Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

08/12/2020

Número: **0000351-58.2019.8.17.2620**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Mirandiba**
Última distribuição : **13/03/2020**
Valor da causa: **R$ 1.000,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO (AUTOR)	**HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO)** **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)**

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72213031	08/12/2020 16:28	2739283_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MIRANDIBA/PE

Processo: 00003515820198172620

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

Antes de expor seus argumentos quanto a perícia médica realizada na parte autora, vem informar a este juízo que diferentemente do que foi alegado, observando-se a documentação acostada, verificar-se que o autor não se encontra na situação prevista no Art.7º da Lei 6194/74, isto porque, o pedido do seguro DPVAT, refere-se ao veículo placa **KKV6931**, de propriedade da parte autora.

Ocorre que o autor, não pagou o prêmio do seguro, estando o veículo em situação irregular pelo não pagamento do seguro obrigatório à época do sinistro.

Assim, tratando-se o requerente do proprietário do veículo que ensejou a lesão, não tendo este comprovado o pagamento do prêmio, não tem direito à cobertura securitária.

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Assim, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.**

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MIRANDIBA, 7 de dezembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

08/12/2020

Número: **0000351-58.2019.8.17.2620**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Mirandiba**
Última distribuição : **13/03/2020**
Valor da causa: **R$ 1.000,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO (AUTOR)	**HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO)** **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)**

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72214433	08/12/2020 16:28	ANEXO 1	Outros (Documento)

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190282991
Nome do(a) Examinado(a): Aloisio Cecilio do Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Fz Queimadas, 2018
Centro Carnaubeira da Penha PE CEP: 56420-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 6529249
Data local do acidente: [22/06/2018]
Data local do exame: [07/05/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

LUXAÇAO DO OMBRO ESQUERDO
LESAÕ DO COTOVELO ESQ UERDO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 08/02/2019

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA QUELOIDE GRAVE EM COTOVELO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO COTOVELO DE FORMA LEVE. AO EXAME DO OMBRO DIREITO APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DE FORMA LEVE.

IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO
LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO COTOVELO ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja "'Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Esquerdo
% do dano: ( ) 10% residual **(X) 25% leve**
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
COTOVELO - Lado Esquerdo
% do dano: ( ) 10% residual **(X) 25% leve**
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

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, 18 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190282991 **Vítima: ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: 22/06/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO

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

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
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: **ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **237**
Agência: **000001695-0**
Conta: **0000021149-4**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

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

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190282991 **Vítima: ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: 22/06/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO

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

Pag. 00411/000412 - carta_01 - INVALIDEZ

00020206

Carta nº 14219127

:

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, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190282991 **Vítima: ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: 22/06/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01539/01540 - carta_02 - INVALIDEZ

00040770

Carta nº 14255161

Clinik

EXCELSIOR SEGUROS
08 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

Rua: Cornélio Soares, 939, sala 2, térreo,

Bairro: Nossa Senhora da Penha; Serra Talhada-PE;

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992

Relatório médico

Aloisio Cecílio do Nascimento; idade: 34 anos

Paciente foi vítima de acidente de transito por capotamento de carro na cidade de carnaubeira da penha-PE, em via pública.

Deu entrada no hospital municipal de carnaubeira da penha, na qual foi medicado e encaminhado ao HOSPAM. Foi atendido pelo ortopedista que diagnosticou fratura e luxação do ombro esquerdo e ferimento grave e face anterior do cotovelo esquerdo, com bordas irregulares e dimensões de mais ou menos 10 centímetros.

Na avaliação clínica de sequelas, o paciente apresenta exame físico-clínico visual, sequelas consequentes ao trauma na qual foi observada limitação de movimento do ombro de mais ou menos 30% e do cotovelo de mais ou menos 50%.

No momento encontra-se de alta do tratamento com a fisioterapia.

Atenciosamente

Ricardo Bruno Santana S. e Silva

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Sila

CRM-PE:23409;CRM-PB:9992

Dr. Ricardo Bruno
Médico
CRM-PE: 23409

Serra talhada, 08 de fevereiro de 2019

CliniK

Rua: Cornélio Soares, 939, sala 2, térreo,

Bairro: Nossa Senhora da Penha; Serra Talhada- PE;

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992

Relatório médico

Aloisio Cecílio do Nascimento; Idade: 34 anos.

Paciente foi vítima de acidente de transito por capotamento de carro na cidade de Carnaubeira da Penha- PE, em Via pública.

Deu entrada no hospital municipal de Carnaubeira da Penha, na qual foi medicado e encaminhado ao HOSPAM. Foi atendido pelo ortopedista que diagnosticou fratura e luxação do ombro esquerdo e ferimento grave e face anterior do cotovelo esquerdo, com bordos irregulares e dimensões de mais ou menos 10 centímetros.

Na avaliação clínica de sequelas, o paciente apresenta exame físico-clínico visual, sequela consequente ao trauma na qual foi observada limitação de movimento do ombro de mais ou menos 30% e do cotovelo de mais ou menos 50%.

No momento encontra-se de alta do tratamento com a fisioterapia.

OBS: Paciente se apresenta ao exame físico de hoje com esses sinais. Podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo no decorrer dos dias.

Atenciosamente

Ricardo Bruno S. S. e Silva

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992.

