



Número: **0019635-32.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado                   |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------|--------------------|
| JOSILENE FERREIRA DA SILVA (AUTOR)                     |                    | RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO) |                    |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)                   |                    |                                                 |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) |                    |                                                 |                    |
| Documentos                                             |                    |                                                 |                    |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                       | Tipo               |
| 64079972                                               | 02/07/2020 15:01   | <a href="#">ANEXO 1</a>                         | Outros (Documento) |



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711760

Vítima: JOSILENE FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 05/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSILENE FERREIRA 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

Carta nº 15299755





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 19 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190711760**

**Vítima: JOSILENE FERREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 05/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSILENE FERREIRA DA SILVA**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSILENE FERREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001295**

Conta: **0000036504-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 325 683 668 26 4 - Nome completo da vítima: JOSILENE FERREIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSILENE FERREIRA DA SILVA 6 - CPF: 325 683 668 26  
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: SILVENTURA 9 - Número: 610 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: PLACAS 12 - Cidade: FRET. MOQUELINHA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55480 000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81 99665 4454

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: ☒ RECUSO 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:   
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 36504 1 AGÊNCIA: CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autenticação 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 (vai nascer)? ☐ 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 Líder 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, FRET. MOQUELINHA 16/10/2019

X JOSILENE FERREIRA DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

006 001 1002/2019





TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 1ª CÂMARA DE CÍVIL - 1ª TURMA  
 PAULO VIANA DE MELLO JUNIOR  
 RELATOR  
 APLAÇÃO CÍVIL Nº 20070215015921900000062897832  
 REQUERENTE: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
 REQUERIDO: DIFELSON GOMES DE SA

ROF nº 20070215015921900000062897832

Processo nº 20070215015921900000062897832  
 1ª CÂMARA DE CÍVIL - 1ª TURMA

APLICAÇÃO CÍVIL Nº 20070215015921900000062897832  
 REQUERENTE: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
 REQUERIDO: DIFELSON GOMES DE SA

REQUERENTE: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
 REQUERIDO: DIFELSON GOMES DE SA  
 REQUERENTE: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
 REQUERIDO: DIFELSON GOMES DE SA

REQUERENTE: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

REQUERENTE: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
 REQUERIDO: DIFELSON GOMES DE SA  
 REQUERENTE: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
 REQUERIDO: DIFELSON GOMES DE SA

REQUERENTE: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

REQUERENTE: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
 REQUERIDO: DIFELSON GOMES DE SA  
 REQUERENTE: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
 REQUERIDO: DIFELSON GOMES DE SA

REQUERENTE: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

REQUERENTE: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
 REQUERIDO: DIFELSON GOMES DE SA  
 REQUERENTE: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
 REQUERIDO: DIFELSON GOMES DE SA  
 REQUERENTE: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
 REQUERIDO: DIFELSON GOMES DE SA  
 REQUERENTE: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
 REQUERIDO: DIFELSON GOMES DE SA

REQUERENTE: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
 REQUERIDO: DIFELSON GOMES DE SA  
 REQUERENTE: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
 REQUERIDO: DIFELSON GOMES DE SA  
 REQUERENTE: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
 REQUERIDO: DIFELSON GOMES DE SA  
 REQUERENTE: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
 REQUERIDO: DIFELSON GOMES DE SA



Processo 00000000000000000000

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215015921900000062897832

De acordo com o que consta nos autos do processo em epígrafe, a parte autora, ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, alega que possui uma dívida com a parte ré, a empresa SÓLIDUS - SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO E REPARAÇÃO DE VEÍCULOS, no valor de R\$ 1.000,00 (um mil reais), e que a mesma não lhe pagou.

Assim, a parte autora requer a condenação da parte ré ao pagamento da dívida, com juros e correção monetária, e a condenação da parte ré ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios.

**Qual é a natureza da obrigação, e a causa de pedir?**

Trata-se de obrigação de pagar quantia certa, decorrente de contrato de prestação de serviços. A parte autora alega que a parte ré lhe prestou serviços de manutenção e reparação de veículos, e que a mesma não lhe pagou o valor devido. A parte ré alega que a parte autora não lhe pagou o valor devido, e que a mesma não lhe prestou serviços de manutenção e reparação de veículos.

