
| 1.0 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |

[illegible]

DATE OF
CANCELLATION

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|---|-----|------|-------|--------|---------|----------|-----------|------------|-------------|--------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|-------------------|--------------------|---------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|
| 20 | 10 | 5 | 2.5 | 1.25 | 0.625 | 0.3125 | 0.15625 | 0.078125 | 0.0390625 | 0.01953125 | 0.009765625 | 0.0048828125 | 0.00244140625 | 0.001220703125 | 0.0006103515625 | 0.00030517578125 | 0.000152587890625 | 0.0000762939453125 | 0.00003814697265625 | 0.000019073486328125 | 0.0000095367431640625 | 0.00000476837158203125 | 0.000002384185791015625 | 0.0000011920928955078125 | 0.00000059604644775390625 | 0.000000298023223876953125 | 0.0000001490116119384765625 | 0.00000007450580596923828125 | 0.000000037252902984619140625 | 0.0000000186264514923095703125 | 0.00000000931322574615478515625 | 0.000000004656612873077392578125 | 0.0000000023283064365386962890625 | 0.00000000116415321826934814453125 | 0.000000000582076609134674072265625 | 0.0000000002910383045673370361328125 | 0.00000000014551915228366851806640625 | 0.000000000072759576141834259033203125 | 0.0000000000363797880709171295166015625 | 0.00000000001818989403545856475830078125 | 0.000000000009094947017729282379150390625 | 0.0000000000045474735088646411895751953125 | 0.00000000000227373675443232059478759765625 | 0.000000000001136868377216160297393798828125 | 0.0000000000005684341886080801486968994140625 | 0.00000000000028421709430404007434844970703125 | 0.000000000000142108547152020037174224853515625 | 0.0000000000000710542735760100185871124267578125 | 0.00000000000003552713678800500929355621337890625 | 0.000000000000017763568394002504646778106689453125 | 0.0000000000000088817841970012523233890533447265625 | 0.00000000000000444089209850062616169452667236328125 | 0.000000000000002220446049250313080847263336181640625 | 0.0000000000000011102230246251565404236316680908203125 | 0.00000000000000055511151231257827021181583340541015625 | 0.000000000000000277555756156289135105907916702705078125 | 0.00000000000000013877787807814456755295395835135234375 | 0.000000000000000069388939039072283776476979175676171875 | 0.0000000000000000346944695195361418882384895878380859375 | 0.00000000000000001734723475976807094411924479391904296875 | 0.000000000000000008673617379884035472059622396959521484375 | 0.0000000000000000043368086899420177360298111984797607221875 | 0.00000000000000000216840434497100886801490559923988036109375 | 0.000000000000000001084202172485504434007452799619940180546875 | 0.0000000000000000005421010862427522170037263998099700902734375 | 0.00000000000000000027105054312137610850186319990498504513671875 | 0.000000000000000000135525271560688054250931599952492522568359375 | 0.0000000000000000000677626357803440271254657999762462612841796875 | 0.00000000000000000003388131789017201356273289998812313064208984375 | 0.000000000000000000016940658945086006781366449994061565321044921875 | 0.0000000000000000000084703294725430033906832249970307826605224609375 | 0.00000000000000000000423516473627150169534161249851539133026123046875 | 0.000000000000000000002117582368135750847670806249257695665130615234375 | 0.0000000000000000000010587911840678754238354031246288478325653076171875 | 0.00000000000000000000052939559203393771191770156231442391628265380859375 | 0.000000000000000000000264697796016968855958850781157211958141326904296875 | 0.0000000000000000000001323488980084844279794253905786059790706634521484375 | 0.00000000000000000000006617444900424221398971269528930298953533172607421875 | 0.000000000000000000000033087224502121106994856347644651494767665863037109375 | 0.0000000000000000000000165436122510605534974281738223257473838329315185546875 | 0.00000000000000000000000827180612553027674871408691116287369191646575927734375 | 0.000000000000000000000004135903062765138374357043455581436845958232879638671875 | 0.0000000000000000000000020679515313825691871785217277907184297791164398193359375 | 0.00000000000000000000000103397576569128459358926086389535921488955821990966796875 | 0.000000000000000000000000516987882845642296794630431697679 |
|----|----|---|-----|------|-------|--------|---------|----------|-----------|------------|-------------|--------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|-------------------|--------------------|---------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|

150 400

4000

| | | |
|------|---|---|
| 2000 | 1 | 1 |
| 2001 | 1 | 1 |
| 2002 | 1 | 1 |
| 2003 | 1 | 1 |
| 2004 | 1 | 1 |
| 2005 | 1 | 1 |
| 2006 | 1 | 1 |
| 2007 | 1 | 1 |
| 2008 | 1 | 1 |
| 2009 | 1 | 1 |
| 2010 | 1 | 1 |
| 2011 | 1 | 1 |
| 2012 | 1 | 1 |
| 2013 | 1 | 1 |
| 2014 | 1 | 1 |
| 2015 | 1 | 1 |
| 2016 | 1 | 1 |
| 2017 | 1 | 1 |
| 2018 | 1 | 1 |
| 2019 | 1 | 1 |
| 2020 | 1 | 1 |
| 2021 | 1 | 1 |
| 2022 | 1 | 1 |
| 2023 | 1 | 1 |
| 2024 | 1 | 1 |
| 2025 | 1 | 1 |
| 2026 | 1 | 1 |
| 2027 | 1 | 1 |
| 2028 | 1 | 1 |
| 2029 | 1 | 1 |
| 2030 | 1 | 1 |
| 2031 | 1 | 1 |
| 2032 | 1 | 1 |
| 2033 | 1 | 1 |
| 2034 | 1 | 1 |
| 2035 | 1 | 1 |
| 2036 | 1 | 1 |
| 2037 | 1 | 1 |
| 2038 | 1 | 1 |
| 2039 | 1 | 1 |
| 2040 | 1 | 1 |
| 2041 | 1 | 1 |
| 2042 | 1 | 1 |
| 2043 | 1 | 1 |
| 2044 | 1 | 1 |
| 2045 | 1 | 1 |
| 2046 | 1 | 1 |
| 2047 | 1 | 1 |
| 2048 | 1 | 1 |
| 2049 | 1 | 1 |
| 2050 | 1 | 1 |
| 2051 | 1 | 1 |
| 2052 | 1 | 1 |
| 2053 | 1 | 1 |
| 2054 | 1 | 1 |
| 2055 | 1 | 1 |
| 2056 | 1 | 1 |
| 2057 | 1 | 1 |
| 2058 | 1 | 1 |
| 2059 | 1 | 1 |
| 2060 | 1 | 1 |
| 2061 | 1 | 1 |
| 2062 | 1 | 1 |
| 2063 | 1 | 1 |
| 2064 | 1 | 1 |
| 2065 | 1 | 1 |
| 2066 | 1 | 1 |
| 2067 | 1 | 1 |
| 2068 | 1 | 1 |
| 2069 | 1 | 1 |
| 2070 | 1 | 1 |
| 2071 | 1 | 1 |
| 2072 | 1 | 1 |
| 2073 | 1 | 1 |
| 2074 | 1 | 1 |
| 2075 | 1 | 1 |
| 2076 | 1 | 1 |
| 2077 | 1 | 1 |
| 2078 | 1 | 1 |
| 2079 | 1 | 1 |
| 2080 | 1 | 1 |
| 2081 | 1 | 1 |
| 2082 | 1 | 1 |
| 2083 | 1 | 1 |
| 2084 | 1 | 1 |
| 2085 | 1 | 1 |
| 2086 | 1 | 1 |
| 2087 | 1 | 1 |
| 2088 | 1 | 1 |
| 2089 | 1 | 1 |
| 2090 | 1 | 1 |
| 2091 | 1 | 1 |
| 2092 | 1 | 1 |
| 2093 | 1 | 1 |
| 2094 | 1 | 1 |
| 2095 | 1 | 1 |
| 2096 | 1 | 1 |
| 2097 | 1 | 1 |
| 2098 | 1 | 1 |
| 2099 | 1 | 1 |
| 2100 | 1 | 1 |