Dr. Ricardo Bruno
Médico
CRM-PE: 23409

Serra Talhada, 19 de novembro de 2018

EXCELSIOR SEGUROS
29 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

CARNAUBEIRA

HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
XI GERES – SERRA TALHADA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº: 24

Data: 2 [illegible] | Hora: [illegible]

Nome: [illegible]

Nascimento: 3/[illegible]/94 | Sexo: M | Estado Civil: [illegible]

Escolaridade: [illegible] | Profissão: [illegible]

Mãe: [illegible] | Responsável: [illegible]

Endereço: [illegible]

Bairro: [illegible] | Município: [illegible] | Fone: 9963 5-5973

Cartão SUS: [illegible] | RG/CPF: [illegible]

Raça/Cor: | Branca | Preta | Parda | Amarela | Indígena

	Pulso	HGT:	Temperatura:	Peso:

História e Exame Físico:

Trauma em ob E + Braço E,
Cotovelo E tri ± 7h.
Ferimento em pé anterior do cotovelo
E com perda de substância

Tratamento:

Rx de ob E AP
Rx de Braço E AP
Rx de cotovelo E AP. Perf
Curativo + antibioticoterapia para ambulatorial. Retorno + Sexta

Hipótese Diagnóstica:

Fratura ob E
Ferimento cotovelo E

Carimbo e Assinatura:

Dr Erno K. de Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM [illegible]

Destino do Paciente: | Internado | Residência | Transferido | Evasão

Encaminhado para o Hospital:

Obs: Ins do dia

HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES
Secretaria de Saúde - Estado de Pernambuco
Serra Talhada - PE

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR - Clínica Cirúrgica

Prontuário nº 3176 Data 22/07/18 Hora 22:24

PACIENTE

Nome [illegible] Data de Nascimento 31/10/84

Sexo M Idade 34 Cor Pardo Estado Civil [illegible]

Naturalidade — Profissão [illegible]

Endereço [illegible]

Filiação [illegible]

Telefone (87) 99635475 Nº Doc (RG, CPF, CN, etc) [illegible]

Trazido por [illegible]

Endereço _____ Telefone ( ) _____

OCORRÊNCIA

Local do Acidente _____ Data ___/___/___ Hora ___

Natureza do acidente
- [ ] Casual
- [ ] Tentativa Suicídio
- [ ] Acidente Trânsito
- [ ] Queda
- [ ] Intoxicação
- [ ] Outras Causas
- [ ] Agressão
- [x] Acidente de Trabalho

HISTÓRIA DOENÇA ATUAL

[illegible]

EXAME FÍSICO

[illegible]

Diagnóstico Provisório [illegible]

Conduta [illegible]

Recepcionista

Médico - CREMEPE

HOSPAM

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Serra Talhada - FUSAM - SUS/PE

Relatório de Operação

Nome do Paciente: [illegible] | Número do Registro:

Clínica: Trauma | Número do Leito:

Cirurgião: Dr [illegible]

1º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista: Dr [illegible]

Anestesia: [illegible]

Duração:

Data da Operação: 22/06/15 | Início: | Fim:

Diagnóstico Pós-Operatório: Fratura de E + Fratura [illegible] E

Diagnóstico Pós-Operatório: [illegible]

Operação Proposta: Redução Fechada + Sutura

Operação Realizada: [illegible]

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1) Paciente [illegible]
2) [illegible] redução fechada de luxação [illegible] E
3) Tipo [illegible] E
4) [illegible]

OBS: Feito [illegible] em [illegible] + Ampola [illegible] + Limpeza [illegible] + Curativo (Fixador com pelo [illegible])

Dr. Erik K. de Carvalho
Ortopedia
CRM [illegible]

CARNAÚBEIRA DA PENHA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARNAUBEIRA DA PENHA-PE

ATESTADO

Atesto para fins que, o (a)

Sr.(a)_____

_____

compareceu nesta Unidade Mista com o quadro de_____

_____ CID _____ devendo

ser afastado(a) das atividades por_____ (_____)dias, a partir

desta data.

Carnaubeira da Penha,_____/_____/_____.

MÉDICO

CARNAUBEIRA DA PENHA

[illegible]
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA ARGEMIRO JOSÉ TORRES

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o Srº ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO, nascido em 31/01/1984, solteiro, agricultor, residente na Aldeia Massapê, município de Carnaubeira da Penha - PE, portadora do CPF 068.080.384-06 e RG 6529249, encontra-se arquivada nesta unidade hospitalar desde 22/06/2018.

Carnaubeira da Penha, 06 de julho 2018

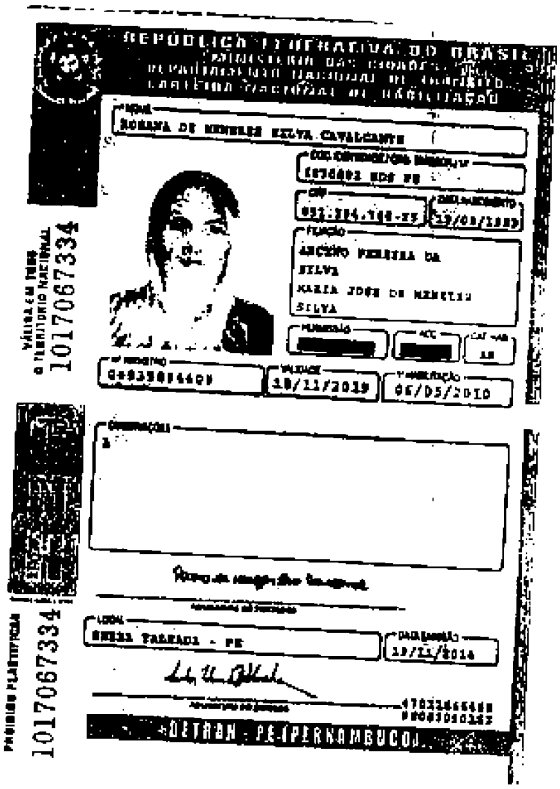
[illegible]

Atenciosamente,

JOSEILMA MARIA ARAÚJO DA SILVA NOVAES
- DIRETORA ADMINISTRATIVA
PORTARIA 05/17

Joseilma Maria Araújo da Silva Novaes
Diretora Administrativa
Portaria 05/17

- RUA JOSÉ MARCOLINO PEREIRA, Nº S - CENTRO - CEP: 56120-000 - CARNAUBEIRA DA PENHA - PE
FONE: 3877-8176 - e-mail: [illegible]@gmail.com