A parte autora alega que a parte ré lhe prestou serviços de manutenção e reparação de veículos, e que a mesma não lhe pagou o valor devido. A parte ré alega que a parte autora não lhe pagou o valor devido, e que a mesma não lhe prestou serviços de manutenção e reparação de veículos.

A parte autora alega que a parte ré lhe prestou serviços de manutenção e reparação de veículos, e que a mesma não lhe pagou o valor devido. A parte ré alega que a parte autora não lhe pagou o valor devido, e que a mesma não lhe prestou serviços de manutenção e reparação de veículos.

A parte autora alega que a parte ré lhe prestou serviços de manutenção e reparação de veículos, e que a mesma não lhe pagou o valor devido.

**Objeto da demanda e a causa de pedir**

Trata-se de obrigação de pagar quantia certa, decorrente de contrato de prestação de serviços. A parte autora alega que a parte ré lhe prestou serviços de manutenção e reparação de veículos, e que a mesma não lhe pagou o valor devido. A parte ré alega que a parte autora não lhe pagou o valor devido, e que a mesma não lhe prestou serviços de manutenção e reparação de veículos.

Assim, a parte autora requer a condenação da parte ré ao pagamento da dívida, com juros e correção monetária, e a condenação da parte ré ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios.

*Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior*

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
Data: 02/07/2020 15:01:59  
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
Data: 02/07/2020 15:01:59

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, Data: 02/07/2020 15:01:59  
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, Data: 02/07/2020 15:01:59



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 325 683 668 26 4 - Nome completo da vítima: JOSILENE FERREIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSILENE FERREIRA DA SILVA 6 - CPF: 325 683 668 26  
7 - Profissão: REC. SNF 8 - Endereço: SILVENTURA 9 - Número: 610 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: PLACAS 12 - Cidade: FREDERICOVELINEA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55480 600  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81 99665 4454

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: ☒ RECUSO 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 36504 1 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autenticação 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 (vai nascer)? ☐ 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 Líder 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, FREDERICOVELINEA 16/10/2019

X JOSILENE FERREIRA DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

005 001 1002/2019



# 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: 13/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSILENE FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000036504-1

---

---

Nr. da Autenticação 088E0B513A6C2CD2







## NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. José de Barros, 111 - Boa Vista - Recife - PE - CEP 51030-910  
CNPJ 06.935.550/0001-05 - Insc. Est. 13.059.435-01 - www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

GERENTE: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SILVENTURA 610

CPF: 000.122.156-03 / N.º 12501212055

PLANTAS RERAFELADAS  
FREI MIGUEL INHOPE  
55780-000

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDIMENTO

## CONTA CONTRATO

1931144010

## MÊS-ANO

10/2019

## DATA DE VENCIMENTO

15/10/2019

## DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

08/11/2019

## TOTAL A PAGAR (R\$)

20,76

| Nº DA NOTA FISCAL | SERIE         | EMISSION         |
|-------------------|---------------|------------------|
| 079928592         | UNICA         | 05/10/2019       |
| APRESENTAÇÃO      | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 09/10/2019        | 0001162325    | 1135702          |

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

|                                          | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$)  |
|------------------------------------------|------------|-------------|--------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh                 | 30,000000  | 0,19754001  | 5,92         |
| Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh  | 28,000000  | 0,33972674  | 9,48         |
| Acrescimo Bandeira AMARELA               |            |             | 0,09         |
| Acrescimo Bandeira VERMELHA              |            |             | 0,87         |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal         |            |             | 3,13         |
| Multa por atraso-NF 076143854 - 05/09/19 |            |             | 0,24         |
| Multa por atraso-NF 072321158 - 06/08/19 |            |             | 0,20         |
| Multa por atraso-NF 066475557 - 05/07/19 |            |             | 0,30         |
| Juros por atraso-NF 072321158 - 06/08/19 |            |             | 0,13         |
| Juros por atraso-NF 066475557 - 05/07/19 |            |             | 0,36         |
| Juros por atraso-NF 076143854 - 05/09/19 |            |             | 0,04         |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                   |            |             | <b>20,76</b> |

## 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) |
|---------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|---------------|
| 121,219       | LAT            | 05/09/2019    | 19.135,00        | 05/10/2019 | 19.162,00     | 32         | 1,00000   |        | 58,00         |

