

file:///C:/Users/Policia civil/Desktop/BOCPreview.html



2/2

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 003ª CIRCUNSCRIÇÃO - JOANA BEZERRA - DP3ªCIRC DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0093001870

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/09/2019** às **10:24**

Complementa o BO Número: **19E0093001844**

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **22/1/2019** às **16:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA ENGENHEIRO JOSE ESTELITA, 1 - Bairro: SÃO JOSÉ - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

EDITE AMANCIO BEZERRA (AUTOR / AGENTE)
DEYBSON DA SILVA AMANCIO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

DEYBSON DA SILVA AMANCIO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MAURICEIA GOMES DA SILVA Pai: JOSÉ GENILMO AMANCIO FILHO Data de Nascimento: 30/7/1984 Naturalidade: OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6698887/SD6/PE (RG), 05808352436 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUTÔNOMO(A) Telefones Celulares: - 984667687

Residência: RUA PROFESSOR SEVERINO AMELIA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: BAIRRO DE TABAJARA (BAIRRO), 17 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

EDITE AMANCIO BEZERRA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL

Residência: RUA TUPUJARA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: BAIRRO DE RECIFE (BAIRRO), 47 - CEP: 55000-000 - Bairro: DO RECIFE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDITE AMANCIO BEZERRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DEYBSON DA SILVA AMANCIO**
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG Objeto apreendido: Não
Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PE1626 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 9CZKC1670CR419968

Ano Fabricação/Modelo: 2011/2012

Descrição: RONDA CG FAN 150, COR CINZA, PLACA PE1-1626/PE

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
21/10/19

Complemento / Observação

20/12/2019

EXEMPLAR DE CIRCUNSCRIÇÃO

RELATA A VÍTIMA QUE NO DIA LOCAL E HORA JÁ MENCIONADO ESTAVA CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA DE MARCA RONDA CG FAN 150, JÁ QUALIFICADA NESTE BOLETIM, E AO DESCER A PONTE DE LIMOEIRO SOFREU UM TRANÇA DE UM OUTRO VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO VINDO A CAIR AO SOLO E EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UNIDADE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DA AVENIDA CAXANGÁ ONDE FOI ATENDIDO COM O Nº 01260046 E EM SEGUIDA TRASFERIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, ONDE FICOU INTERNADO SOB O NUMERO DE REGISTRO 878111. CASO AFETO A DELEGACIA DA RIO BRANCO. NO MOMENTO A MOTO ESTAVA DE POSSE DE DEYBSON DA SILVA AMANCIO.

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

DEYBSON DA SILVA AMANCIO
(VITIMA)

Deyson da Silva Amancio

B.O. registrado por: ISAIAS FERREIRA DE AMORIM - Matrícula: 3810481



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
02/10/19



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
DEYBSON DA SILVA AMANCIO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6698887 SDS PE

CPF
058.083.524-36

DATA NASCIMENTO
30/07/1984

FILIAÇÃO
JOSE GENUINO AMANCIO
FILHO
MAURICEIA GOMES DA
SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04637175083

VALIDADE
11/02/2019

1ª HABILITACAO
09/05/2009

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSAO
12/02/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
34832116419
PE058312617

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
869111880

PROIBIDO PLASTIFICAR
869111880





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

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ nº 535.320/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE GENUINO AMANCIO FILHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PROF SEVERINO AMELIA 17

CPF: 328.238.514-53

TABAJARA/CIDADE TABAJARA
OLINDA PE
53000-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4001510369	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA FATURA
13/08/2019	04/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	150,33

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
071873836	UNICA	05/08/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/08/2019	2001723452	2138502

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	168,0000000	0,77545172	131,05
Acréscimo Bandeira AMARELA			3,00
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,48
Contr. Ilum. Pública Municipal			13,44
ICMS Subvenção-CDE-NF 060559928-08/05/19			1,38

TOTAL DA FATURA

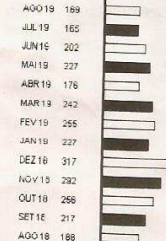
150,33

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
30718995	CAT	04/07/2019	22.379,00	05/08/2019	22.548,00	32	1,00000		168,00

INFORMAÇÕES DE CONSUMO

Mês/Ano kWh



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS
PIS
COFINS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
135,53	25,00	33,88
135,53	0,74	1,00
135,53	3,42	4,63

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	47,00	34,68%
Transmissão	4,71	3,48%
Distribuição (Celpe)	28,59	21,09%
Perdas de Energia	9,01	6,95%
Encargos Setoriais	8,71	6,55%
Tributos	39,51	29,15%
Total	135,53	100%

Consumo Ativo(kWh)

0,54933000

1010 2042 40E1 A3FD 1D13 78FC E071 AAF3

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você as variedades: rua no grande do sul jardim Brasil / farmácia popular do bairro / avenida Chico Silveira no 188 bairro. Lista completa em www.celpe.com.br. Tarifas de leitura e bandeira em vigor e a validade. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 25.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de fornecimento. Pagto em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEL, Juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no pro. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de fornecimento, podendo também ser cancelado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

ATENÇÃO CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE				
Vencido	Crédito	Valor	Vencido	Valor
18/07/19	05/08/19	158,68		

Esta comunicação NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso período do fornecimento persista por dois ciclos de não pagamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 do Regulamento de Serviço de Energia.

