



Número: **0032693-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.134,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67778 070	10/09/2020 16:50	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200209445 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES **Data do acidente:** 17/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 1 / 7

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: Eriziquiel Caetano Pereira Alves

Brasileiro (a), estado civil: Solteiro

Profissão: Penteiro RG: 5064583 SSP/PE CPF/MF

Nº 025.999.724-26, Com endereço residencial a
R. Ubirlandia, Nº 74 A, Casa A, Tabatinga,
Camangaibe - PE CEP. 54783-075

Outorgado:

Nome: Manica José Santos da Silva, Autônoma,
RG 4.364.868 SSP/PE, CPF. 830.621.904-00, reside no
endereço Rua São Geraldo, 276, Camangaibe, PE. CEP. 54733-770

PODERES:

Amplios poderes para praticar os atos administrativos de seguro obrigatório - DPVAT.

Recife, 06, junho de 2020.

Eriziquiel Caetano Pereira Alves

OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0162605/20

Vítima: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

CPF: 025.999.724-26

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/04/2019

Titular do CPF: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA : 830.621.904-00

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

EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES : 025.999.724-26

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: 10/06/2020
Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA
CPF: 830.621.904-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

Marta Marinho dos Santos





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

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200209445

Vítima: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

Data do Acidente: 17/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

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 15853253

Pag. 01711/01712 - carta_01 - INVALIDEZ

00010856





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DIM - 05ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - APIPUCOS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0036000132

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/12/2019 às 10:04

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 17/4/2019 às 07:52

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOIS IRMAOS, 001, EM FRENTE A ENTRADA DA UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO** - Bairro: **DOIS IRMAOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO DO VEICULO DE PLACA KGX 6963 (AUTOR : AGENTE)
EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO DO VEICULO DE PLACA KGX 6963
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

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

EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEBASTIANA CAETANO DOS SANTOS** Pai: **JOAO PEREIRA ALVES** Data de Nascimento: **24/2/1978** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5064583/SDS/PE (RG), 02599972426 (CPF), 00730375224 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PORTEIRO** Telefones Celulares: **- 081986018999**

Endereço Residencial: **RUA UBERLANDIA, 74, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO DO VEICULO DE PLACA KGX 6963 - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTO PLACA PGX 6680 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGX6680** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

VEICULO PLACA KGX 6963 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO DO VEICULO DE PLACA KGX 6963**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO DO VEICULO DE PLACA KGX 6963**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**

200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=36&idOc=8200136&nroBO=19E0036000132&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE DE TRÂNSITO



2019

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL

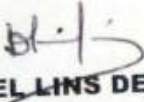
PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Complemento / Observação

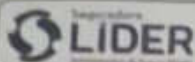
RELATA QUE VINHA TRAFEGANDO NA RUA DOIS IRMÃOS COM SUA MOTO DE PLACA PGX 6680 E UM VEICULO DE PLACA KGX 6963, QUE VINHA NO SENTIDO CONTRÁRIO AO CONVERGIR A ESQUERDA BATEU EM SUA MOTO, QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU OCORRENCIA N° S-616139 E N° DA 075.11.2019 E ATENDIMENTO DA CTTU SOB N° DE BOLETIM 74063 E LEVADO AO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS ONDE FOI CONSTATADO FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA, FRATURANDO A TIBIA E A FIBOLA PASSANDO POR CIRURGIA SOB N° DE ATENDIMENTO 718475 E PRONTUARIO N° 1117018.