| Unit | Area |
|----------|----------|
| Unit 1 | Area 1 |
| Unit 2 | Area 2 |
| Unit 3 | Area 3 |
| Unit 4 | Area 4 |
| Unit 5 | Area 5 |
| Unit 6 | Area 6 |
| Unit 7 | Area 7 |
| Unit 8 | Area 8 |
| Unit 9 | Area 9 |
| Unit 10 | Area 10 |
| Unit 11 | Area 11 |
| Unit 12 | Area 12 |
| Unit 13 | Area 13 |
| Unit 14 | Area 14 |
| Unit 15 | Area 15 |
| Unit 16 | Area 16 |
| Unit 17 | Area 17 |
| Unit 18 | Area 18 |
| Unit 19 | Area 19 |
| Unit 20 | Area 20 |
| Unit 21 | Area 21 |
| Unit 22 | Area 22 |
| Unit 23 | Area 23 |
| Unit 24 | Area 24 |
| Unit 25 | Area 25 |
| Unit 26 | Area 26 |
| Unit 27 | Area 27 |
| Unit 28 | Area 28 |
| Unit 29 | Area 29 |
| Unit 30 | Area 30 |
| Unit 31 | Area 31 |
| Unit 32 | Area 32 |
| Unit 33 | Area 33 |
| Unit 34 | Area 34 |
| Unit 35 | Area 35 |
| Unit 36 | Area 36 |
| Unit 37 | Area 37 |
| Unit 38 | Area 38 |
| Unit 39 | Area 39 |
| Unit 40 | Area 40 |
| Unit 41 | Area 41 |
| Unit 42 | Area 42 |
| Unit 43 | Area 43 |
| Unit 44 | Area 44 |
| Unit 45 | Area 45 |
| Unit 46 | Area 46 |
| Unit 47 | Area 47 |
| Unit 48 | Area 48 |
| Unit 49 | Area 49 |
| Unit 50 | Area 50 |
| Unit 51 | Area 51 |
| Unit 52 | Area 52 |
| Unit 53 | Area 53 |
| Unit 54 | Area 54 |
| Unit 55 | Area 55 |
| Unit 56 | Area 56 |
| Unit 57 | Area 57 |
| Unit 58 | Area 58 |
| Unit 59 | Area 59 |
| Unit 60 | Area 60 |
| Unit 61 | Area 61 |
| Unit 62 | Area 62 |
| Unit 63 | Area 63 |
| Unit 64 | Area 64 |
| Unit 65 | Area 65 |
| Unit 66 | Area 66 |
| Unit 67 | Area 67 |
| Unit 68 | Area 68 |
| Unit 69 | Area 69 |
| Unit 70 | Area 70 |
| Unit 71 | Area 71 |
| Unit 72 | Area 72 |
| Unit 73 | Area 73 |
| Unit 74 | Area 74 |
| Unit 75 | Area 75 |
| Unit 76 | Area 76 |
| Unit 77 | Area 77 |
| Unit 78 | Area 78 |
| Unit 79 | Area 79 |
| Unit 80 | Area 80 |
| Unit 81 | Area 81 |
| Unit 82 | Area 82 |
| Unit 83 | Area 83 |
| Unit 84 | Area 84 |
| Unit 85 | Area 85 |
| Unit 86 | Area 86 |
| Unit 87 | Area 87 |
| Unit 88 | Area 88 |
| Unit 89 | Area 89 |
| Unit 90 | Area 90 |
| Unit 91 | Area 91 |
| Unit 92 | Area 92 |
| Unit 93 | Area 93 |
| Unit 94 | Area 94 |
| Unit 95 | Area 95 |
| Unit 96 | Area 96 |
| Unit 97 | Area 97 |
| Unit 98 | Area 98 |
| Unit 99 | Area 99 |
| Unit 100 | Area 100 |

100

| | | |
|-------|-----|---|
| 45015 | 009 | 1 |
| 45016 | 009 | 1 |
| 45017 | 009 | 1 |

[illegible]

1114 J. Biol. Chem. 265:1113-1117, 1990

—The first of these was the 1970s, when the British government was in a position to make a significant contribution to the development of the world's poorest countries. This was due to a combination of factors, including the fact that the British government was one of the few major powers at the time that was not involved in a major military conflict. This allowed it to focus its resources on development aid. The second factor was the fact that the British government was one of the few major powers at the time that was not involved in a major military conflict. This allowed it to focus its resources on development aid.

[illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DE VAT
ICM NÃO VERIFICADO
20 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rua Barbosa, 115 Loja 5
Grças - Recife/PE CEP: 51011-00

PHILIPPS PLASTICARD
1219484604

VALIA EM TODA
O TERRITÓRIO NACIONAL
1219484604

[illegible]

15/11/2026
 25/09/1985



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221 204 ou 0800 221 204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, 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 EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE PEDRO DA SILVA FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 135.962.654/95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima JOSE PEDRO DA SILVA FILHO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 135.962.654/95, confirmo a determinação da Circular Susep 445/12:

Eu Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos exigidos.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, 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 JOAO BATISTA</u> | <u>370</u> | <u>CASA</u> |
| Bairro | Estado | CPF |
| <u>CENTRO</u> | <u>PE</u> | <u>55750000</u> |
| Cidade | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD) |
| <u>SURUBIM</u> | <u>(81) 96650454</u> | <u>(81) 81335022</u> |
| E-mail: <u>aysigmona994@yahoo.com.br</u> | | |

SURUBIM/PE, 24 de JANUÁRIO de 2019.

Lugar e Data

Eduardo José de A. Fernandes

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221 204 ou 0800 221 204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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 COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE PEDRO DA SILVA FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 135.962.654/95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima JOSE PEDRO DA SILVA FILHO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 135.962.654/95, confirmo a determinação da Circular Susep 445/12:

Eu Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos exigidos.

☒ Recuso informar

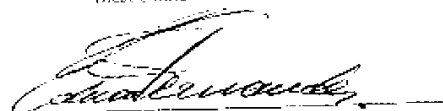
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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 JOAO BATISTA</u> | <u>370</u> | <u>CASA</u> |
| Bairro | Estado | CPF |
| <u>CENTRO</u> | <u>PE</u> | <u>55750000</u> |
| Cidade | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD) |
| <u>SURUBIM</u> | <u>(81) 96650454</u> | <u>(81) 81335022</u> |
| E-mail | | |
| <u>aysigmona994@yahoo.com.br</u> | | |

SURUBIM/PE, 24 de JANUÁRIO de 2019.

Lugar e Data



Assinatura do Declarante

FORMULÁRIO 001 V301/2017



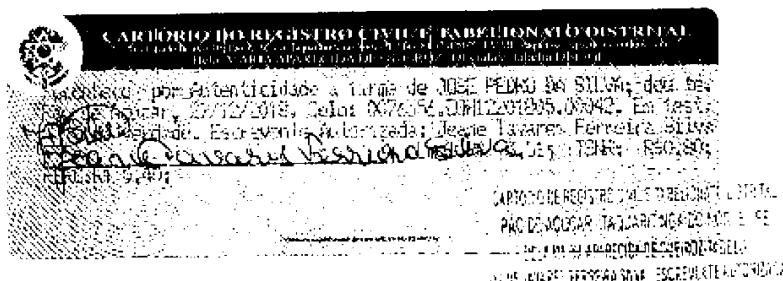
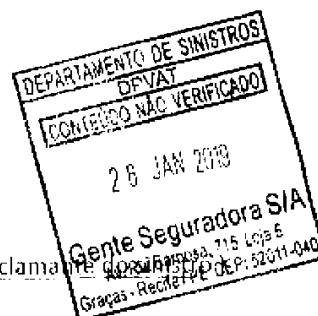
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE PEDRO DA SILVA,
RG nº 4.848.426, data de expedição 27/06/05,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 912.076.244/68, com
domicílio na cidade de LAGOATINS DO NORTE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
POUSADO DE SÃO DE AGUIAR, nº S/N,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(ora) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE PEDRO DA SILVA FILHO, cujo o condutor era
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO.
Veículo: motocicleta
Modelo: Honda CB.150
Ano: 2008
Placa:
Chassi:
Data do Acidente: 30/11/2018.
Local e Data: LAGOATINS DO NORTE (PB), 29/12/2018.

JOSE PEDRO DA SILVA
Assinatura do Declarante

JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE PEDRO DA SILVA,
 RG nº 4.848.426, data de expedição 27/06/05,
 Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 992.076.244/68, com
 domicílio na cidade de LAGOATINGA DO NORTE, no Estado do
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PONTO DO PÃO DE AÇÚCAR, nº 5/M,
 complemento CNSA, 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 PEDRO DA SILVA FILHO, cujo o condutor era
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO.
 Veículo: Motocicleta
 Modelo: BONDA CO.150
 Ano: 2008
 Placa: KFT 4683
 Chassi: 9C2KCD8108R182922
 Data do Acidente: 25/11/2018.
 Local e Data: LAGOATINGA DO NORTE (PE), 29/12/2018.

JOSE PEDRO DA SILVA
 Assinatura do Declarante

JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

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



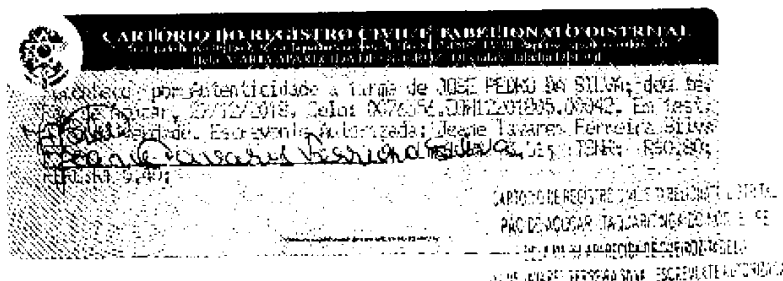
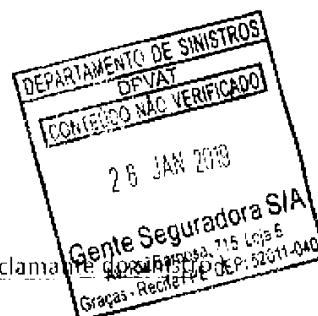
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE PEDRO DA SILVA,
RG nº 4.848.426, data de expedição 27/06/05,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 912.076.244/68, com
domicílio na cidade de LAGOATINGA DO NORTE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
POUSADO DE SÃO DE AQUIAR, nº S/N,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(ora) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE PEDRO DA SILVA FILHO, cujo o condutor era
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO.
Veículo: motocicleta
Modelo: Honda CB.150
Ano: 2008
Placa:
Chassi:
Data do Acidente: 30/11/2018.
Local e Data: LAGOATINGA DO NORTE (PB), 29/12/2018.