Se ocorrer período de fornecimento (Resolução ANEL 474/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e produtos se encontram à disposição para atendimento em todas as Unidades de atendimento em todo o país.

CUMPRIMENTO E RESERVAÇÃO DE LIMITES				NÍVEL DE TENSÃO	
CONSUMO	VALOR APURADO	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
RIO DOCE	3,74	4,95	9,91	220	205 - 231
PIS	1,00	3,23	6,47		
COFINS	0,00	2,77	0,00		

Limite DIARI: 12,22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 50,42

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
4001510369	08/2019	13/08/2019	150,33

83800000001-7 50330011004-5 00151036910-1 14215841283-6





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:
458125- DEYBSON DA SILVA AMANCIO

Idade: 34a 5m Nascimento: 30/07/1984

Data do Atendimento: 22/01/2019

Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-983144912

Prontuário: 00458125

Nº Atendimento: 01260046

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Mãe: MAURICEIA GOMES DA SILVA

Endereço: RUA PROFESSORA SEVERINA AMELIA, 17
- FRAGOSO - PAULISTA/ PE - CEP: 53402480

Médico: THIAGO COUTINHO CRM: Nº 23935

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA COM DESVIO DORSAL DE RÁDIO DISTAL DIREITO

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

SENHA HGV - 5604115
TRAUMATOORTOPEDIA

MÉDICO: THIAGO COUTINHO CRM: Nº 23935
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Dr. Thiago Coutinho
Ortopedia e Traumatologia
CRM: PE 23.935

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
21/01/19





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: DEYBSON DA SILVA AMANCIO

1. Ocorrência da Emergência: 678111

1.1 - Atendimentos em: 22/01/19

1.2 - Às 18 horas e 41 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1109280

2.1 - Internado em: 22/01/19

2.2 - Alta em: 24/01/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA FECHADA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 22/01/19 = REDUÇÃO INCRUENTA + IMOBILIZAÇÃO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO.

DATA: 27.5.2019

HORA: 10:37:16

PASTA: 01.05.2019

TB

RS

Dr. Tadeu Buril
Médico Vascular
CRM 3019 / Mat. 0596683

Dr. Tadeu Buril.

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
02/01/19





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

CPF nome
X



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 678111

Prontuário: 1109280

Nome: DEYBSON DA SILVA AMANCIO

Data Nasc.: 30/07/1984

Idade: 34

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG:

CNS:

Endereço: RUA PROFESSORA SEVERINA AMELIA

Bairro: FRAGOSO

Cidade: PAULISTA

Nº: 17

CEP: 53402480

Fone: 83144912

Profissão:

Estado: PE

Nome da Mãe: MAURICEIA GOMES DA SILVA

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: AUT PELA ENF MARGARIDA MARIA, REFERE FRATURA COM DESVIO DORSAL DE RADIO DISTAL DIREITO.

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA: 22/01/2019 HORA: 18:41 Médico: Dra. Elaine Emílio

Queixa Principal / HDA:

Do paciente de 34 anos, masculino, branco, casado, com escolaridade de 8 anos, residente em Rua Professora Severina Amélia, nº 17, bairro Fragoso, CEP 53402-480, cidade de Paulista, PE. Relata que, no dia 21/01/2019, ao descer de um ônibus, sofreu uma queda, resultando em fratura de rádio distal direito com desvio importante.

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: ☐
Atropelamento: 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: Queda de um ônibus em via urbana, resultando em fratura de rádio distal direito com desvio importante.

Exame Físico:

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

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mmm 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:



KOTE SEGURO
Erica Araújo
02/10/19



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Médico + Carimbo

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externo: ☐

Observações:

Assist. Social:

Assist. Social

Autorização para Alta / internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Cadastramento: 22/01/2019 18:41 h

FELIPEMF

impressão: 22/01/2019 18:41 h FELIPEMF

Médico

KOTE SECLTOS
Erica A. Lima
22/01/19





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: DEYBSON DA SILVA AMANCIO REG: 1109280

Data da operação: 22/01/2019

Operador: DR CARLOS HENRIQUE

1º auxiliar: DR. FELIPE FRAGOSO

Anestesista: O PLANTONISTA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA FECHADA DE RADIO DISTAL D

Tipo de operação: REDUÇÃO INCRUENTA + IMOBILIZAÇÃO.