## HISTÓRICO DE CONSUMO

INSTAÇÃO kWh

OUT 19 58

SET 19 47

AGO 19 42

JUL 19 61

JUN 19 56

MAI 19 113

ABR 19 69

MAR 19 128

FEV 19 183

JAN 19 125

DEZ 18 123

NOV 18 90

OUT 18 95

## DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS

|        | BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO |
|--------|-----------------|------|------------------|
| ICMS   |                 |      |                  |
| PIS    | 16,36           | 1,29 | 0,21             |
| COFINS | 16,36           | 5,95 | 0,97             |

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

|                      | VALOR            | %           |
|----------------------|------------------|-------------|
| Geração de Energia   | R\$ 7,39         | 45,17%      |
| Transmissão          | R\$ 0,81         | 4,95%       |
| Distribuição (Celpe) | R\$ 4,94         | 30,20%      |
| Perdas de Energia    | R\$ 1,56         | 9,54%       |
| Energias Setoriais   | R\$ 0,48         | 2,63%       |
| Tributos             | R\$ 1,18         | 7,21%       |
| <b>Total</b>         | <b>R\$ 16,36</b> | <b>100%</b> |

## TABELA APLICÁVEL

Consumo Ativo até 30 kWh  
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh

0,19754001  
0,33972674

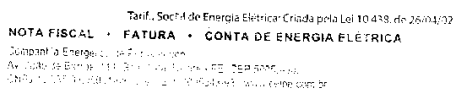
## ASSINADO AO FISCO

054E407D1E1F398704A0E4A07ECA6874

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Esta nota fiscal representa o valor devido pelo consumidor à Companhia Energética de Pernambuco. O valor devido deve ser pago até o dia 15 do mês seguinte ao da emissão desta nota fiscal. O valor devido não pode ser utilizado para pagamento de outras contas. O valor devido não pode ser utilizado para pagamento de outras contas. O valor devido não pode ser utilizado para pagamento de outras contas.





ENDEREÇO DA UNIDADE CC: SUMIDORA:

CONTA CONTRATO 7005749888 MES/ANO 10/2019

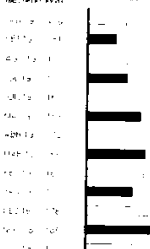
07/11/2019

102 74

|         | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|---------|------------|-------------|-------------|
| 1000 kg | 1000       | 0,44        | 440,00      |
| 1000 kg | 1000       | 0,50        | 500,00      |
| 1000 kg | 1000       | 0,51        | 510,00      |
| 1000 kg | 1000       | 0,64        | 640,00      |
| 1000 kg | 1000       | 0,78        | 780,00      |
| 1000 kg | 1000       | 0,82        | 820,00      |
| 1000 kg | 1000       | 0,85        | 850,00      |
| 1000 kg | 1000       | 0,88        | 880,00      |

$$q_1 = 7.2$$

| Nº DO<br>MEDIDOR | TIPO DA<br>FUNÇÃO | ANTERIOR |         | ATUAL |         | Nº DE<br>DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|------------------|-------------------|----------|---------|-------|---------|---------------|-----------|--------|---------------|
|                  |                   | DATA     | LEITURA | DATA  | LEITURA |               |           |        |               |



#### COMPOSIÇÃO DE

|        | BASE DE<br>CÁLCULO | %     | VALOR DO<br>IMPOSTO | Geração de Evento    | R\$  |
|--------|--------------------|-------|---------------------|----------------------|------|
| ICMS   | 70%                | 25,00 | 22,28               | Tributação           | R\$1 |
| PIS    | 70%                | 1,69  | -                   | Distribuição (Coipe) | R\$1 |
| COFINS | 70%                | 4,38  | -                   | Perdas de Energia    | R\$1 |
|        |                    |       |                     | Energias Setoriais   | R\$1 |
|        |                    |       |                     | Tributos             | R\$1 |
|        |                    |       |                     | Total                | R\$5 |

| Geração de Energia   | 1987 | 29.45 | 37.65% |
|----------------------|------|-------|--------|
| Transmissão          | 12   | 3.7   | 3.47%  |
| Distribuição (Cilpe) | 41   | 12.67 | 21.37% |
| Perdas de Energia    | 63   | 17.7  | 24.13% |
| Energias Setoriais   | 91   | 26.3  | 4.95%  |
| Industria            | 56   | 16.39 | 21.31% |
| Total                | 205  | 93.86 | 100%   |