JOSE PEDRO DA SILVA
Assinatura do Declarante

JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

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

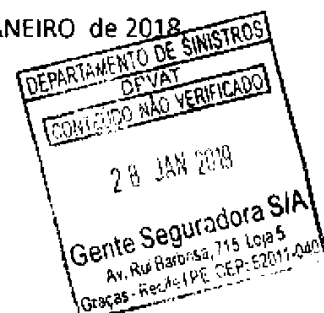




DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO** nascido em 08/08/1995 esteve nesta unidade hospitalar no dia 25/11/2018 por volta das **17h09min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 14 de JANEIRO de 2018



ATENCIOSAMENTE

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Jose Admir Pereira
Diretor
Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h
MAT. 514591





FICHA DE ATENDIMENTO

Deu a fur

RECEPCIONISTA: _____ Data: 25/11/18 Hora: 16:48 min
Nome: Jose Pedro da Silva Filho Nº do Prontuário: _____
RG: _____ Idade: 21 Nascimento: 1/1/ Nº SUS: _____
Estado Civil: _____ Profissão: _____ Fone: () _____
Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Acompanhante: () Sim Não () Nome: _____
Pai: _____
Mãe: _____

Exames da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____ min

PA: 120 x 90 mmHg HGT: 89 FC: 132 FR: 18 SaO2% 98

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: _____ min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: W9C

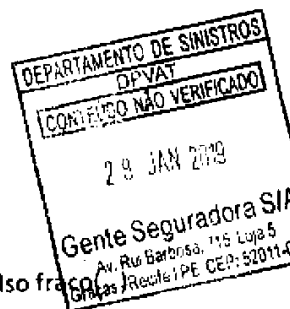
Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

Apnéia(); Cianose(); Estridor(); PC<50>140(); FR >32vpm(); Extremidades frias(); Pulso fraco();
Pulso ausente(); Sudorese(); PAS<80mmHg(); PAD>130mmHg(); Letargia(); Convulsionando();
Irrresponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intenso(); Lesão grave();
Cicatrizes imaturas >25% de SC ou acometimento de vias aéreas(); Hipoglicemia com sudorese intensa();
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC<50 ou >140(); PAS<90 ou >190mmHg(); PAD>130();
Febre >39°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas ultimas 24h(); mucosas ressecadas();
Queimaduras de 1° e 3° graus em áreas não críticas(); Abuso sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa();
Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa(); historia até 72h de:
Melenas(); Hematêmese(); enterorragia(); epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico();
OBS: _____



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

OBS: Antecedente de acidente de trânsito com lesão de coluna cervical, lesão de tornozelo e lesão de punho direito e lesão de punho esquerdo.

CLASSIFICAR COMO AZUL

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

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☒ AZUL ☐

ENCAMINHADO: Medica ASS. E CARIMBO: _____

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL: _____

MÉDICO:

Histórico do paciente: Paciente atende-se com queixa de dor no tornozelo direito e punho esquerdo, com trauma no tornozelo e punho. O paciente também relata dor no punho direito e punho esquerdo. O paciente também relata dor no punho direito e punho esquerdo. O paciente também relata dor no punho direito e punho esquerdo.

Exame Físico: _____

Hipótese diagnóstica Poli-trauma

Conduta: Exame físico (AV) + Trauma no tornozelo direito e punho esquerdo. Exame físico (AV) + Trauma no tornozelo direito e punho esquerdo. Exame físico (AV) + Trauma no tornozelo direito e punho esquerdo.

ASS. E CARIMBO _____

Assinatura do Médico
CRP 15 12681





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE

RECEITUARIO

Nome: José Pedro da Silva

Endereço: Av. ...

- Pat/ História de acidente motorizado
- tem moto / mot. de 150cc de 2007
- não possui habilitação para dirigir
- Pat/ referência de acidente motorizado,
e outros ().
- Ac. Ex - Foi detectada fratura na
mandíbula e lesão de unhas
de curvas ().
- Ex - Lesão de um dente
consequente a queda.
- Solicitar avaliação de tratamento
terapêutico.

Data: 25/11/2018

Gratuito

Dr. José de Almeida
Médico
CRM-PB 19881

Nome:
Medicamentos:

NOVA

Seu nº: 5564256



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: José Pedro da Silva Filho

Prontuário: 330102

Data: 05 / 12 / 18

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura completa de mandíbula (paranasal ② e corpo ③)

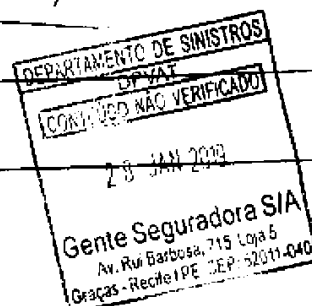
mandibular)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retorno ao ambulatório de Dr. Antônio Viana, dia

18/12/18

7 horas



TRATAMENTO REALIZADO:

Osso sintético de fratura de mandíbula

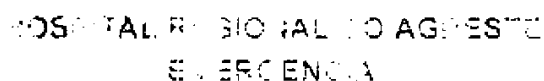
Alta Hospitalar: Data: 12 / 12 / 18

Hora: 08:30

Dra. Jaelma Araújo
Cirurgiã Geral
Boto-Boto
CRM 12352

Ass. do Médico e CRM
Carimbo





1 - IDENTIFICACION DEL PACIENTE

LEAD TIME: 18-25

Secundarius: 370'02

Nome: _____

| Data Name | Unit | Value | Id |
|-----------|------|-------|-----|
| ... | ... | ... | ... |

Sex: 105 45 45

Q 14: $\frac{1}{2} \times 100 = 50\%$

Appendix

CPF: *G

CNS 14861-93-47 20

Endereço Rua 1900, 1134

4422

Bairro FA

Citation: 60-24301-1 - DO NOT TYPE

Estadística

CEP: 557-1 10/19/01 11:53 5

Professionalism 101

| Nome da Matéria | | Data | |
|-----------------|--|------|--|
| | | | |

Acompanante

Motive 604-111-1111

Clinical: 30% of patients with aortic stenosis have aortic regurgitation

2-ATENCION: NFO 003 DE 10/2018 140

Unica: MEDICO PLANTONISTA

Attn: Mr. J. Edgar Hoover

Figures



FC:

FR

Drug, Prov 5010

Prescrição

Data:

Horário

1 die 2



SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATORIO DE OPERAÇÃO

| | | | |
|---------------|------------------------------|--|--|
| Unidade: | HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE | | |
| Assente: | Dr. [Handwritten Name] | | |
| Ofício: | [Handwritten] | | |
| Operação: | [Handwritten] | | |
| Procedimento: | [Handwritten] | | |
| Intervenção: | [Handwritten] | | |
| Atividade: | [Handwritten] | | |
| Objetivo: | [Handwritten] | | |
| Descrição: | [Handwritten] | | |
| Resultado: | [Handwritten] | | |
| Observações: | [Handwritten] | | |
| Assinatura: | [Handwritten] | | |