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

**EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES
(VITIMA)**

B.O. registrado por:  **DANIEL LINS DE LIMA** - Matrícula: **350644-4**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 025.999.724-26 4 - Nome completo da vítima: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

RÉGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES 6 - CPF: 025.999.724-26
7 - Profissão: TATAREIRO 8 - Endereço: R - UBERLANDIA 9 - Número: 74 10 - Complemento: CASA - 4
11 - Bairro: TABATINGA 12 - Cidade: CARATINGA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54783-075
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 081-98604-8999

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

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3484 CONTA: 00003396 3

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	22/06/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03484

CONTA: 000000003396-3

Nr. da Autenticação 9D2920D1D6188258



REMETENTE

044423

INSS

AG DA P SOCIAL SAO LOURENCO DA MATA

R FRIE CANECA, N. 301/307

CENTRO

SAO LOURENCO DA MATA - PE

54735-796

- ☐ MUDOU-SE ☐ RECUSADO
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE ☐ NÃO PROCURADO
☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO ☐ AUSENTE
☐ DESCONHECIDO ☐ FALECIDO

☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO
PORTEIRO/SÍNDICO
☐

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:

EM:

RESPONSÁVEL

VISTO

FORM: CON39A

Impresso pela Dataprev



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



044153



EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

UBERLANDIA 74 A CASA A

TABATINGA

CAMARAGIBE PE

54783-075



5013196987410440000004415330050619



06/10/2017

2ª Via da Fatura

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-98
INSCRIÇÃO ESTADUAL 9085943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.437
COMERCIAL 116 (PS)
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala:
Ouvidor(a)
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
de Pernambuco-ARPE: 0500-727-0167-Ligação Gratuita de
Agência Nacional de Energia E
167-Ligação Gratuita de telefone

DADOS DO CLIENTE

ERICA ESTEVAO DE SANTANA
PE AQ EDUCANDARIO SILVA NUNES
CPF: 073.854.264-79

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SÃO GERALDO 37E

LOTTO SÃO PEDRO/CAMARAGIBE
54733-770 CAMARAGIBE PE

DATA DE VENCIMENTO

03/10/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

26/09/2017

DATA DA APRESENTAÇÃO

25/09/2017

NÚMERO DA NOTA FISCAL

003327866

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

FCBF.DFD7.A9A9.B3FC.3DC5.E522.075E.47A

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	39,00	0,49505583	14,35
Atenuação Bandeira AMARELA			0,49
Atenuação Bandeira VERMELHA			0,16
Multa por atraso-NF 003245852 - 25/09/17			0,31
Juros por atraso-NF 003245852 - 25/09/17			0,01

TOTAL DA FATURA

15,32

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
3,00		0,00	15,60	0,64	0,09	15,60	3,00	0,46

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,49505583

HISTÓRICO

SET 17	14,35
AGO 17	14,35
JUL 17	14,35
JUN 17	14,35
MAI 17	14,35
ABR 17	14,35
MAR 17	14,35
FEV 17	14,35
JAN 17	14,35
DEZ 16	14,35
NOV 16	14,35
OUT 16	14,35
SET 16	14,35

Faturado pelo método de taxa
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 98, Resolução ANEEL
414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

9085943/0001-98 CAT 25/09/2017 2.490,00 26/09/2017 2.490,00 32 1,50000 0,00 3,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 27/09/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO
		jun/2017
DIC-Nº de horas sem Energia	CAMARAGIBE	0,00
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00
DIC-Duração máxima de interrupção contínua		2,00
DIC-Duração de interrupção em dia útil		
EURO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 7,43		
Todo Consumidor está sujeito a punições dos Indicadores DIC, FIC, etc.		

INFORMAÇÕES RELEVANTES

Não deve ser feita a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O sistema é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Plano, em atraso gere multa (Resolução ANEEL 1.000/2010) e atualização monetária no mês seguinte.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIM
	MI





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

Para mais informações, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos canais abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800 1222 12 06 / Outras regiões: 0800 022 12 06
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 12 06 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECANER/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.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * 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 ILEGAIS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu ANTÔNIO JOSÉ CORDEIRO DA SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 830.621.904 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ezequiel Caetano Pereira Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.999.724 / 26

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Ezequiel Caetano P. Alves

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.999.724 / 26, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua São Geraldo</u>	Número: <u>276</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Camaragibe</u>	Cidade: <u>Camaragibe</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>54733-770</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: Recife, 08 de junho, 2020.