EXCELSIOR SEGUROS

CARNAUBEIRA
DA PENHA

UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TORÉ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA MÉDICA

DATA
HORA
NOME
IDADE
MÃE
PAI
CPF
ENDEREÇO
BAIRRO
RG
RESPONSÁVEL/ACOMPANHANTE
CONTATO
OBS

Procuração

Rosana de Menezes Silva Cavalcante

6 870 802 SDS-PE

2001 051.394.744-05

Francisco Olavo

Casa IPSEP

Serra Talhada PE

Seguro Obrigatório - DPVAT

CARTORIO UNICO DE FLORESTA-PE / Marisfela Feitosa Simões Ferreira

autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

CARNAUBEIRA
DA PENHA

UNIDADE MATERNIDADE [illegible]

BOLETIM DE [illegible]

DATA
NOME
DATA DE NASC.
MÃE
PAI
[illegible]
ENDEREÇO
[illegible]
PROFISSÃO
RESPONSÁVEL ACOMPANHANTE
CONTATO
[illegible]

HORA [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
XI GERES – SERRA TALHADA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº: 24

Data: 2 [illegible] Hora: 01 20

Nome: [illegible]

Nascimento: 3/01/84 Sexo: M Estado Civil: [illegible]

Escolaridade: 2ª Serie Profissão: [illegible]

Mãe: [illegible] Responsável: [illegible]

Endereço: [illegible]

Bairro: [illegible] Município: [illegible] Fone: 9 9635 5473

Cartão SUS: [illegible] RG/CPF: [illegible]

Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena

PA: Pulso: HGT: Temperatura: Peso:

Historia e Exame Físico:

Trauma em ombro E + Braço E + cotovelo E há 3 h.
Ferimento em pé anterior do cotovelo E com perda de substância

Tratamento:

Rx de ombro E AP
Rx de Braço E AP
Rx de cotovelo E AP. Perf
Curativo + imobilização provisória
[illegible] + Sita

Hipótese Diagnóstica:

Fratura luxação ombro E
Ferimento cotovelo E

Carimbo e Assinatura:

Dr Ernio K. de Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM [illegible]

Destino do Paciente: Internado Residência Transferido Evasão

Encaminhado para o hospital

Data: hrs do dia

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS - PE

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR - Clínica Cirúrgica

Registro nº 3176 Data 22/06/18 Hora 22:44

PACIENTE

Nome Aloisio Leite do Nascimento Data de Nascimento 31/03/84
Sexo M Idade 34 a. Cor Parda Estado Civil casado
Naturalidade — Profissão Agricultor
Endereço Fazenda Queimadas
Filiação Maria Nogueira Nascimento
Telefone (87) 99635 5173 N.º Doc. (RG, CPF, CN, etc.) 6529240
Trazido por Michele Cristina
Endereço Telefone ( )

OCORRÊNCIA

Local do Acidente Data / / Hora

Natureza do acidente
- [ ] Casual
- [ ] Tentativa Suicídio
- [ ] Acidente Trânsito
- [ ] Queda
- [ ] Intoxicação
- [ ] Outras Causas
- [ ] Agressão
- [ ] Acidente de Trabalho

HISTÓRIA DOENÇA ATUAL

Trauma em MSE [illegible]

EXAME FÍSICO

Dor + edema + limitação parcial + [illegible] MSE

Diagnóstico Provisório Fratura exposta 2.3 F Primário em atend E

Conduta Encaminhar

Enfermeiro do Trabalho
Traumato-Ortopedia
CRM [illegible]

Recepcionista

Médico - CREMEPE

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

Relatório de Operação

Nome do Paciente: Antonio [illegible]	Número do Registro:
Clínica: Trauma	Número do Leito:
Cirurgião: Dr [illegible]	
1º Assistente:	2º Assistente:
Instrumentador:	Anestesista: Dr [illegible]
Anestesia: [illegible]	Duração:
Data da Operação: 22/06/18	Início: Fim:

Diagnóstico Pré Operatório: Fratura [illegible] + Ferimento [illegible] E

Diagnóstico Pós Operatório: Idem

Operação Proposta: Redução Fechada + Sutura

Operação Realizada: Idem

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1) Paciente em decúbito dorsal
2) Anestesia e redução fechada de luxação [illegible] E
3) Tipoia E
4) Rx

OBS: Feito anestesia local em ferimento [illegible] + Ampola + antisepsia + limpeza [illegible] + curativo. (Ferimento com pele [illegible])

Éric R. Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM [illegible]

CARNAÚBEIRA
DA PENHA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARNAUBEIRA DA PENHA-PE

ATESTADO

Atesto para fins que, o (a)

Sr.(a)_____

_____

compareceu nesta Unidade Mista com o quadro de

_____ CID_____ devendo

ser afastado(a) das atividades por_____ (_____)dias a partir

desta data.

Carnaubeira da Penha, _____/_____/_____.

