

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

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvíndia 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE	
ECILENE MARIA GOMES SILVA	
CPF: 066.974.544-82	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA	
EG MATO GROSSO 910	
ENGENHO MATO GROSSO/CUCUAI RURAL 55570-000 RIO FORMOSO PE	
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br	

DATA DE VENCIMENTO 24/10/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 17/10/2019	CONTA CONTRATO 007002684475
TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 17/10/2019	Nº DO CLIENTE 2010498164
	NÚMERO DA NOTA FISCAL 081376597	Nº DA INSTALAÇÃO 0003341636
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 06ED.32E9.9910.B288.083B.C895.EA03.2A8F		

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	86,00	0,81069952	69,72
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,03
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,28
Contrib. ilum. Pública Municipal			1,55
ICMS Subvenção-CDE-NF 073864160-16/08/19			0,52
Multa por atraso-NF 077571846 - 16/09/19			1,45
Juros por atraso-NF 077571846 - 16/09/19			0,36
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8988			1,50
Compensação DMIC 08/19			4,33-
TOTAL DA FATURA			74,08

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
73,03	25,00	18,25	73,03	1,29	0,94
					73,03 5,85 4,34

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)		kWh	
0,54833806		OUT 19	
86		SET 19	
87		AGO 19	
73		JUL 19	
86		JUN 19	
117		MAI 19	
59		ABR 19	
79		MAR 19	
100		FEV 19	
67		JAN 19	
50		DEZ 18	
99		NOV 18	
106		OUT 18	
87			

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DAS CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
MA45238	CAT	16/09/2019	18.180,00	17/10/2019	18.186,00	31	1,00000	0,00 86,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/11/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No de horas sem Energia		16,30	11,59	23,19	46,38
FIC-No de vezes sem Energia		2,00	7,74	15,49	30,98
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		16,07	6,39	0,00	0,00
DCIR-Duração de interrupção em dia crítico				Límite DCIR: 16,00	
EUBD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 25,00					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DCIR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Enzo comércio de alimentos ltda: av. joão bezerra sobrinho sn centro / mercadinho da construção: rio formoso centroLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007002684475	10/2019	0,00	24/10/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pelo Lei 10.476, de 24/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Pernambuco
Av. João de Deus, 111 - Boa Vista, Recife - PE, CEP 50010-000
CNPJ 10.832.813/0001-08 (Insc. Est. 011-003-RJ) e-mail: cargo@celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

CPF: 039 232 004-55

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO 1551
AP-01

PIEDADE/PRÄZERES
JABOTACATU DOS GUARARAPES PE
54410-010

DATA CONTRATO: 7025325626 DATA REFERENCIAL: 09/2019
DATA DE REFERÊNCIA: 30/09/2019 DATA AVALIAÇÃO DA LEITURA: 24/10/2019
TOTAIS A PAGAR (R\$): 215,30

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	211,000000	0,77952320	164,47
Acréscimo Bandeira VERMELHA			11,37
Contrib. Rum. Pública e Municipal			37,81
ICMS Subvenção CIDE-NF 07092826-24/03/19			1,28

TOTAL DA FATURA: 215,30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	LEITURA	ATUAL	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTES	CONSUMO (kWh)
00183011	CAT	21/08/2019	0 0000	23/09/2019	0 1140	30	1,00000	30			215,30

INFORMAÇÕES DE RISCOS

INFORMAÇÕES DE INFORMAÇÕES

Índice de risco:	Risco de consumo:	Consumo (kWh):	%	VALOR (R\$):	VALOR (R\$):	Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
NET 19 - 201						Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
AGO 19 - 214	ICMS	176,44	25,00	14,31	0,36	Transmissão:	15	2,11	3,45%
AA 19 - 177	PIS	176,44	0,01	1,42	0,00	Impostos (Cotação):	15	27,02	20,95%
ABR 19 - 223	COFINS	176,44	0,12	1,36	0,00	Perda de Energia:	15	11,98	8,91%
MAR 19 - 286						Reserva de Energia:	15	4,99	4,02%
ABR 19 - 281						Reserva Básica:	15	12,04	20,52%
MAR 19 - 210						Total:	15	176,44	100%

INFORMAÇÕES DE RISCOS

INFORMAÇÕES DE INFORMAÇÕES

Índice de risco:	Risco de consumo:	Consumo (kWh):	%	VALOR (R\$):	VALOR (R\$):	Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
NET 19 - 201						Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
AGO 19 - 214	ICMS	176,44	25,00	14,31	0,36	Transmissão:	15	2,11	3,45%
AA 19 - 177	PIS	176,44	0,01	1,42	0,00	Impostos (Cotação):	15	27,02	20,95%
ABR 19 - 223	COFINS	176,44	0,12	1,36	0,00	Perda de Energia:	15	11,98	8,91%
MAR 19 - 286						Reserva de Energia:	15	4,99	4,02%
ABR 19 - 281						Total:	15	176,44	100%