Antônio José Cordeiro da Silva

Assinatura do Declarante



EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES		01112018
711127	MASCULINO	41a 1m 30d
CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA, CL. TRAUM.		

Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Tratamento:

17/04/2019: LMC + FIXAÇÃO COM FIXADOR LINEAR EM TIBIA ESQUERDA
24/04/2019: OSTEOSSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIA ESQUERDA

OBS:

- PRESCREVO ANALGESIA E CEFALEXINA 500MG - 6/6H - 7 DIAS;
- ORIENTO CARGA PARCIAL (20%) EM MIE, COM AUXÍLIO DE MULETAS;
- SOLICITO RETORNO AO AMBULATÓRIO DO TRAUMA (DRA. FERNANDA) DIA 08/05/2019 (QUARTA-FEIRA), AS 07HRS;
- ENTREGO ATESTADO PARA 15 DIAS E DECLARAÇÃO DE INTERNAMENTO;
- ORIENTAÇÕES GERAIS

Condições Clínicas (no momento da Alta)

PACIENTE EVOLUI COM BOM ESTADO GERAL, SEM APRESENTAR INTERCORRENCIAS NAS ÚLTIMAS 24H. FERIDA OPERATÓRIA COM BORDOS BEM COAPTADOS, SEM SECREÇÃO OU SINAIS DE FLOGOSE

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
17/04/2019	26/04/2019

Recife, 26 DE ABRIL DE 2019

Dra. Fernanda Madruga
MÉDICA
CRM-PE 27987

FERNANDA MADRUGA E SOUZA - CRM: Nº.27987

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600

Digitalizado com CamScanner





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

1. Ocorrência da Emergência: 718475

1.1 - Atendimentos em: 08/05/19

1.2 - Às 08 horas e 09 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1117018

2.1 - Internado em:

2.2 - Alta em: 08/05/19

3. Hipótese Diagnóstica: PÓS OPERATÓRIO PRECOCE FRATURA OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

4. Tratamento: RETIROU PONTOS ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO.

5. Observação: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA ÍNTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 28.5.2019

HORA: 12:55:06

PASTA: 01.05.2019

GSL

RS

Gustavo Souza Leão
CRM - 11075

Dr. Gustavo Souza Leão.



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 718475

Prontuário: 1117018

Nome: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

Data Nasc.: 24/02/1978

Idade: 41

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG:

CNS:

Endereço: RUA SEVERINO CAVALCANTE

Bairro: TABATINGA

Cidade: CAMARAGIBE

CEP: 54756593

Fone: 34846360

Profissão:

Nº: 18

Estado: PE

Nome da Mãe: SEBASTIANA CAETANO DOS SANTOS

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: AMBULATORIO

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: AUT- ARTHU LOCATEL

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA: 08/05/2015 HORA: 08.09 h Médico: Dr. Arthur Locatelli

Queixa Principal / HDA:

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Aeroporto: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:





EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES		01112018
711127	MASCULINO	41a 1m 30d
CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA, CL. TRAUM.		

Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Tratamento:

17/04/2019: LMC + FIXAÇÃO COM FIXADOR LINEAR EM TIBIA ESQUERDA
24/04/2019: OSTEOSSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIA ESQUERDA

OBS:

- PRESCREVO ANALGESIA E CEFALEXINA 500MG - 6/6H - 7 DIAS;
- ORIENTO CARGA PARCIAL (20%) EM MIE, COM AUXÍLIO DE MULETAS;
- SOLICITO RETORNO AO AMBULATÓRIO DO TRAUMA (DRA. FERNANDA) DIA 08/05/2019 (QUARTA-FEIRA), AS 07HRS;
- ENTREGO ATESTADO PARA 15 DIAS E DECLARAÇÃO DE INTERNAMENTO;
- ORIENTAÇÕES GERAIS

Condições Clínicas (no momento da Alta)

PACIENTE EVOLUI COM BOM ESTADO GERAL, SEM APRESENTAR INTERCORRENCIAS NAS ÚLTIMAS 24H. FERIDA OPERATÓRIA COM BORDOS BEM COAPTADOS, SEM SECREÇÃO OU SINAIS DE FLOGOSE