MÉDICO

Prefeitura Municipal de
CARNAUBEIRA
DA PENHA

CNPJ: 35.067.206/0001-10
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUS
UNIDADE MISTA ARGEMIRO JOSÉ TORRES

DECLARAÇÃO

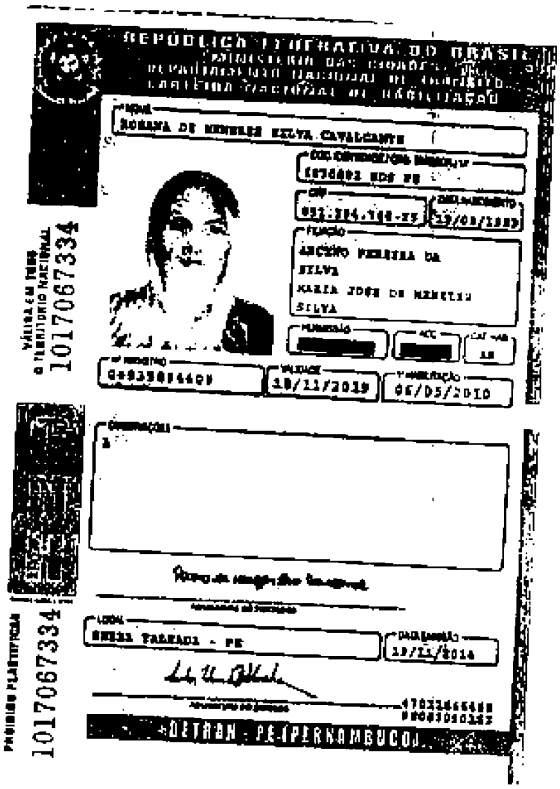
Declaro para os devidos fins de direito, que o Sr. ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO, nascido em 31/01/1984, solteiro, agricultor, residente na Aldeia Massapê, município de Carnaubeira da Penha - PE, portadora do CPF 068.080.384-06 e RG 6529249, encontra-se arquivada nesta unidade hospitalar desde 22/06/2018.

Carnaubeira da Penha, 06 de julho 2018.

Atenciosamente,

JOSELIMA MARIA ARAUJO DA SILVA NOVAES
- DIRETORA ADMINISTRATIVA
PORTARIA 09/17

RUA JOSÉ MARCOLINO PEREIRA, S/S - CENTRO - CEP: 56420-000 - CARNAUBEIRA DA PENHA - PE
FONE: 3877-8176 - e-mail: imap2017cp@gmail.com



7009404230 07/2018

01/08/2018 24/08/2018

18,97

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

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

07/2018 01/08/2018 18,97

83610000000-0 18970011007-9 00940423010-9 12247976603-4

celpe neoenergia

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

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-900
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0905843-80 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

CPF 368.210.364-15

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO [illegible]

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56912-150

004990038	UNICA	23/02/2018
23/02/2018	2000138283	2872821

2278075019 | 02/2018
02/03/2018 | 26/03/2018
210,32

Consumo Ativo(kWh)	348,0000000	0,5057471264	140,59
Contribuição Iluminação Pública			2,86
ICMS Substituição (CDE-NF 003194283 27/12/17)			2,03
Multa por atraso-NF 003194283 - 27/12/17			4,28
Juros por atraso-NF 003194283 - 27/12/17			1,04
Atualização IGPM-NF 003194283 - 27/12/17			1,73
PRÓ-CRIANÇA (0811) 3412-4354 0800 [illegible]			0,20

TOTAL DA FATURA 210,32

Nº do medidor	Tipo da medição	Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Nº de dias	Consumo	Ajuste	Consumo (kWh)
[illegible]	CAI	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]

	Base de cálculo	%	Valor (R$)
ICMS	[illegible]	25,00	[illegible]
PIS	[illegible]	0,91	[illegible]
COFINS	[illegible]	3,90	[illegible]

Descrição da Energia			
Transmissão	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Distribuição de Energia	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Perdas de Energia	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Tributos	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Total	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Consumo Ativo(kWh)

8411 8BDC 4BAD 9F0D 13AF 3A0C E413 2FC0

Bandeira Tarifária	Média Anterior (R$/MWh)	Média Atual (R$/MWh)	Custo Marginal de Curto Prazo (R$/MWh)	Custo Marginal de Expansão (R$/MWh)	Tempo Ininterrupto (h)	Limite de Variação (h) Mínimo	Limite de Variação (h) Máximo
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	270	202	231

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433635/18

Vítima: ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO

Data do acidente: 22/06/2018

CPF: 068.080.384-06

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

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

ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO : 068.080.384-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 29/11/2018
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

Procuração

Rosana de Menezes Silva Cavalcante

6 870 802 SDS-PE

2001 051.394.744-05

Francisco Olavo

Casa IPSEP

Serra Talhada PE

Seguro Obrigatório - DPVAT

CARTORIO UNICO DE FLORESTA-PE / Marisiela Feitosa Simões Ferreira

autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

CliniK

Rua: Cornélio Soares, 939, sala 2, térreo,

Bairro: Nossa Senhora da Penha; Serra Talhada- PE;

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992

Relatório médico

Aloisio Cecilio do Nascimento; idade: 34 anos.

Paciente foi vítima de ocidente de transito por capotamento de carro na cidade de Carnaubeira da Penha- PE, em Via pública.

Deu entrada no hospital municipal de Carnaubeira da Penha, na qual foi medicado e encaminhado ao HOSPAM. Foi atendido pelo ortopedista que diagnosticou fratura e luxação do ombro esquerdo e ferimento grave e face anterior do cotovelo esquerdo, com bordas irregulares e dimensões de mais ou menos 10 centímetros.

Na avaliação clínica de sequelas, o paciente apresenta exame físico-clínico visual, sequela consequente ao trauma na qual foi observada limitação de movimento do ombro de mais ou menos 30% e do cotovelo de mais ou menos 50%.

No momento encontra-se de alta do tratamento com a fisioterapia.

OBS: Paciente se apresenta ao exame físico de hoje com esses sinais. Podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo no decorrer dos dias.

Atenciosamente

Ricardo Bruno S. S. e Silva

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992.