INFORMAÇÕES DE RISCOS

INFORMAÇÕES DE INFORMAÇÕES

Índice de risco:	Risco de consumo:	Consumo (kWh):	%	VALOR (R\$):	VALOR (R\$):	Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
NET 19 - 201						Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
AGO 19 - 214	ICMS	176,44	25,00	14,31	0,36	Transmissão:	15	2,11	3,45%
AA 19 - 177	PIS	176,44	0,01	1,42	0,00	Impostos (Cotação):	15	27,02	20,95%
ABR 19 - 223	COFINS	176,44	0,12	1,36	0,00	Perda de Energia:	15	11,98	8,91%
MAR 19 - 286						Reserva de Energia:	15	4,99	4,02%
ABR 19 - 281						Total:	15	176,44	100%

INFORMAÇÕES DE RISCOS

INFORMAÇÕES DE INFORMAÇÕES

Índice de risco:	Risco de consumo:	Consumo (kWh):	%	VALOR (R\$):	VALOR (R\$):	Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
NET 19 - 201						Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
AGO 19 - 214	ICMS	176,44	25,00	14,31	0,36	Transmissão:	15	2,11	3,45%
AA 19 - 177	PIS	176,44	0,01	1,42	0,00	Impostos (Cotação):	15	27,02	20,95%
ABR 19 - 223	COFINS	176,44	0,12	1,36	0,00	Perda de Energia:	15	11,98	8,91%
MAR 19 - 286						Reserva de Energia:	15	4,99	4,02%
ABR 19 - 281						Total:	15	176,44	100%

INFORMAÇÕES DE RISCOS

INFORMAÇÕES DE INFORMAÇÕES

Índice de risco:	Risco de consumo:	Consumo (kWh):	%	VALOR (R\$):	VALOR (R\$):	Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
NET 19 - 201						Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
AGO 19 - 214	ICMS	176,44	25,00	14,31	0,36	Transmissão:	15	2,11	3,45%
AA 19 - 177	PIS	176,44	0,01	1,42	0,00	Impostos (Cotação):	15	27,02	20,95%
ABR 19 - 223	COFINS	176,44	0,12	1,36	0,00	Perda de Energia:	15	11,98	8,91%
MAR 19 - 286						Reserva de Energia:	15	4,99	4,02%
ABR 19 - 281						Total:	15	176,44	100%

INFORMAÇÕES DE RISCOS

INFORMAÇÕES DE INFORMAÇÕES

Índice de risco:	Risco de consumo:	Consumo (kWh):	%	VALOR (R\$):	VALOR (R\$):	Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
NET 19 - 201						Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
AGO 19 - 214	ICMS	176,44	25,00	14,31	0,36	Transmissão:	15	2,11	3,45%
AA 19 - 177	PIS	176,44	0,01	1,42	0,00	Impostos (Cotação):	15	27,02	20,95%
ABR 19 - 223	COFINS	176,44	0,12	1,36	0,00	Perda de Energia:	15	11,98	8,91%
MAR 19 - 286						Reserva de Energia:	15	4,99	4,02%
ABR 19 - 281						Total:	15	176,44	100%

INFORMAÇÕES DE RISCOS

INFORMAÇÕES DE INFORMAÇÕES

Índice de risco:	Risco de consumo:	Consumo (kWh):	%	VALOR (R\$):	VALOR (R\$):	Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
NET 19 - 201						Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
AGO 19 - 214	ICMS	176,44	25,00	14,31	0,36	Transmissão:	15	2,11	3,45%
AA 19 - 177	PIS	176,44	0,01	1,42	0,00	Impostos (Cotação):	15	27,02	20,95%
ABR 19 - 223	COFINS	176,44	0,12	1,36	0,00	Perda de Energia:	15	11,98	8,91%
MAR 19 - 286						Reserva de Energia:	15	4,99	4,02%
ABR 19 - 281						Total:	15	176,44	100%

INFORMAÇÕES DE RISCOS

INFORMAÇÕES DE INFORMAÇÕES

Índice de risco:	Risco de consumo:	Consumo (kWh):	%	VALOR (R\$):	VALOR (R\$):	Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
NET 19 - 201						Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
AGO 19 - 214	ICMS	176,44	25,00	14,31	0,36	Transmissão:	15	2,11	3,45%
AA 19 - 177	PIS	176,44	0,01	1,42	0,00	Impostos (Cotação):	15	27,02	20,95%
ABR 19 - 223	COFINS	176,44	0,12	1,36	0,00	Perda de Energia:	15	11,98	8,91%
MAR 19 - 286						Reserva de Energia:	15	4,99	4,02%
ABR 19 - 281						Total:	15	176,44	100%