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATORIO

| | |
|-----|---------------|
| 1. | [Handwritten] |
| 2. | [Handwritten] |
| 3. | [Handwritten] |
| 4. | [Handwritten] |
| 5. | [Handwritten] |
| 6. | [Handwritten] |
| 7. | [Handwritten] |
| 8. | [Handwritten] |
| 9. | [Handwritten] |
| 10. | [Handwritten] |

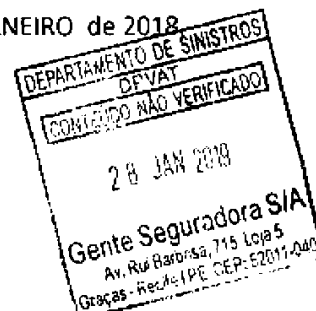
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 16:14:47
 https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073016144751800000064309831
 Número do documento: 20073016144751800000064309831



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO** nascido em 08/08/1995 esteve nesta unidade hospitalar no dia 25/11/2018 por volta das **17h09min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 14 de JANEIRO de 2018



ATENCIOSAMENTE


Jose Ademir Pereira
Diretor
Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h
MAT. 514591
JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043





FICHA DE ATENDIMENTO

Deu a fur

RECEPCIONISTA: _____ Data: 25/11/18 Hora: 16:48 min
Nome: Jose Pedro da Silva Filho Nº do Prontuário: _____
RG: _____ Idade: 21 Nascimento: 1/1/ Nº SUS: _____
Estado Civil: _____ Profissão: _____ Fone: () _____
Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Acompanhante: () Sim Não () Nome: _____
Pai: _____
Mãe: _____

E os da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____ min

PA: 120 x 90 mmHg HGT: 89 FC: 132 FR: 18 SaO2% 98

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: _____ min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: Wge

Uso de medicações: _____

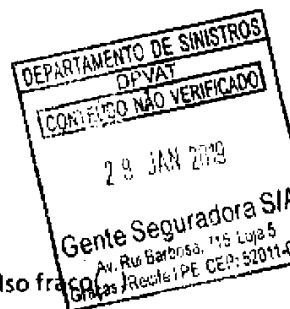
CLASSIFICAR COMO VERMELHO

Apnéia(); Cianose(); Estridor(); PC<50>140(); FR >32vpm(); Extremidades frias(); Pulso fraco();
Pulso ausente(); Sudorese(); PAS<80mmHg(); PAD>130mmHg(); Letargia(); Convulsionando();
Irrresponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intenso(); Lesão grave();
C/ imaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas(); Hipoglicemia com sudorese intensa()
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC<50 ou >140(); PAS<90 ou >190mmHg(); PAD>130();
Febre >39°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas últimas 24h(); mucosas ressecadas();
Queimaduras de 1° e 3° graus em áreas não críticas(); Abuso sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa();
Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa(); história até 72h de:
Melenas(); Hematêmese(); enterorragia(); epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico();

OBS: _____



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

OBS: Antecedente de acidente de trânsito com lesão de coluna cervical, lesão de tornozelo e lesão de punho direito e lesão de punho esquerdo.

CLASSIFICAR COMO AZUL

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

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☒ AZUL ☐

ENCAMINHADO: Medica ASS. E CARIMBO: _____

Magda Mendes da Silva
Bacharel em Psicologia
CRM-PE 510833

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL: _____

MÉDICO: _____

Histórico do paciente: Paciente atende-se com queixa de dor no tornozelo direito, lesão de punho direito e lesão de punho esquerdo, com trauma no tornozelo e lesão de punho direito e lesão de punho esquerdo, com trauma no tornozelo e lesão de punho direito e lesão de punho esquerdo.

Exame Físico: _____

Hipótese diagnóstica Poli-trauma

Conduta: 1. Suspeita de fratura (av) + Trauma de punho direito e lesão de punho esquerdo.
2. Realizar exames de radiografia e ultrassom para confirmar a lesão.

Magda Mendes da Silva
Bacharel em Psicologia
CRM-PE 510833

ASS. E CARIMBO: _____





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE

RECEITUARIO

Nome: José Pedro da Silva

Características físicas

- Pat/ altura de 1,70m / 1,75m
- tem dentes / mol. decentes
- nariz ungueal / tração / 1,75m
- Pat/ referência / com na ungueal,
- Ombro (1).
- Ao Ex - Foi detectada fratura na
- manobra e com o de ungueal
- de ungueal (1).
- Ex - Ungueal de ungueal / 1,75m
- com o de ungueal
- Solução avaliada / 1,75m
- 1,75m.

Data: 25/11/2018

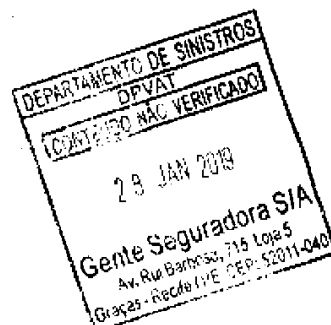
Gratuito

Dr. José da Almeida
Médico
CRM-PB 19881

Nome:
Medicamentos:

NOVA

25/11/18 : 5564256



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: João Pedro da Silva Filho

Prontuário: 330102

Data: 05 / 12 / 18

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura completa de mandíbula (parafuso @ e corpo @)

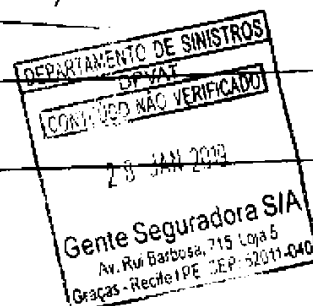
mandibular)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retorno ao ambulatório de Dr. Antônio Viana, dia

18/12/18

1 hora



TRATAMENTO REALIZADO:

Osx orintar de fratura de mandíbula

Alta Hospitalar: Data: 12 / 12 / 18

Hora: 08:30

Dra. Jaelma A. de Sá
Cirurgiã Geral
Boto-Boto
CRM 12352

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rua Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife/PE CEP: 62011-5401





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **135.962.654-95**

Nome: **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**

Data de Nascimento: **08/08/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/01/2016**

Dígito Verificador: **00**

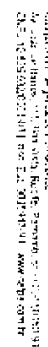
Comprovante emitido às: **15:23:10** do dia **17/01/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **4E60.0417.A470.B5E5**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





Environ Biol Fish (2015) 98:239–249

$$\frac{d}{dt} \left(\int_{\Omega} u^2 dx + \int_{\Gamma} u^2 d\sigma \right) = -2 \int_{\Omega} u \Delta u dx - 2 \int_{\Gamma} u \nabla_n u d\sigma$$
[illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