Dr. Ricardo Bruno
Médico
CREMEPE: 23409

Serra Talhada, 19 de novembro de 2018

EXCELSIOR SEGUROS
29 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

CARNAUBEIRA
DA PENHA

HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
XI GERES – SERRA TALHADA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº: 24

Data: 22/06/18 | Hora: 07:20

Nome: [illegible]

Nascimento: 31/01/84 | Sexo: M | Estado Civil: [illegible]

Escolaridade: 2º Grau | Profissão: [illegible]

Mãe: [illegible] | Responsável: [illegible]

Endereço: [illegible]

Bairro: [illegible] | Município: [illegible] | Fone: 99835-5473

Cartão SUS: [illegible] | RG/CPF: [illegible]

Cor/Etnia: | Branca | Preta | Parda | Amarela | Indígena

Pulso | HGT | Temperatura | Peso

História e Exame Físico:

[illegible]

Tratamento:

Rx de [illegible]

Rx de [illegible]

Rx de [illegible]

[illegible]

Hipótese Diagnóstica:

[illegible]

Carimbo e Assinatura:

Dr. Erno K. de Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM [illegible]

Destino do Paciente: | Internado | Residência | Transferido | Evasão

Encaminhado para o hospital:

Data: | hrs do dia

HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS - PE

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR - Clínica Cirúrgica

Registro nº 3176 Data 22/09/18 Hora 22:44

PACIENTE

Nome Alonso Cabral do Nascimento Data de Nascimento 32/01/84
Sexo M Idade 34 Cor Parda Estado Civil casado
Naturalidade _____ Profissão agricultor
Endereço Fazenda Carnaubeira
Filiação Maria Miguel Domingo
Telefone (87) 99635473 N.º Doc. (RG, CPF, CN, etc.) 6529249
Trazido por Michele Cristina
Endereço _____ Telefone (____) _____

OCORRÊNCIA

Local do Acidente _____ Data _____ Hora _____

Natureza do acidente
- [ ] Casual
- [ ] Tentativa Suicídio
- [ ] Acidente Trânsito
- [ ] Queda
- [ ] Intoxicação
- [ ] Outras Causas
- [ ] Agressão
- [ ] Acidente de Trabalho

HISTÓRIA DOENÇA ATUAL

EXAME FÍSICO

Diagnóstico Provisório

Conduta

Emmo H. de Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM

Maria Silva
Recepcionista

Médico - CREMEPE

HOSPAM

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Serra Talhada — FUSAM / SUS / PE

Relatório de Operação

Nome do Paciente: Maria [illegible]	Número do Registro
Clínica: Trauma	Número do Leito
Cirurgião: D. [illegible]	
1º Assistente	2º Assistente
Instrumentador	Anestesista: D. [illegible]
Anestesia: [illegible]	Duração
Data da Operação: 22/06/[illegible]	Início / Fim

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura [illegible] + Fratura [illegible] E

Diagnóstico Pós-Operatório: [illegible]

Operação Proposta: Redução Fechada + Sutura

Operação Realizada: [illegible]

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1) [illegible]
2) Redução fechada [illegible] E
3) Tipo [illegible] E
4) Rx

OBS: Feito [illegible] com gesso + [illegible] + limpeza [illegible] + curativo. (Finalizado com pelo menos [illegible])

Emo K. de Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM [illegible]

25/11/2020

CARNAÚBEIRA
DA PENHA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARNAUBEIRA DA PENHA-PE

ATESTADO

Atesto para fins que, o (a)

Sr.(a)___ _____ _____

_____ _____

compareceu nesta Unidade Mista com o quadro de_____

_____ CID_____ devendo

ser atestado(a) das atividades por_____ ( ) dias, a partir

desta data.

Carnaubeira da Penha.____/____/____

MEDICO

Vila Dr. Evaldo Batista de Melo, Centro - Carnaubeira da Penha-PE, CEP: 56.320-000

CARNAUBEIRA DA PENHA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMS
UNIDADE MISTA ARGEMIRO JOSÉ TORRES

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o Srº ALOISIO CECHELIO DO NASCIMENTO, nascido em 31/01/1984, solteiro, agricultor, residente na Aldeia Massapê, município de Carnaubeira da Penha – PE, portadora do CPF 068.080.384-06 e RG 6529249, encontra-se arquivada nesta unidade hospitalar desde 22/06/2018.

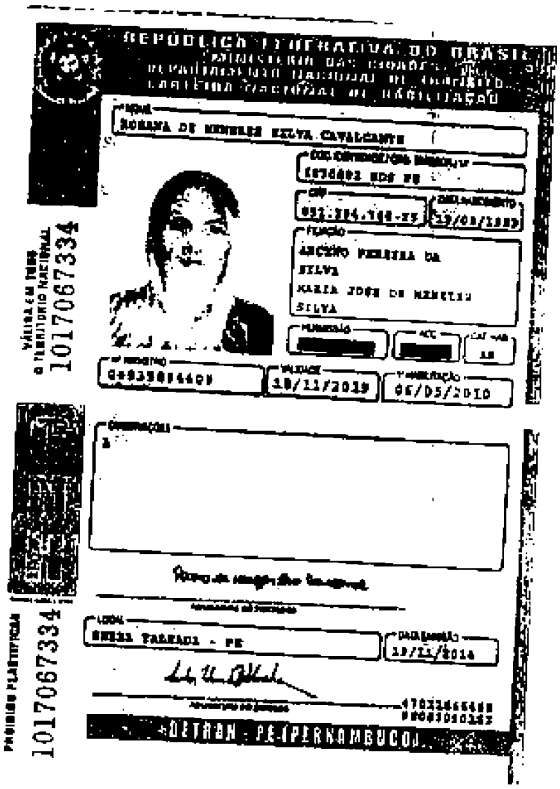
Carnaubeira da Penha, 06 de julho 2018.

Atenciosamente,

JOSELMA MARIA ARAUJO DA SILVA NOVAES
- DIRETORA ADMINISTRATIVA
PORTARIA 022/17

Joselma M. Araujo da Silva Novaes
Diretora Administrativa
Portaria 022/17

RUA JOSÉ MARCOLINO PEREIRA, S/N - CENTRO - CEP 56420-000 - CARNAUBEIRA DA PENHA
FONE: 3877-8176 - e-mail: umajt2017cp@gmail.com



Seguradora LÍDER

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 0271204 ou 0800 2217006 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido na Circular SUSEP 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 a 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.