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob sedação;
- 2) Observada deformidade em punho direito;
- 3) Realizada manobra de redução;
- 4) Confirmada aceitável redução sob fluoroscopia;
- 5) Realização imobilização com tala em 'O';
- 6) Curativo estéril em escoriações;
- 7) Aposição de tala axilo-palmar em 'O' em MSD;
- 8) Boa perfusão distal.

Dr. Felipe Fragoso
Médico
CRM-PE 26180

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
21/01/19





PROCURAÇÃO PARTICULAR

DEYBSON DA SILVA AMANCIO nacionalidade: BRASILEIRO
portador (a) da cédula de identidade nº 6698827 SDS/PE
inscrito (a) no CPF sob o nº 058.08352436 residente e domiciliado (a) na
Rua Prof. Severino AMELIA N= 17 CID. Tagaboas OLINDA PE
CEP 53.4024-80 ...

OUTORGADA: FLAVIA ROBERTA DA SILVA PEREIRA, brasileira, advogada inscrita na OAB/PE nº 41.1015, e seus assessores, o BEL. JOSÉ EMANUEL LEITE RODRIGUES, inscrito no CPF no. 024.009.544-88 portador do RG no. 5.327.872 SDS/PE e o BEL. RICARDO AUGUSTO SALDANHA LIMA FILHO, inscrito no CPF no. 107.913.154-01, portador do RG no. 9.054.642 SDS/PE com endereço profissional na Rua do Hospício, 761, Boa Vista, Recife – PE, onde recebe intimações, notificações e interpelações de praxe.

PODERES: Amplos e ilimitados para a representação judicial e extrajudicial do outorgante(s), conjuntamente, perante qualquer pessoa, física ou jurídica, pública ou privada; Juízo, Instância ou Tribunal; repartições públicas e Autárquicas Municipais, estaduais e federais, inclusive perante as Sociedades de Economia Mista; podendo propor as ações por mais especiais que sejam e defendê-lo(s) nas que lhes forem propostas, promover quaisquer medidas assecuratórias de seus direitos e interesses, ou preventivas, para o que outorga(m) os poderes das cláusulas ad judicia et extra, e os especiais para transigir, confessar, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, renunciar os valores que porventura excederem o teto dos juizados especiais federais, variar de ação, receber, dar quitação, fazer acordos, firmar compromissos e substabelecer.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO: Pelo presente termo, autorizo o MM Juiz a Proceder à retenção de 30% (trinta por cento) sobre o valor a ser levantado, a título de honorários advocatícios, a ser interposto por mim, através de meu representante legal, ora outorgado, perante o Juizado Especial Cível (Estado ou Federal) de Pernambuco.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Declaro com fundamento na Lei Federal nº. 7.115/83, para fins de prova junto a este juízo, que sou pobre, não tenho condições financeiras para contratar um advogado para defesa dos meus direitos, tampouco para arcar com custas processuais, declaração esta que faço sob as penas da lei e sob minha própria responsabilidade.

Recife, 17 de Outubro de 2019.

Outorgante: Deyson da Silva Amancio





DATA DO SINISTRO: 30/12/1899
VÍTIMA: DEYBSON DA SILVA AMANCIO
DATA DE NASC.: 30/12/1899
ENDEREÇO: NÃO
TIPO DE RECLAMANTE: Vítima
DATA DE RECLAMAÇÃO: 17/09/2019
ATENDENTE: GRACA
SEGURADORA: ITAU SEGUROS S/A
NATUREZA: Invalidez

NÚMERO DO SINISTRO:

TELEFONE: 0800.0221204 (SEGURADORA LÍDER)

DOCUMENTOS APRESENTADOS: Autorização de crédito;
Boletim de ocorrência;
Prova do ato declaratório;
Comprovante de residência oficial da vítima;
Relatório do 1º atendimento médico;
C.N.H. (carteira nacional de habilitação);

Documento(s) do(s) Beneficiário(s):

1. DEYBSON DA SILVA AMANCIO
Não apresentou documentos

BENEFICIÁRIO(S): 1. DEYBSON DA SILVA AMANCIO
- C.P.F.: 058.083.524-36

- * Os documentos listados acima estarão sujeitos a análise da seguradora.
- * Caso a seguradora julgue necessário, outros documentos poderão ser solicitados.
- * Fica desde já informado que caso a documentação completa não seja fornecida em prazo habil prescricional, a documentação já entregue será DESCARTADA, ultrapassado o referido prazo de 3 anos.

NOME: DEYBSON DA SILVA AMANCIO
CPF.: 058.083.524-36