WPA ACTA PHYSICA... 1968... 000000

| | | |
|-------------|----------------|------|
| DATE | 1974 | 1974 |
| APPROVED BY | AT THE CLIMATE | 1974 |

| DATE | TIME | LOCATION |
|----------|----------|----------|
| 12/18/94 | 12:00 PM | 12/18/94 |

[illegible]

DEPARTMENT OF AGRICULTURE
ADMINISTRATIVE OFFICE OF THE SECRETARY

Copyright © 1999 by McGraw-Hill

1000

..... TOTAL CASH SALES

| NUMERO DE ORDEN | FECHA | DESCRIPCION | CANTIDAD | VALOR |
|-----------------|------------|------------------------|----------|-------|
| 001 | 15/01/2023 | 100 kg de carne de res | 100 | 12000 |
| 002 | 15/01/2023 | 50 kg de carne de res | 50 | 6000 |
| 003 | 15/01/2023 | 20 kg de carne de res | 20 | 2400 |
| 004 | 15/01/2023 | 10 kg de carne de res | 10 | 1200 |
| 005 | 15/01/2023 | 5 kg de carne de res | 5 | 600 |
| 006 | 15/01/2023 | 2 kg de carne de res | 2 | 240 |
| 007 | 15/01/2023 | 1 kg de carne de res | 1 | 120 |
| 008 | 15/01/2023 | 0.5 kg de carne de res | 0.5 | 60 |
| 009 | 15/01/2023 | 0.2 kg de carne de res | 0.2 | 24 |
| 010 | 15/01/2023 | 0.1 kg de carne de res | 0.1 | 12 |

[illegible]

1. DATE OF

| | 60 | 90 | 120 |
|-----|-------|-------|-------|
| 60 | 0.020 | 0.020 | 0.020 |
| 90 | 0.020 | 0.020 | 0.020 |
| 120 | 0.020 | 0.020 | 0.020 |

[illegible]

| | |
|---|------|
| 2 | 4.72 |
| 3 | 3.67 |

| Case | Age | Sex | Site | Pathologic | Survival |
|------|-----|-----|--------|----------------|----------|
| 1 | 55 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 2 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 3 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 4 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 5 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 6 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 7 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 8 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 9 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 10 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 11 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 12 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 13 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 14 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 15 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 16 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 17 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 18 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 19 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 20 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 21 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 22 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 23 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 24 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 25 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 26 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 27 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 28 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 29 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 30 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 31 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 32 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 33 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 34 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 35 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 36 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 37 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 38 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 39 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 40 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 41 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 42 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 43 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 44 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 45 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 46 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 47 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 48 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 49 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 50 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 51 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 52 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 53 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 54 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 55 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 56 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 57 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 58 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 59 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 60 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 61 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 62 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 63 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 64 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 65 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 66 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 67 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 68 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 69 | 65 | M | Rectum | Adenocarcinoma | 10 mo |
| 70 | 65 | M | Rectum | Ad | |

| DATE | TIME | LOCATION | REMARKS |
|----------|-------|----------|---------|
| 10/10/10 | 10:00 | 1000 | 1000 |

[illegible][illegible]

2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 2682, 2683, 2684, 2685, 2686, 2687, 2688, 26

1. The first step in the process is to identify the problem or issue that needs to be addressed. This involves gathering information and understanding the context of the problem.

Figure 1

100

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DE VAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JAN 2009
Gente Seguradora S/A
Av. Rua Barbosa, 115 Loja 5
Gracas - Recife/PE CEP: 52011-040

PHILIPPS PLASTICAR
1219484604

VALE EM TODA
O TERRITÓRIO NACIONAL
1219484604

[illegible]

0437351208
 15/12/2036
 25/09/1986
 0437351208



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rua Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife/PE CEP: 62011-5401





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **135.962.654-95**

Nome: **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**

Data de Nascimento: **08/08/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/01/2016**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:23:10** do dia **17/01/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **4E60.0417.A470.B5E5**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





CELPE
Neenergia

Endereço: Rua da República, 100 - Centro - Recife - PE - CEP: 50000-000

Telefone: (0800) 11 9999999999
E-mail: atendimento@celpe.com.br

CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia

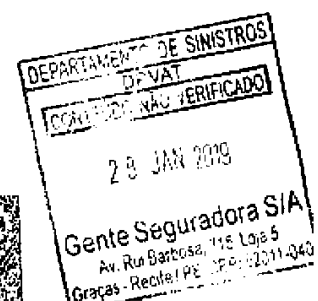
CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia

CELPE
Neenergia



1219484604

1219484604

AGENCIAS

DATA: 15/12/2020

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

NOTA FISCAL

VALOR EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL

15/12/2020

25/09/1988

[illegible]

[illegible]

E-MAIL: ayazgun091994@yahoo.com TELEPHONE (S): 96652454

Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 745 Loja 5
 Glacis - Recife/PE CEP: 52011-000

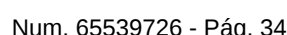
CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO HANDEÁRIO

OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

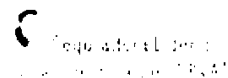
OBS: REPRESENTANTE LEGAL E GUIM REPRESENTA A VITIMA Nº 408. Dt DA: 25 AHO25. PODE SER PAI OU MÃE

GRATIS SAC DREVAT 0800 022 1204

RESULTS



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429437/19
Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO
CPF: 135.962.654-95
CPF de: Próprio
Data do acidente: 25/11/2018
Titular do CPF: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOSE PEDRO DA SILVA FILHO : 135.962.654-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190672804

Cidade: Taquaritinga do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Data do acidente: 25/11/2018

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA.
FRATURA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSOS EM MANDÍBULA PG. 3, DEMAIS CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS EM GRAU RESIDUAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO EM GRAU LEVE.