INFORMAÇÕES DE RISCOS

INFORMAÇÕES DE INFORMAÇÕES

Índice de risco:	Risco de consumo:	Consumo (kWh):	%	VALOR (R\$):	VALOR (R\$):	Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
NET 19 - 201						Consumo de Energia:	15	10,37	34,52%
AGO 19 - 214	ICMS	176,44	25,00	14,31	0,36	Transmissão:	15	2,11	3,45%
AA 19 - 177	PIS	176,44	0,01	1,42	0,00	Impostos (Cotação):	15	27,02	20,95%
ABR 19 - 223	COFINS	176,44	0,12	1,36	0,00	Perda de Energia:	15	11,98	8,91%
MAR 19 - 286						Reserva de Energia:	15	4,99	4,02%
ABR 19 - 281									

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 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Renato César M. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 039.232.004 / 55, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edson Cândido da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.004.584 / 77, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Edson Cândido da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.004.584 / 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	Número	Complemento	
<u>Av Bernardo Júlio de Melo</u>	<u>1551</u>	<u>Ala 01 / Térreo</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Pedra de</u>	<u>Jaboatão dos Guararapes</u>	<u>PE</u>	<u>51410 - 010</u>
Email	Telefone comercial DDD	Telefone celular (DDD)	
<u>renato.m.almeida@outlook.com</u>	<u>—</u>	<u>(81) 99543-4554</u>	

Recife, 18 de dezembro de 2019
Local e Data

Renato César M. Cavalcanti

Assinatura do Declarante



PREFEITURA DE
GAMELEIRA

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO



SUS
SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE

PACIENTE: EOSORO CRUZADO DA SILVA

PAI:

MãE: JOSSEFA PETRONIA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 01/07/1980 SEXO: M

ENDEREÇO: Av. PEDRO FRANCISCO BONFIM, 370, V. CONCEIÇÃO

SIS

HORA

18:05

DATA	PA	PULSO	PESO	TEMP.	ALTURA	PC	PT	GLIC.
<u>19/12/88</u>								

ANAMINESE: Vítima de Acidente de
moto, c/ Polirreuma apresenta
múltiplos escoriações em tronco
e face e apresenta lesões púrpura-
carbonado em superfícies e regiões. Pore-
doal é (E) nego sincope e vomitos

CONDUTA/TERAPIA: ECG = TS

(1) Autoprofumo, TAP, FRC

HD: _____ ASS. PROF.: _____

DATA	PA	PULSO	PESO	TEMP.	ALTURA	PC	PT	GLIC.

ANAMINESE: HD: (1) trauma

c transfurênc HRP

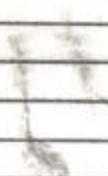
DR. ADRIANO B.
MÉDICO
CHAMPE 21092

CONDUTA/TERAPIA: _____

HD: _____ ASS. PROF.: _____

DATA	PA	PULSO	PESO	TEMP.	ALTURA	PC	PT	GLIC.

ANAMINESE: _____



CONDUTA/TERAPIA: _____

HD: _____ ASS. PROF.: _____

Data do Atendimento: 19/12/2018
 No. Atendimento: 811031
 Prioridade: SEM CLASSIFICAÇÃO

Hora: 20:19:13
Urgência / Emergência
 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRONTUÁRIO: 214554
 Colaborador: ANASTACIAMS
 CNS: 700908917777592

Nome: EDSON CANDIDO DA SILVA

Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 10/04/1960 Idade: 38 Anos, 8 Meses e 9 Dias G.I.

País ou responsáveis: JOSEFA PETRÔNILA DA SILVA / ARGEMIRO CANDIDO DA SILVA

Endereço: ENGENHO MATÓ GROSSO - ZONA RURAL / - 55570000

Cidade: RIO FORMOSO Tel.: 8195727862

Hora do Atendimento: / / Hs

Queixa Principal:

Quedo de moto com
 fratura do 5º QDE

Exame Físico:

A: Geral via aérea está pélvia? SIM NÃO O paciente fala? SIM NÃO Temperatura: _____

B: Respiratório:

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isoconicas Anisoconicas
 Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora: Escore: Hora: Escore: Hora:
 E: Abdômen:

Diagnóstico (pcial):

Fratura do 5º QDE

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

Tolo metálico
 Descomprimis + enx. I.M.

Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:

Alergia:

Observação:

Evolução de Enfermagem



* Destino do paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Melhorada () Alta a Pedido
 () Transferência para outra unidade () Óbito () Outro _____
 Condição do Paciente () Maltratado () Inalterado () Piorado

Data do Atendimento: 19/12/2018 Hora: 20:18:14 PRONTUÁRIO: 214554
 No. Atendimento: 811030 Colaborador: ANASTACIAMS
 Prioridade: AMARELO - URGENCIA CNS: 700908817777992

Nome: EDSON CANDIDO DA SILVA Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 10/04/1980 Idade: 38 Anos, 8 Meses e 9 Dias C.I.:

País ou responsável: JOSEFA PETRONILA DA SILVA / ARGEMIRO CANDIDO DA SILVA

Endereço: ENGENHO MATO GROSSO, - ZONA RURAL/ - 55570000

Cidade: RIO FORMOSO Tel.: 8199727862 Hora do Atendimento: / / Hs

Queixa Principal:

Acidente de moto. cf escoriações
e corte na cabeça

Exame Físico:

A: Geral via aerea esta pélvia? SIM NÃO O paciente fala? SIM NÃO Temperatura: _____

B: Respiratório:

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico: Deficiência motora:

Glasgow: Abertura Ocular

MSD MSE MID MIE Pupilas: Iisoconicas Anisoconicas

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

Sutura.

Tratamento operatório.

Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:

PACIENTE APRESENTANDO ESCORIACÕES + CORTE EM FACE + DOR EM MÃO ESQUERDA + DESMAIO

Alergia:

Observação:

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA: HAS E DM-

Evolução de Enfermagem



- * Destino do paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Melhorada () Alta à Pedido
 () Transferência para outra unidade () Óbito () Outro _____
 * Condício do Paciente () Madrastado () Inalterado () Piorado

SECRETARIA DE SAÚDE - PROGRAMA DE SAÚDE FAMÍLIA
ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

Unidade de Origem

Paciente *Eduardo Cândido da Nóbrega*

Registro

Dados Clínicos

Houve relato sobre uma sensibilidade menor como houve mais
menos recente da com MSA.

Exames Complementares / Resultados

Hipótese Diagnóstica

Conduta Adotada

Justificativa do Encaminhamento

Encaminhado para:

Dr. Pedro Barnes Oliveira
Data

Nome

CRM

Unidade Especialista

A ortopedia

Exame Clínico

Exames Complementares

Parácer do Especialista

Imparcial parceria
o dia

02-04-19

as 08:00hs

VBS encerrado

Alexandre

Tratamento Proposto

Local da Unidade de Origem

da Unidade de Referência

Outros Serviços



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE(SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Edson Cândido

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700190891177171998

6 - DATA DE NASCIMENTO

10/04/80

7 - SEXO

Masculino

8 - RAÇA/GÉN

Pern.

9 - NOME DA MÃE

Josefa Petronila da Silveira

10 - FONE DE CONTATO -
Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - FONE DE CONTATO -
Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº BARRA)

Engenho Maté Góes

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Fortin

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

PC

16 - UF

17 - GEF

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0207030864

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

RNM do crânio cl contraste

20 - QTDE

01-1

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Gafeira

37 - CD 10 PRINCIPAL

R53

38 - CD 10 SECUNDÁRIO

39 - CID CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

Pt com crises algícos recorrentes de Gafeira que necessitam de investigação clínica complementar

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dra. Valter Barbosa de Souza

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/03/19

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

*Dra. Luis Valter Souza
Médico
- 23.852*

() CNS

CPF

08438161541-031

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD ÓRGÃO EMISOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (RAZO)

() CNS

CPF

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO (RAZO)

() CNS

CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

52 - PERÍODO DE VALIDADE DA RAZO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

53 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

54 - CNES



RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: Armando Monteiro
Nome: Edson Cândido da Silva Registro N° _____

O paciente encontra-se em tratamento fisioterapêutico devido a um acidente motociclistico, onde o mesmo fracturou o dedo mínimo, a primeira articulação ainda. Tem uma pequena limitação, porém tem uma recuperação muito boa.

Thais Marieli C. do Nascimento
Fisioterapeuta
CREFI TO 251868 - F

Data 11/04/2019

Profissional / Carimbo



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PERNAMBUCO DR. SÁVIO FERNANDES MAGALHÃES



RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Reg. N°

Clinica:

Enfer.:
Edison Carvalho

Astrofene p/p

metrop

(10 fests)

R\$ 10,00
conteh dadd
500€

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Data: 13/03/19

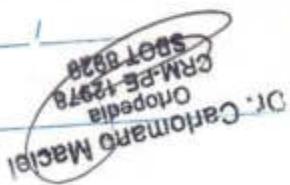


FOTO FOTOGRÁFICA 01/03/2019



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALmares/DR. SILVIO FERNANDES BAGNHAES
RECEITUÁRIO



Unidade:

Nome:

Reg. N°

Clinica:

Enfer.:
Wando Mestrino

Sedou para os dentes
para que o Dr. Edson
Candido da Silva expunha
fratura em maxiloplastia
apresentando no momento
lumbar com fratura para
excluir alterações fíbris
laboratoriais sempre anamnese.