O não fornecimento das 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 e capitalização.

[2] Conselho 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.

Declaro ser Tatiana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.394.744-25 na condição de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Lúcia do Nascimento inscrito sob o Nº 065.080.384-06 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maria Lúcia do Nascimento, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

X Declaro Profissão: Aposentada Renda: 1 salário e apresento os documentos comprobatórios

X Declaro não ter

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

Declaro também que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Kia Francisca Luz
Nome

Cidade: Serra Talhada

Bairro: Alto Lagoa

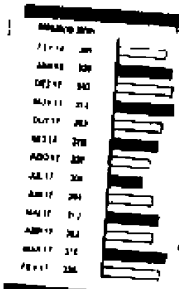
Estado: PE CEP: 56911-190

Telefone comercial: 0000

Telefone celular: (87) 9934-4907

Serra Talhada, 12 de Outubro de 2020
Local e Data

Tatiana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante



celpe
neoenergia

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

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | [illegible] | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

CPF 368 710 304-15

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO [illegible] 130
IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56912-130

004490038	ÚNICA	22/02/2018
23/02/2018	2002 [illegible]	2872821 [illegible]

2278076019 | 02/2018
02/03/2018 | 26/03/2018
210,32

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	240,000000	0,6657[illegible]	160,59
Contribuição Iluminação Pública			2,96
ICMS Subvenção CDE-NF 003104263 27/12/17			2,03
Multa por atraso-NF 003104263 - 27/12/17			4,38
Juros por atraso-NF 003104263 - 27/12/17			1,05
Atualização IGPM-NF 003104263 - 27/12/17			1,21
PRÓ-CRIANÇA [illegible]			0,20

TOTAL DA FATURA 210,32

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	CAT	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1,0000		240,00

[illegible]

B41F 8BDC 4BAD 9F0D 15AF 3ADC E413 2FCD

[illegible]

EXCELSIOR SEGUROS

[illegible]

CARNAUBEIRA
DA PENHA

UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TORÉ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA MÉDICA

DATA
HORA
NOME
IDADE
MÃE
PAI
CPF
ENDEREÇO
BAIRRO
RG
RESPONSÁVEL/ACOMPANHANTE
CONTATO
OBS

7009404230 07/2018

01/08/2018 24/08/2018

18,97

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

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

07/2018 01/08/2018 18,97

83610000000-0 18970011007-9 00940423010-9 12247976603-4

LIDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

[illegible] http://www.[illegible]

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

[illegible]

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal [illegible] pelo pai [illegible] Assinatura do Representante Legal.

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso é necessário que a vítima [illegible] pelo Representante Legal [illegible] deverá ser assinado pela vítima [illegible] campo "Assinatura da vítima" [illegible] campo "Assinatura do Representante Legal".

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso específico [illegible] Representante Legal deverá assinar [illegible] Assinatura do Representante Legal.

[illegible]

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Declaro [illegible] Assinalar [illegible] abaixo.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 187ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORESTA - DP187ªCIRC DINTER2/22ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0277001022

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/07/2018** às **11:32**

Complementa o BO Numero: **18E0277000996**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **22/6/2018** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARNAUBEIRA DA PENHA, 1, ZONA RURAL** - Bairro: **CENTRO** - **CARNAUBEIRA DA PENHA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO

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

ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA NOGUEIRA DO NASCIMENTO** Pai: **CECILIO FRANCISCO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **31/1/1984** Naturalidade: **CARNAUBEIRA DA PENHA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6529249/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Telefones Celulares:
- **87996255473**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARNAUBEIRA DA PENHA, 1, ZONA RURAL - CEP: 56500-000 - Bairro: MASSAPE - CARNAUBEIRA DA PENHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKV6931** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **007968202**
Ano Fabricação/Modelo: **2002/2003**

Complemento / Observação

RELATA O SENHOR ALOISIO QUE NO DIA 22.06 ÚLTIMO SOFREU UM ACIDENTE DE CARRO, INDO DA CIDADE DE CARNAUBEIRA DA PENHA PARA A COMUNIDADE DE MASSAPÉ, NA ZONA RURAL DA MESMA CIDADE. NADA MAIS DECLAROU. ******* NO DIA 26.07 O SENHOR ALOISIO RETORNOU PEDINDO PARA ACRESCENTAR, QUE O ACIDENTE SE DEU POR CAUSA DE UM COCHILO DELE AO VOLANTE.**

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

ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por **EDVALDO FERREIRA GOMES FILHO** - Matrícula: **3874761**

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 187ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORESTA - DP187ªCIRC DINTER2/22ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0277000996

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/07/2018** às **09:06**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **22/6/2018** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARNAUBEIRA DA PENHA, 01, ZONA RURAL** - Bairro: **CENTRO** - **CARNAUBEIRA DA PENHA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO

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

ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mae: **MARIA NOGUEIRA DO NASCIMENTO** Pai: **CECILIO FRANCISCO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **31/1/1984** Naturalidade: **CARNAUBEIRA DA PENHA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6529249/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Telefones Celulares
: **87996255473**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARNAUBEIRA DA PENHA, 01, ZONA RURAL - CEP: 56500000 - Bairro: MASSAPE - CARNAUBEIRA DA PENHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKV6931** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **007968202**
Ano Fabricação/Modelo: **2002/2003**

Complemento / Observação

RELATA O SENHOR ALOÍSIO QUE NO DIA 22.06 ÚLTIMO SOFREU UM ACIDENTE DE CARRO, INDO DA CIDADE DE CARNAUBEIRA DA PENHA PARA A COMUNIDADE DE MASSAPÉ, NA ZONA RURAL DA MESMA CIDADE. NADA MAIS DECLAROU.