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 % | Em grau residual - 10 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 16,25 % | R\$ 2.193,75 |



PROCURAÇÃO

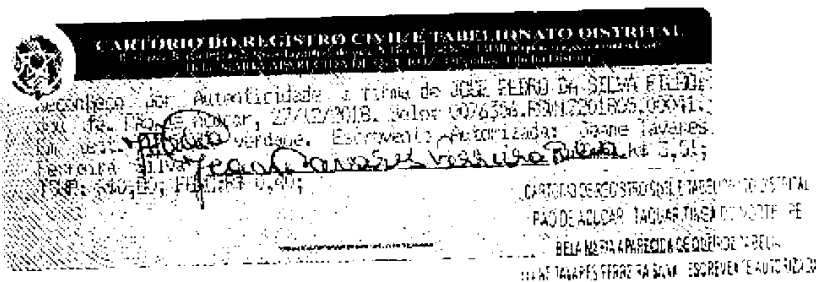
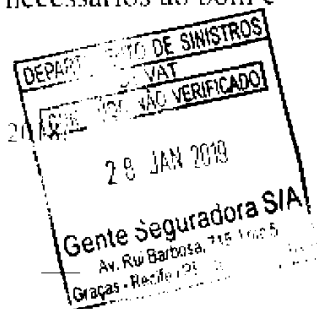
OUTORGANTE: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO, portador do RG nº 9.988.412 SDS/PE e CPF 135.962.654-95, brasileiro, alfabetizado, solteiro, agricultor, nascido em: 08/08/1995, filho de: Jose Pedro da Silva e Erineide Barbosa da Silva, domiciliado e residente Rua Manoel Severino dos Santos, 282, Pão de Açúcar, Taquaritinga do Norte - PE. Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador o **Sr EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**, brasileiro, alfabetizado, funcionário público aposentado, portador do RG nº 3.092.028 SSP/PE e CPF nº 574.940.534-68, domiciliado e residente na Rua João Batista, nº 370, Centro, Surubim-PE. Por seu representante legal, a quem confere amplos e ilimitados poderes e com o fim especial para representar a(o) outorgante junto a quaisquer **SEGURADORA** do consórcio de seguro obrigatório e danos pessoais do ramo **DPVAT**, tratando de todos os seus interesses e direitos com relação ao recebimento da indenização deixada pela **INVALIDEZ** sofrida pela vítima **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**, portador do CPF 135.962.654-95, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **25/11/2018**, podendo o seu dito procurador **APRESENTAR, FIRMAR DOCUMENTOS, DECLARAÇÕES E ASSINAR O FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**, receber a devida indenização, através de cheque ou dinheiro, tanto da seguradora competente, como de qualquer agência bancária do estado de Pernambuco, podendo mais representar o(s) outorgante (s) junto a quaisquer **repartições pública ou bancária**, passar recibos, receber, desistir, fazer acordo, **assinar e requerer qualquer documento que lhe for apresentado que se relacione com o recebimento da indenização e liquidação do sinistro**, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, com os poderes irrevogáveis.



TAQUARITINGA DO NORTE-PE, 27 de DEZEMBRO de 2018.

OUTORGANTE:

Jose Pedro da Silva Filho
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO



PROCURAÇÃO

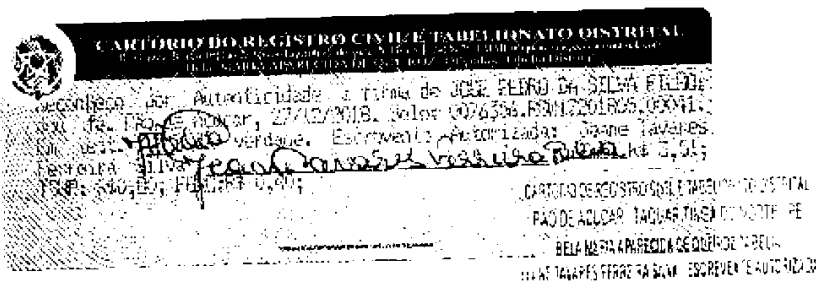
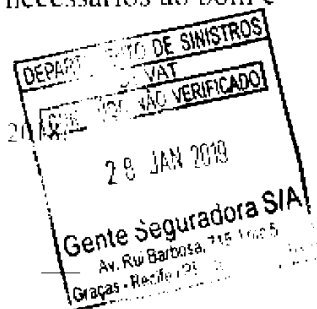
OUTORGANTE: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO, portador do RG nº 9.988.412 SDS/PE e CPF 135.962.654-95, brasileiro, alfabetizado, solteiro, agricultor, nascido em: 08/08/1995, filho de: Jose Pedro da Silva e Erineide Barbosa da Silva, domiciliado e residente Rua Manoel Severino dos Santos, 282, Pão de Açúcar, Taquaritinga do Norte - PE. Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador o **Sr EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**, brasileiro, alfabetizado, funcionário público aposentado, portador do RG nº 3.092.028 SSP/PE e CPF nº 574.940.534-68, domiciliado e residente na Rua João Batista, nº 370, Centro, Surubim-PE. Por seu representante legal, a quem confere amplos e ilimitados poderes e com o fim especial para representar a(o) outorgante junto a quaisquer **SEGURADORA** do consórcio de seguro obrigatório e danos pessoais do ramo **DPVAT**, tratando de todos os seus interesses e direitos com relação ao recebimento da indenização deixada pela **INVALIDEZ** sofrida pela vítima **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**, portador do CPF 135.962.654-95, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **25/11/2018**, podendo o seu dito procurador **APRESENTAR, FIRMAR DOCUMENTOS, DECLARAÇÕES E ASSINAR O FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**, receber a devida indenização, através de cheque ou dinheiro, tanto da seguradora competente, como de qualquer agência bancária do estado de Pernambuco, podendo mais representar o(s) outorgante (s) junto a quaisquer **repartições pública ou bancária**, passar recibos, receber, desistir, fazer acordo, **assinar e requerer qualquer documento que lhe for apresentado que se relacione com o recebimento da indenização e liquidação do sinistro**, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, com os poderes irrevogáveis.



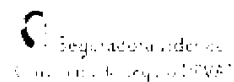
TAQUARITINGA DO NORTE-PE, 27 de DEZEMBRO de 2018.