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Data: 02/01/2019 C.D. 562

Dr. Cadomano Macie
Ortopédia
CRM-PE 12978
SBOT 8929

EXPRESSO GRÁFICA (81) 3262-2100



SUS

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PRIMÁRIA DR. JOSÉ FERREIRA MAGALHÃES

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Reg. N°

Clínica:

Enfer.:

LAVAO REGISTRO

Declaro para os devidos
fins que o M. Edson
Candido da Silveira Afrena
transita no 5º gabinete
especial, no momento
encontra-se em reabilitação
pneumop com ferida aberta
faringeia do 5º GDE.

CD: 1502

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Data: 10/04/19

Eng. Quilombo dos Palmares RR 101, Km 185

Dr. Carliomano Maciel
ORTOPEDISTA - PE
www.drmaciel.com.br
CRM PE 12978
SBOT R929

USINA BOM JESUS

FICHA DE CONSULTA

NOME: Adriam Lígia de Souza sexo: M
Data do Nascimento: _____ Estado Civil: _____ RG: _____
Endereço: _____
Responsável: O ontem Criança: _____
Seção: Mot. canavieiro Função: Hortelã

19/10/18 - pt. da 15 dias - S626

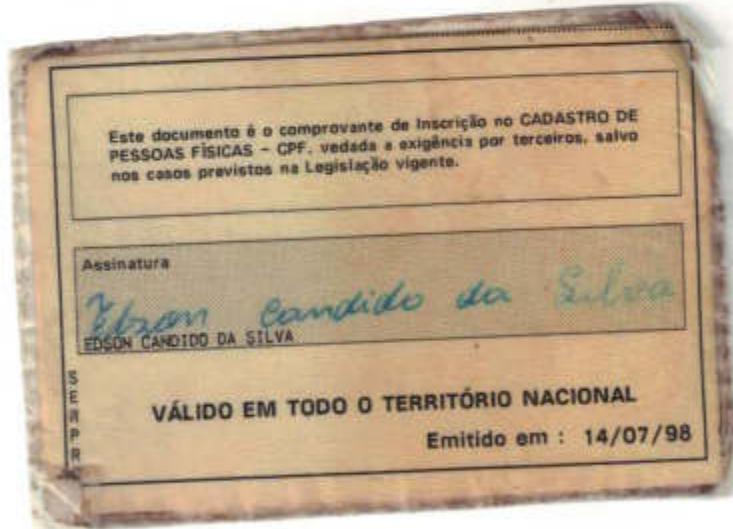
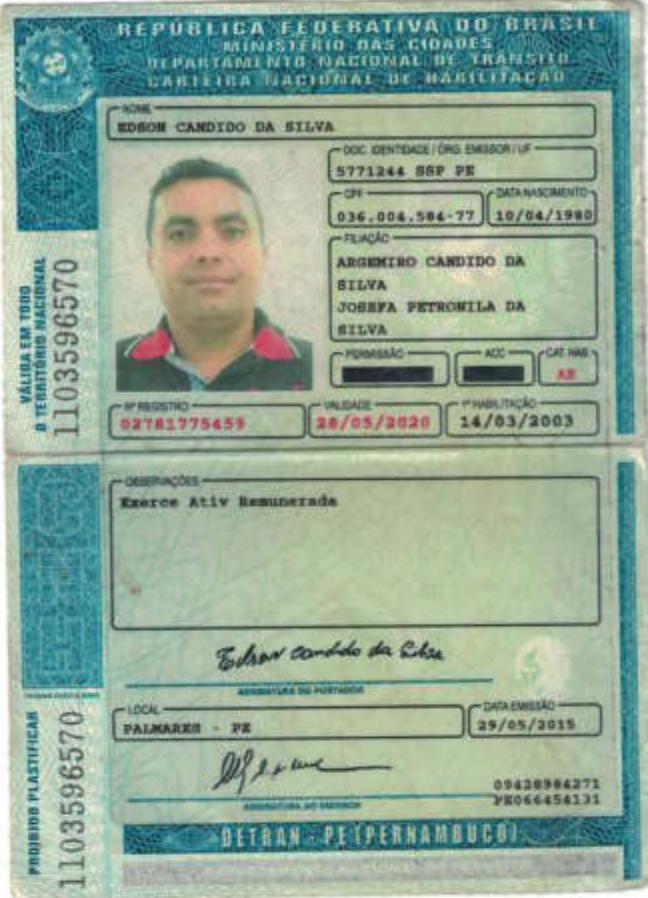
26/10/2018