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
17/04/2019	26/04/2019

Recife, 26 DE ABRIL DE 2019

Dra. Fernanda Madruga
MÉDICA
CRM-PE 27987

FERNANDA MADRUGA E SOUZA - CRM: Nº.27987

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600

Digitalizado com CamScanner





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

1. Ocorrência da Emergência: 718475

1.1 - Atendimentos em: 08/05/19

1.2 - Às 08 horas e 09 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1117018

2.1 – Internado em:

2.2 - Alta em: 08/05/19

3. Hipótese Diagnóstica: PÓS OPERATÓRIO PRECOCE FRATURA OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

4. Tratamento: RETIROU PONTOS ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO.

5. Observação: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA ÍNTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 28.5.2019

HORA: 12:55:06

PASTA: 01.05.2019

GSL

RS

Gustavo Souza Leão
CRM - 11075

Dr. Gustavo Souza Leão.



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 718475

Prontuário: 1117018

Nome: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

Data Nasc.: 24/02/1978

Idade: 41

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG:

CNS:

Endereço: RUA SEVERINO CAVALCANTE

Bairro: TABATINGA

Cidade: CAMARAGIBE

CEP: 54756593

Fone: 34846360

Profissão:

Nome da Mãe: SEBASTIANA CAETANO DOS SANTOS

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: AMBULATORIO

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: AUT- ARTHU LOCATEL

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA: 08/05/2015 HORA: 08.09 h Médico: Dr. Arthur Locatelli

Queixa Principal / HDA:

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Aeroporto: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore:

Escore:

Escore:

Hora:

Hora:

Hora:





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO:

F ☐

M ☐

LAUDO MÉDICO

Paciente Etelvaz Cordeiro Pereira Junior, 492,
do sexo feminino de exposta de parto cesáreo
há duas semanas. Foi submetido a osteossíntese
com haste intramedular nos dois membros de
fixação externa. No momento em carga
parcial, com ombreiras de retorno ambulatorial
em dois membros; Das permanências aptidão
de atividades laborativas durante período de
reabilitação; Resumindo aptidão em dois membros;

CV: 582.7 + 587.7

08/05/19

Dr. Arthur Locatelli
CRM 11682 - PE

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone. OXX 81 31845600

CGV 1002 V.1 2013

Digitalizado com CamScanner





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO:

F

☐

M

☐

LAUDO MÉDICO

Paciente Etelvaz Cordeiro Pereira Junior, 492,
do sexo masculino, de exposição de pouco tempo
há duas semanas. Foi submetido a osteossíntese
com haste intramedular nos dois membros de
fixação externa. No momento em carga
parcial, com ombreiras de retorno ambulatorial
em dois dias; Das primeiras atividades
de atividades laborativas durante período de
reabilitação; Recuperação satisfatória em dois meses;