OUTORGANTE:

Jose Pedro da Silva Filho
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031323/19

Número do Sinistro: 3190072596

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

CPF: 135.962.654-95

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 04/02/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019

Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

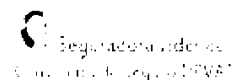
CPF: 106.719.384-79

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429437/19

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

CPF: 135.962.654-95

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOSE PEDRO DA SILVA FILHO : 135.962.654-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA





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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190072596

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

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

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

Pag. 00055/00056 - carta_03 - INVALIDEZ

00050028



Carta nº 13877108





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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190072596

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13877118





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

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672804

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15196707





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

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672804

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

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

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 2.193,75 |

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 2.193,75

Banco: 341

Agência: 000000491

Conta: 0000026909-8

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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL

Cód. da crimeia

Nome completo da vítima:

13596265495 JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

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

Nome completo:

JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

CNPJ: 13596265495

Número: 280

Complemento: CASA

Profissão:

PCC-IME

Endereço:

RUA MARCEL SEVERINO DOS SANTOS

Bairro:

PAO DE AÇÚCAR

Cidade:

ITAQUARITINGA DO NORTE

Estado:

PE

CEP: 55790-000

Tel. (DDD) 96650454

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

RECEITA MENSAL:

☒ R\$ 0,00 ATÉ R\$ 1.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.000,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

0491

CONTA:

26003

8

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora S/A a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/ressarcimento do seguro DPVAT e a emitir a respectiva recibo/recebimento e demais documentos necessários à efetivação do crédito, quitando integral ou parcialmente.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou incapacitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou incapacitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou incapacitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou incapacitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou incapacitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou incapacitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou incapacitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou incapacitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou incapacitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou incapacitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou incapacitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou incapacitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou incapacitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou incapacitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou incapacitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou incapacitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou incapacitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou incapacitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou incapacitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou incapacitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE - DP130ªCIRC
DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0220000024**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/01/2019** às **12:12**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/11/2018** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SÍTIO LUIS DO MOSCOTEIRO - PÃO DE
AÇÚCAR - TAQ. DO NORTE - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA (AUTOR - AGENTE
JOSÉ PEDRO DA SILVA (OUTRO)
JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA**

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

JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ERINEIDE BARBOSA DA SILVA** Pai: **JOSÉ PEDRO DA SILVA** Data de Nascimento: **08/1995** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO** - **PERNAMBUCO** / **BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 280, RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS - PÃO DE AÇÚCAR - TAQ. DO NORTE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSÉ PEDRO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **NÃO INFORMADO** - **PERNAMBUCO** / **BRASIL**

JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: **15/9/1995** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO** - **PERNAMBUCO** / **BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 767, SÍTIO BARRA DE TABOÇAS - BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KFT4683** (PERNAMBUCO/TORITAMA) Renavam: **968964974** Chassi: **9C2KC08108R182922**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Com combustível: **GASOLINA**

MOTOCICLETA 2 (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **POC1332** (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE)

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NO DIA 25/11/2018, POR VOLTA DAS 16:00HS, CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KFT 4683 PELA ESTRADA DO SÍTIO LAGE NO SENTIDO PÃO DE AÇÚCAR QUANDO COLIDIU COM A MOTOCICLETA DE PLACA POC 1332, CONDUZIDA POR JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, CAUSANDO LESÕES GRAVES EM AMBOS OS CONDUTORES, ONDE FORAM SOCORRIDOS POR UMA UNIDADE DO SAMU PARA UPB DA CIDADE DE SANTA CRUZ DO

Recebido de: **delegacia de policia da 130a circunscricao** / Assinado por: **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR** / Nº de Protocolo: **7652429** / Nº de Processo: **19E02200000024** / Nº de Registro: **800000064309831** / Arquivo: **40**



16/07/2019

Secretaria de Defesa Social - INI-OPOL

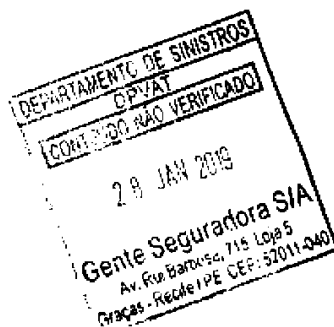
CAPIBARIBE E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FORAM TRANSFERIDOS PARA O HRA DA CIDADE DE CARUARU, ONDE AMBOS FORAM SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRURGICO.

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

José Pedro da Silva Filho

JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Renato Henrique Mesquita Videres* **RENATO HENRIQUE MESQUITA VIDERES** - Matrícula: **3875342**



unify.sds.pa.gov.br/pemanibucu/VisualizaBO.php?id=220&idfile=7557422&idfile=149502200000244&idfile=149502200000244&idfile=149502200000244



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE - DP130ªCIRC
DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0220000024**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/01/2019** às **12:12**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/11/2018** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SÍTIO LUIS DO MOSCOTEIRO - PÃO DE
AÇÚCAR - TAQ. DO NORTE** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA (AUTOR - AGENTE
JOSÉ PEDRO DA SILVA (OUTRO)
JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA**

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

JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ERINEIDE BARBOSA DA SILVA** Pai: **JOSÉ PEDRO DA SILVA** Data de Nascimento: **08/01/1995** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 280, RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS - PÃO DE AÇÚCAR - TAQ. DO NORTE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSÉ PEDRO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: , Nacionalidade: **NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: **15/09/1995** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 767, SÍTIO BARRA DE TABOÇAS - BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KFT4683** (PERNAMBUCO/TORITAMA) Renavam: **968964974** Chassi: **9C2KC08108R182922**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Com combustível: **GASOLINA**

MOTOCICLETA 2 (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **POC1332** (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE)

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NO DIA 25/11/2018, POR VOLTA DAS 16:00HS, CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KFT 4683 PELA ESTRADA DO SÍTIO LAGE NO SENTIDO PÃO DE AÇÚCAR QUANDO COLIDIU COM A MOTOCICLETA DE PLACA POC 1332, CONDUZIDA POR JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, CAUSANDO LESÕES GRAVES EM AMBOS OS CONDUTORES, ONDE FORAM SOCORRIDOS POR UMA UNIDADE DO SAMU PARA UPB DA CIDADE DE SANTA CRUZ DO

Recebido em: 20/01/2019 10:00:00 - Assinado por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 16:14:47



1687-129-9

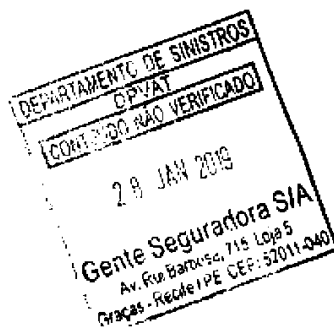
Secretaria de Defesa Social : INE-OPOL

AMBOS FORAM SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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

José Pedro da Silva Filho
JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **KENATO HENRIQUE MESQUITA VIDERES** - Matrícula: **3875342**



unity.sds.pa.gov.br/emanibuco/VisualizaBOrd.php?ln=220&idOr=7557422&idOrC=40E0220600024&pos=0&posC=0&idOrC=0&idOrC=0

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 16:14:47
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073016144751800000064309831>
 Número do documento: 20073016144751800000064309831

Num. 65539726 - Pág. 50