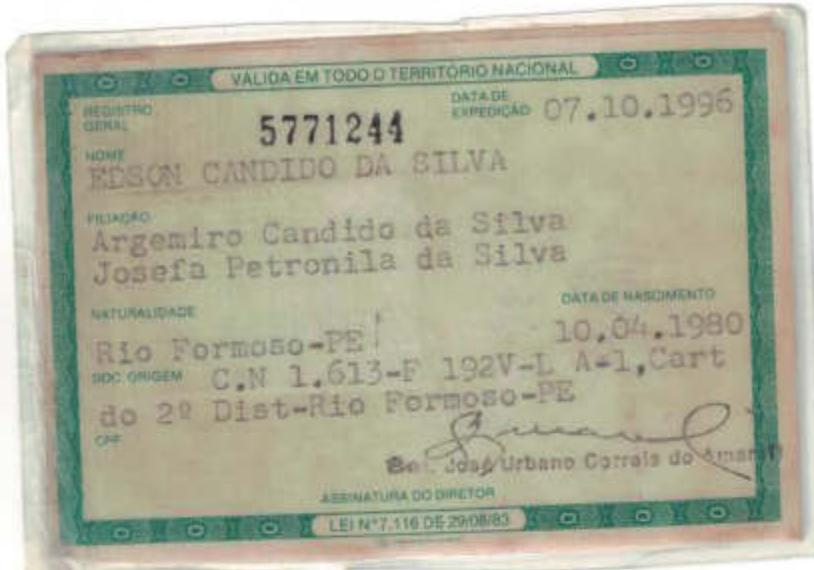
Acidente de trânsito
Foi atropelado por
autocarro da BA 601
No intuito de jantar
17.50 h dia 19.10.2018
Quente esquentar no
forno forno no huis
No reforçar tempo de fato
no huis.

Foi tratado no amb
ambulância 120
8 dia - dia 15/10/2018

S62.6









RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468616/19

Vítima: EDSON CANDIDO DA SILVA

CPF: 036.004.584-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/12/2018

Titular do CPF: EDSON CANDIDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

EDSON CANDIDO DA SILVA : 036.004.584-77

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: 26/12/2019
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos



Número: **0006177-79.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDSON CANDIDO DA SILVA (AUTOR)	RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI (ADVOGADO)
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A (RÉU)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (RÉU)	WILSON SALES BELCHIOR (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48362 009	26/07/2019 12:02	<u>Certidão Trânsito em Julgado</u>	Certidão Trânsito em Julgado



PODER JUDICIÁRIO

ESTADO DE PERNAMBUCO

TRIBUNAL DE JUSTIÇA

DIRETORIA CÍVEL - 6ª Câmara Cível - Recife

Rua Moacir Baracho, Edf. Paula Baptista, s/nº, 1º andar, Bairro de Santo Antônio, Recife, PE. CEP. 50010-930.

Processo nº 0006177-79.2019.8.17.2001

APELANTE: EDSON CANDIDO DA SILVA

APELADO: TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A, SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

CERTIDÃO

Certifico o trânsito em julgado do(a) decisão/acórdão de ID Nº 7006341 em 23/07/2019. O certificado é verdade e dou fé.

RECIFE, 26 de julho de 2019

Diretoria Cível do 2º Grau



Assinado eletronicamente por: MANUELA FEITOSA DE LIMA NASCIMENTO COSTA - 26/07/2019 12:02:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072612023100000000047620166>
Número do documento: 19072612023100000000047620166

Num. 48362009 - Pág. 1

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: EDSON CÂNDIDO DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 5477-1244 SSP PE
CPF: 036.004.584-77
Profissão: DESEMPREGADO
Endereço: EST MATO GROSSO NE 960, COCAU RURAL, RIO FORMOSA PE
CEP: 55570-000
Telefone: (81) 99813-4554

OUTORGADO:

Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 6162609 SSP PE
CPF: 039-232-001-55
Profissão: ADVOGADO
Endereço: AV SERNARDO CÉSAR DE MELO 557, Sítio L. FERREIRA, PIEDADE PE
CEP: 55470-010
Telefone: (81) 99543-4554

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima:

Ribeirão - PE 18 de Novembro de 2019.

Local e data



Edson Cândido da Silva

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



Rua João Pessoa, 107 - Centro - CEP: 55520-000 - Ribeirão - PE
Fone: (81) 3671-1418 - Email: cartoriooficiounico@hotmail.com
Av. Eduardo José Lucas de Oliveira - Térreo - o Ofício de Registro Público

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de
(1)EDSON CÂNDIDO DA SILVA Ribeirão
18/11/2019 12:06h Ao Cartório R\$3,59 -
TSNR R\$0,80 - FERC R\$0,40 - FERM R\$0,04
- FUNSEG R\$0,08 - Total R\$4,91 Selos(s):
0073791 RQJ10201901 00965 Cristina Maria de
Sousa Silva Escrivente Autorizada
OPSS/pe

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468616/19

Vítima: EDSON CANDIDO DA SILVA

CPF: 036.004.584-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/12/2018

Titular do CPF: EDSON CANDIDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

EDSON CANDIDO DA SILVA : 036.004.584-77

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: 26/12/2019
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

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, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004322