CV: 582.7 + 587.7

08/05/19

Dr. Arthur Locatelli
CRM 11682 - PE

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-060

Fone. OXX 81 31845600

CGV 1002 V.1 2013

Digitalizado com CamScanner





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA			
DETTRAN - PE		Nº 015102524759	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
RENAVAM	ENTRADA	EXERCÍCIO	
1	1031210862	*****	2019
RENQUIEL CANTANO PEREIRA ALVES			
CAMARACIBE-PE			
CNPJ 025.999.724-26		PLACA PGK6680	
***** PE		9C2KCL660FR020701	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS /MOTOCICLETA		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
BOMBA/CG 150 TITAN EX		2014 2015	
CNP / FISC. DE		COR. PREDOMINANTE	
2P/149CL		VERMELHA	
COTA ÚNICA		VEÍC. / COTAS	
IPVA 2019 QUITADO		1ª *****	
2ª *****		3ª *****	
PAGAR / PREL.		TRIBUTOS / COTAS	
1		*****	
PAGAR / PREL. PREL. TOTAL PREL.		DATA DE PAGAMENTO	
80.11		V. 32 84.38 24/07/19	
SEM RESERVA			
LOCAL		DATA	
CAMARACIBE		24/08/19	
Roberto Carlos Moreira Fontelles			
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE: OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT			
PENº 015102524759 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
RENQUIEL CANTANO PEREIRA ALVES			
CASA CAMARACIBE-PE			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoralider.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2019		24/08/19	
VA	CNP / CNPJ	PLACA	
1	025.999.724-26	PGK6680	
RENAVAM		MARCA / MODELO	
1031210862		BOMBA/CG 150 TITAN EX	
ANO FAB.	DI. INE	RP CHASSI	
2014	09	9C2KCL660FR020701	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
TAB. PREL.	COMISSÃO PREL.	CUSTO DO SEGURO PREL.	
36.05	4.01	40.06	
CUSTO DO BILHETE PREL.	EX. PREL.	GRAT. DE RESCUE (COTAS)	
4.15	0.32	84.58	
PAGAMENTO		DATA DE CANCELAMENTO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO		24/07/19	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 06.944.504/0001-04			
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.			

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0162605/20

Vítima: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

CPF: 025.999.724-26

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/04/2019

Titular do CPF: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA : 830.621.904-00

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

EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES : 025.999.724-26

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: 10/06/2020
Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA
CPF: 830.621.904-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

Marta Marinho dos Santos





CTTU
AUTARQUIA DE TRÂNSITO
E TRANSPORTE URBANO DO RECIFE



RECIFE
PREFEITURA DA CIDADE

DECLARAÇÃO

Número de Boletim

Local:

Data:

Hora:

Veículo(s) de Placa(s)

Natureza do acidente

Vítima(s):

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que consta em nossos arquivos, o registro de um acidente com vítima com os dados acima referidos, não podendo a CTTU emitir cópia do Registro Estatístico, tendo em vista que, em acidentes com vítima, a competência não é desta Autarquia, sendo o registro realizado apenas para fins estatísticos.

Recife, 10 de julho de 2019

Celso Rodrigues
Chefe do BPM
Mat. 8688-8
Autarquia CTTU / Rv

Fabiano Ferraz
Diretor de Trânsito

CTTU
AUTENTICAÇÃO PELA CTTU/GPC
Ass. Rv
Mat. Nº 8688-6

Rua Frei Cassimiro, 91 - Santo Amaro - Recife-PE - CEP: 50100-260

CNPJ/MF 10.846.103/0001-20 - Fone: (81) 3232.5300 - fax (81) 3232.5328

Email: cttu@recife.pe.gov.br

Digitalizado com CamScanner



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	075.11.2019
DATA	21.11.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES**, portador do Documento de Identidade nº **5064583** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **025.999.724-28**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-616139**, que no dia 17 de abril de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 07h55, na Avenida Manoel de Medeiros, em frente da Biblioteca da UFRPE, no bairro Dois Irmãos, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Getúlio Vargas.

Recife, 21 de novembro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

SergioParenteCosta

Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450



DECLARAÇÃO

Número de Boletim Local: Data: Hora: Veículo(s) de Placa(s) Natureza do acidente Vítima(s):

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que consta em nossos arquivos, o registro de um acidente com vítima com os dados acima referidos, não podendo a CTTU emitir cópia do Registro Estatístico, tendo em vista que, em acidentes com vítima, a competência não é desta Autarquia, sendo o registro realizado apenas para fins estatísticos.

Recife, 10 de julho de 2019

Celso Rodrigues
Chefe do BPM
Mat. 8688-8
Autarquia CTTU / Rv

Fabiano Ferraz
Diretor de Trânsito
CTTU
AUTENTICAÇÃO PELA CTTU/GPC
Ass. Rv
Mat. Nº 8688-8**Rua Frei Cassimiro, 91 - Santo Amaro - Recife-PE - CEP: 50100-260**

CNPJ/MF 10.846.103/0001-20 - Fone: (81) 3232.5300 - fax (81) 3232.5328

Email: cttu@recife.pe.gov.br