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

ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDVALDO FERREIRA GOMES FILHO** - Matrícula: **3874701**, O

EXCELSIOR SEGURANÇA

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180564149
Nome do(a) Examinado(a): ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO
Endereço do(a) Examinado(a): FAZ QUEIMADAS, 2018 - CARNAUBEIRA DA PENHA/PE - CEP 56420-000
Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 6529249 - SDS-PE
Data e Local do Acidente : 22/06/2018 - CARNAUBEIRA DA PENHA - PE
Data e Local do Exame : 13/12/2018 RUA DR ERICK RIBEIRO, 324 - SL 02 - SALGUEIRO/PE - CEP 56000-000

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA E LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO, FERIMENTO GRAVE NA FACE ANTERIOR DO COTOVELO ESQUERDO, COM BORDAS IRREGULARES E DIMENSÕES DE MAIS OU MENOS 10 CENTÍMETROS

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
FOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NOFERIMENTO GRAVE NA FACE ANTERIOR DO COTOVELO ESQUERDO (PARTE DISTAL DO BÍCEPS BRAQUIAL). TEVE ALTA NO DIA 19/11/2018

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO, DEVIDO AFRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA E LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO, COM PERDA DE FORÇA MUSCULAR (GRAU 3) NOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO; LIMITAÇÃO FUNCIONAL COMPLETA DO COTOVELO ESQUERDO, DEVIDO AO FERIMENTO EXTENSO, E PERCA DE GRANDE QUANTIDADE DE TECIDO MOLE, A CICATRIZAÇÃO IMPEDE A REALIZAÇÃO COMPLETA DO MOVIMENTO DO COTOVELO ESQUERDO, COM CICATRIZ CIRÚRGICA EXTENSA, IRREGULAR E COM EXTENSA DEFORMIDADE, ESTANDO O MESMO EM ANGULAÇÃO DE 45º, NÃO FLEXIONANDO E NEM REALIZANDO EXTENSÃO

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO, DEVIDO AFRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA E LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO, COM PERDA DE FORÇA MUSCULAR (GRAU 3) NOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO; LIMITAÇÃO FUNCIONAL COMPLETA DO COTOVELO ESQUERDO, DEVIDO AO FERIMENTO EXTENSO, E PERCA DE GRANDE QUANTIDADE DE TECIDO MOLE, A CICATRIZAÇÃO IMPEDE A REALIZAÇÃO COMPLETA DO MOVIMENTO DO COTOVELO ESQUERDO, COM CICATRIZ CIRÚRGICA EXTENSA, IRREGULAR E COM EXTENSA DEFORMIDADE, ESTANDO O MESMO EM ANGULAÇÃO DE 45º, NÃO FLEXIONANDO E NEM REALIZANDO EXTENSÃO

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal
COTOVELO ESQUERDO
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal
OMBRO ESQUERDO
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal
_____

Região Corporal
_____

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Dr. Leonardo Coelho Bezerra
CRM-PE
Cirurgião Geral

LEONARDO COELHO BEZERRA CRM : 24897 / UF :PE

LIDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

[illegible] http://www.seguradoralider.com.br [illegible] SAC DPVAT [illegible]

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

[illegible]

A cópia simples da procuração deverá ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL [illegible] reconhecimento para crédito em conta, indenização [illegible]

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos [illegible]

Beneficiário entre 16 a 17 anos [illegible]

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO- BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

[illegible]

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

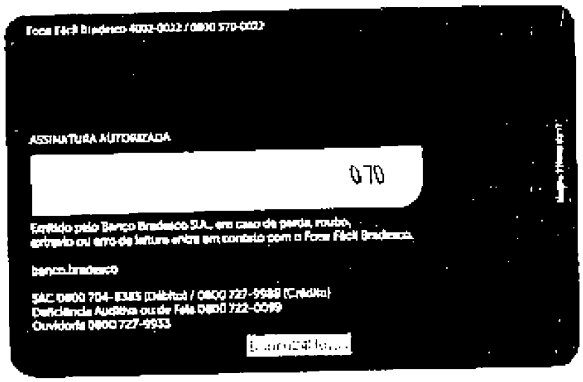
[illegible]

CONTA POUPANÇA [illegible] CONTA CORRENTE [illegible]

[illegible]

[illegible]


Bradesco
5090 0039 3577 7205
02/23
1695 0
0021 149 4
ALOISIO C DO NASCIMENTO
elo


ASSINATURA AUTORIZADA
070
banco.bradesco

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01695-0

CONTA: 000000021149-4

Nr. Autenticação
BRADESCO1505201905000000000002370169500000002114916875 0 PAGO

Procuração

Rosana de Menezes Silva Cavalcante

6 870 802 SDS-PE

2001 051.394.744-05

Francisco Olavo

Casa IPSEP

Serra Talhada PE

Seguro Obrigatório - DPVAT

CARTORIO UNICO DE FLORESTA-PE / Marisfela Feitosa Simões Ferreira

autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190282991 **Cidade:** Carnaubeira da Penha **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 22/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇAO DO OMBRO ESQUERDO
LESAO DO COTOVELO ESQ UERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA QUELOIDE GRAVE EM COTOVELO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO COTOVELO DE FORMA LEVE. AO EXAME DO OMBRO DIREITO APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DE FORMA LEVE.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DE OMBRO E COTOVELO ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO COTOVELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/05/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

EXCELSIOR SEGUROS
17 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 187ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORESTA - DP187ªCIRC
DINTER2/22ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0277000416**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/04/2019** às **10:26**

Complementa o BO Número: **18E0277001022**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **22/6/2018** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARNAUBEIRA DA PENHA, 1, ZONA RURAL** - Bairro: **CENTRO - CARNAUBEIRA DA PENHA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOAO SOARES DOS SANTOS (OUTRO)
ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO

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

ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA NOGUEIRA DO NASCIMENTO** Pai: **CECILIO FRANCISCO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **31/1/1984** Naturalidade: **CARNAUBEIRA DA PENHA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6529249/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87996255473**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARNAUBEIRA DA PENHA, 1, ZONA RURAL - CEP: 56500-000 - Bairro: MASSAPE - CARNAUBEIRA DA PENHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

JOAO SOARES DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LOURDES SOARES DOS SANTOS** Pai: **TOMAS MARCIONILIO FRANCISCO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **9/7/1979** Naturalidade: **ABARE / BAHIA / BRASIL** Documentos: **11125317 93/SSP/BA (RG), 00470418540 (CPF)** Estado Civil: **DESCONHECIDO**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOAO SOARES DOS SANTOS** que estava em posse do(a) Sr(a): **ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO**

EXCELSIOR SEGUROS
17 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não** Número de Série: **9BD15822534448281**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKV6931** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **007968202** Chassi: **9BD15822534448281**
Ano Fabricação/Modelo: **2002/2003** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **FIAT UNO MILLE FIRE, CINZA, PLACA KKV 6931.**

Complemento / Observação

RELATA O SENHOR ALOÍSIO QUE NO DIA 22.06 ÚLTIMO SOFREU UM ACIDENTE DE CARRO, INDO DA CIDADE DE CARNAUBEIRA DA PENHA PARA A COMUNIDADE DE MASSAPÊ, NA ZONA RURAL DA MESMA CIDADE. NADA MAIS DECLAROU. ******* NO DIA 26.07 O SENHOR ALOÍSIO RETORNOU PEDINDO PARA ACRESCENTAR, QUE O ACIDENTE SE DEU POR CAUSA DE UM COCHILO DELE AO VOLANTE. ******* O SR. ALOÍSIO, RETORNOU A DELEGACIA DE POLÍCIA PARA QUE ESTE BOLETIM FOSSE COMPLEMENTADO, POIS ANTERIORMENTE, CONSTAVA QUE ELE SERIA O PROPRIETÁRIO DO VEICULO. FEITA A COMPLEMENTAÇÃO DE ACORDO COM O DOCUMENTO DO VEICULO, O PROPRIETÁRIO É O SR. JOÃO SOARES. INFORMA AINDA, QUE COMPROU O VEICULO, CONTUDO O DOCUMENTO AINDA NÃO FOI ALTERADO PARA CONSTAR COMO SENDO O NOVO PROPRIETÁRIO.**

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

ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FÁBIO JOSÉ SANTANA DE MELO JÚNIOR** - Matrícula: **387503-2**

EXCELSIOR SEGUROS
17 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 187ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORESTA - DP187ªCIRC DINTER2/22ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0277001022**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/07/2018** às **11:32**

Complementa o BO Número: **18E0277000996**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **22/6/2018** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARNAUBEIRA DA PENHA, 1, ZONA RURAL** - Bairro: **CENTRO** - **CARNAUBEIRA DA PENHA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Outros motivos) , que estava em posse da(o) Sr(a): ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO

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

ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA NOGUEIRA DO NASCIMENTO** Pai: **CECILIO FRANCISCO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **31/1/1984** Naturalidade: **CARNAUBEIRA DA PENHA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6529249/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Telefones Celulares:
- **87996255473**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARNAUBEIRA DA PENHA, 1, ZONA RURAL - CEP: 56500-000 - Bairro: MASSAPE - CARNAUBEIRA DA PENHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Direito autoral do: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKV6931 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **007968202**
Ano Fabricação/Modelo: **2002/2003**

Complemento / Observação

RELATA O SENHOR ALOISIO QUE NO DIA 22.06 ÚLTIMO SOFREU UM ACIDENTE DE CARRO, INDO DA CIDADE DE CARNAUBEIRA DA PENHA PARA A COMUNIDADE DE MASSAPÉ, NA ZONA RURAL DA MESMA CIDADE. NADA MAIS DECLAROU. ******* NO DIA 26.07 O SENHOR ALOISIO RETORNOU PEDINDO PARA ACRESCENTAR, QUE O ACIDENTE SE DEU POR CAUSA DE UM COCHILO DELE AO VOLANTE.**

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

ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDVALDO FERREIRA GOMES FILHO** - Matricula: **3874761**

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 187ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORESTA - DP187ªCIRC DINTER2/22ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0277000996**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/07/2018** às **09:06**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **22/6/2018** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARNAUBEIRA DA PENHA, 01, ZONA RURAL** - Bairro: **CENTRO - CARNAUBEIRA DA PENHA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a). ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO

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

ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA NOGUEIRA DO NASCIMENTO** Pai: **CECILIO FRANCISCO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **31/1/1964** Naturalidade: **CARNAUBEIRA DA PENHA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6529249/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Telefones Celulares
- **87996255473**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARNAUBEIRA DA PENHA, 01, ZONA RURAL - CEP: 56300000 - Bairro: MASSAPE - CARNAUBEIRA DA PENHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a). **ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKV6931** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **007968202**
Ano Fabricação/Modelo: **2002/2003**

Complemento / Observação

RELATA O SENHOR ALOISIO QUE NO DIA 22.06 ÚLTIMO SOFREU UM ACIDENTE DE CARRO, INDO DA CIDADE DE CARNAUBEIRA DA PENHA PARA A COMUNIDADE DE MASSAPÊ, NA ZONA RURAL DA MESMA CIDADE. NADA MAIS DECLAROU.

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

ALOISIO CECILIO DO NASCIMENTO
(VITIMA)

23/07/2015 Boletim de Ocorrência

B.O. registrado por: **EDVALDO FERREIRA GOMES FILHO** - Matrícula: **3874761**, O

EXCELSIOR SEGUROS