Vítima: EDSON CANDIDO DA SILVA

Data do Acidente: 19/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDSON CANDIDO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004322

Vítima: EDSON CANDIDO DA SILVA

Data do Acidente: 19/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EDSON CANDIDO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Vítima só (não) teve(s) de cobertura DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do cliente ou ABL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
036.004.584-77 Edm Cândido da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 465/2012

Nome completo: Edm Cândido da Silva		CPF: 036.004.584-77
Profissão: Desempregado	Endereço: Eg. Mato Grosso	Número: 910
Estado: Ceará Rural	Cidade: Rio Formoso	CEP: 55570-000
E-mail: renato.malhures@outlook.com		Tel. fixo: (81) 99543-4554

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL

<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 a R\$ 2.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 a R\$ 4.500,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM AÇÃO	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 a R\$ 2.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 2.001,00 a R\$ 3.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA	Nome do banco:	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE	Nome do banco:
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2541	CONTA: 10.638	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Inserir o dígito de verific.)			

Autorizo o Seguro DPVAT Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da morte e/ou invalidez permanente do Seguro DPVAT, a que me tiver direito, recorrendo a todos os meios que a mesma possa disponibilizar, salvo se o beneficiário não tiver saldo suficiente para cobrir o valor total.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (INI) para o fim de requerimento de indenização da morte, devido ao invalidismo permanente, uma vez que **assino abaixo uma das opções**:

- Não há INI que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou
- O INI que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O INI que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima mencionado, solicito o preenchimento da anotação de meu laudo de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, informando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Leis 8.299/04 art. 34 §2º, declarando que essa autorização não significa privar concorrentemente com a futura ação judicial da vítima ou de seu cônjuge.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data da óbito da vítima:

Grado Parentesco com a vítima: Vítima deixou comparsos/crias: Sim Não Se a vítima deixou comparsos/crias, informar o nome completo:

Último local fílico*: Sim Não Se tem filhos, informar quantos vivos Falecidos Vítima deixou herdeiros? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora - em seguida, caso devidamente autorizada a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e puderem, não corrigir, exceto de forma simbólica, de que aquele beneficiário sua declaração não verídica poderá gerar a condenação de restituição do valor recebido, além da responsabilidade civil por infração ao artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Reife, 18/12/2019	TESTEMUNHAS:
Name: _____	1º Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
	Aassinatura
	2º Nome: _____
	CPF: _____
	Aassinatura

(*) Assinatura de quem assina o RG

Edm Cândido da Silva

(Assinatura da vítima/beneficiário declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiária só deve assinar ou fazer assinar a declaração, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (dois) testemunhas legais e capazes, comprovará ter dirigido a declaração ao final da assinatura, antes do preenchimento e assinatura. NECESSARIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA GAMELEIRA
76ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 076ª CIRCUNSCRIÇÃO - GAMELEIRA -
DP76ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0166000043

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/01/2019 às
14:34

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 19/12/2018 no período da Tarde

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GAMELEIRA, 1, BR 101,
GAMELEIRA, PE (ENTRADA DE GAMELEIRA, ENTRE BR-101 E PE-076) -
Bairro: CENTRO - GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do fato: RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTRO (ao TITULAR VAGENTE)
EDSON CANDIDO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
OUTRO
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
EDSON CANDIDO DA SILVA

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

EDSON CANDIDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **JOSEFA BETRONILA DA SILVA** Pai: **ARGEMIRO CANDIDO DA SILVA** Data de Nascimento: **16/4/1980**
Naturalidade: **RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6771244/SSP/PE (RG), 83609458477 (CPF)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO**
Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares:
81899727862

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE RIO FORMOSO, 1, ENGENHO MATO GROSSO, USINA CUCAU, RIO FORMOSO/PE - CEP: 55800-000 - Bairro: CENTRO - RIO FORMOSO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA HONDA CG 150 KIU-8381 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDSON CANDIDO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDSON CANDIDO DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
COR: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **KIU8381** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **905231434** Chassi: **9G2MC08197R005491**
 Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007**
 Descrição: **MOTOCICLETA HONDA CG 150 KIU-8381**

FIAT STRADA VERMELHO ERF-8715 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **OUTRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **OUTRO**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/STRADA** Objeto apreendido: **Não**
COR: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **ERF8715** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
 Marcação: **FIAT STRADA VERMELHO ERF-8715**

Complemento / Observação

AVERTIDA SOBRE AS PENAS COMINADAS NOS ARTS. 239 E 348 DO CPP, SOBRE FAISAS DECLARAÇÕES, COM O FIM DE CRIAR OBRIGAÇÃO OU ALTERAR A VERDADE SOBRE FATO JURIDICAMENTE RELEVANTE, E OMISSÃO DE INFORMAÇÕES RELEVANTES EM DOCUMENTOS PÚBLICOS, COMPARECEU A ESTA DP A PESSOA DE **EDSON CANDIDO**, JÁ DEVIDAMENTE QUALIFICADA COMO VÍTIMA, O QUAL ALEGOU QUE NA TARDE DO DIA 19/12/2018 QUANDO TRANSITAVA COM SUA MOTOCICLETA NA BR-101 SENTIDO USINA CUCAU, QUANDO DE REPENTE O VEÍCULO FIAT STRADA PLACA ERF-8715 LHE ATINGIU NA TRASEIRA DA MOTO QUANDO EFETUAVA UMA ULTRAPASSAGEM, VINDO O MESMO A CAIR NA RODOVIA, E EM CONSEQUÊNCIA SOFRER UMA FRATURA EM UM DEDO DA MÃO ESQUERDA, ESCORIAÇÕES, CORTES NA FACE E DESMAIO, CONFORME CONSTA EM LAUDO MÉDICO EM ANEXO. INFORMA QUE NÃO TEM CONTATO NEM SABE QUEM FOI O CONDUTOR DO VEÍCULO FIAT STRADA, E QUE APENAS TEM A PLACA DO VEÍCULO. PELOS FATOS AQUI EXPOSTOS, PEDE AS PROVIDÊNCIAS POLICIAIS CABÍVEIS. NADA MAIS A AGRESCENTAR, NO MOMENTO, ENGERRO O REGISTRO DESTE BOE QUE, DEPOIS DE LIDO E ACHADO CONFORME, VAI DEVIDAMENTE ASSINADO PELO ENVOLVIDO PRESENTE AO PLANTÃO.

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

Edson Cândido da Silva
EDSON CANDIDO DA SILVA
 (VÍTIMA)

B.O. registrado por: **DIEGO JOSUE FERREIRA GALVÃO** - Matrícula: **3873256**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Descrição do tipo de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do documento:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

036.004.584-77 Edson Cândido da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (ART. 15, § 1º, INCISO X, DO CÓDIGO FISCAL - CIRCULAR SUSEP N° 46/2012)

Nome completo:

Edson Cândido da Silva

CPF:

036.004.584-77

Endereço:

Desempregado
Av. Presidente
Eduardo Gómez
Cacau Rural
Rio Formoso
renato.malheiros@outlook.com

Número:

910

Complemento:

CEP:

55570-000

Tel. (81) 99543-4554

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

RENDA MENSAL:

 NENHUM INFORMAR
 SEM RENDA ATÉ R\$ 500,00
 R\$ 501,00 ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00
 R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ACIMA DE R\$ 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA:

- CONTA POUPANÇA (informar se é conta corrente ou poupança)
- Bradesco (237)
 - Paul (343)
 - Banco do Brasil (301)
 - Caixa Econômica Federal (304)

- CONTA CORRENTE (informar se é conta corrente)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2541

0

CONTA: 10.638

0

AGÊNCIA: _____

0

CONTA: _____

0

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo à Seguradora Lider a efetuar na conta bancária informada, no nome da(s) pessoa(s) que atende(s) ao critério de cobertura do Seguro DPVAT, o pagamento da indenização correspondente a beneficiário(a), devendo a(s) beneficiária(s) e beneficiário(a) confirmar a liberação da verba referente.

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 Legal (IML) para o fim da verificação de indenização, devido ao fato de não possuir comprovação documental que justifique uma das opções:

- Não há IML que atenda a regras do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende à regras do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pela informação anterior, solicito a prorrogação do prazo de validade do meu Laudo de Indemnização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, mencionando, desse jeito, em me submeter à avaliação médica as cútulas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação dos lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito conforme Lei 5.296/74 art. 34 § 2º, constando que essa autorização não significa prova de concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso ocorra o seu conhecimento.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (M) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data da morte da vítima:Circunstância morte vítima: Vítima deu voz, comportamento? Sim Não Será vítima de óbito comprovado, informar o nome completo:Último local moradia? Sim Não Se tem filhos, informar quantos: _____ Vítima deu voz, comportamento? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a "legislação" do Seguro DPVAT, com fundo, a indenização do Seguro DPVAT, por morte aquelas beneficiários que se apresentarem e provarem tal condição, estando dentro do prazo de três meses, mencionado na declaração, não irá de forma alguma gerar a configuração de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade civil, por infração ao artigo 259 do Código Penal.

Local e Data:	Recife, 18/12/2019
Nome:	_____
CPF:	_____

1º Assinatura de quem assina A ROSO
Edson Cândido da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS:
1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

* A vítima/beneficiário não pode ter mais de 120 (cento e vinte) dias, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROSO, na presença de 2 (dois) testemunhas (máximo 2 casais), comprometendo-se a dar-lhe cópia do laudo/relatório de constatação, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSARIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVAÇÃO DE RESIDÊNCIA DE TODOS.