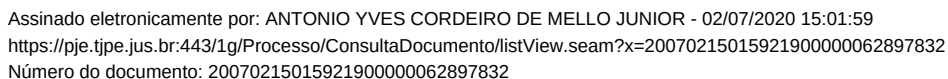
TARIFAS APLICADAS 22543300

## RESERVADO AO FISCO

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
 Para que o cliente não perca de vista as informações importantes, a Rede Nacional de Distribuição da Cerveja Remoula Costa disponibiliza em todo o Brasil, através dos pontos de venda, uma rede de atendimento ao cliente, com o objetivo de esclarecer dúvidas e orientar o consumidor. Para isso, a Rede Nacional de Distribuição da Cerveja Remoula Costa disponibiliza, em todo o Brasil, uma rede de atendimento ao cliente, com o objetivo de esclarecer dúvidas e orientar o consumidor. Para isso, a Rede Nacional de Distribuição da Cerveja Remoula Costa disponibiliza, em todo o Brasil, uma rede de atendimento ao cliente, com o objetivo de esclarecer dúvidas e orientar o consumidor.

nas unidades de atendimento tornam-se: (Resolução ANEP 414/2010), tantas, produzidas aqui prestados e tributos se encontram a disposição para consulta, em nossas unidades de atendimento e nas sites [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)



**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 SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSILENE FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 325.683.668 / 26, do sinistro de DPVAT cobertura INDENIZAC da Vítima JOSILENE FERREIRA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 325.683.668 / 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<br><u>RUA JOAO BATISTA</u> |                          | Número<br><u>370</u>                            | Complemento<br><u>CASA</u>                     |
| Bairro<br><u>CENTRO</u>             | Cidade<br><u>SURUBIM</u> | Estado<br><u>PE</u>                             | CEP<br><u>55450.000</u>                        |
| Email<br>_____                      |                          | Telefone comercial(DDD)<br><u>81-99665-0454</u> | Telefone celular (DDD)<br><u>81-98133-5022</u> |

PRESENTEMENTE 16 de OUTUBRO de 2019.

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLRL.001 V001/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE FREI MIGUELINHO  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

TRABALHANDO O PRESENTE, CONSTRUINDO O FUTURO

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins que **JOSILENE FERREIRA DA SILVA**, D.N. 12/06/1984, portadora de cédula de identidade nº 6727336 SDS/PE, CPF nº 325.683.668-26, residente e domiciliada no Sítio Lagoa Rasa, Frei Miguelinho, foi atendida nesta Unidade, **HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA**, no dia 05 de setembro de 2019, vítima de acidente de motocicleta, sendo encaminhando para o Hospital Regional do Agreste (HRA), prontuário nº 52.037, como consta na ficha de Atendimento Emergencial, que segue em anexo.

Colocamos-nos a disposição para maiores esclarecimentos.

Frei Miguelinho/PE, 19 novembro de 2019.

Secr. Mun. de Saúde - Frei Miguelinho  
Priscila Rafaela L. de A. Andrade  
Diretora Administrativa  
Portaria Nº 200/2017

Priscila Rafaela Leal de Assunção Andrade  
Diretora Administrativa

**HOSPITAL E MATERNIDADE  
JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA**  
Av. Presidente Kennedy, S/N  
Centro - Frei Miguelinho-PE  
CNPJ/MF Nº 13.811.409/0001-30

Av. Presidente Kennedy, S/N | Centro | Frei Miguelinho - PE | Fone/Fax: (81) 3751.1145 | CNPJ: 13.811.409/0001-30





PREFEITURA MUNICIPAL DE FREI MIGUELINHO  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

EDIFÍCIO: MANOEL A. PRESENTE, CONSTRUÇÃO Nº 001/2011

**FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**  
**HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA (HMJAO)**

|                                                                                           |                      |                   |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------|------------|
| Nº do prontuário:                                                                         | Hora do atendimento: | Data:             | Profissão: |
| Nome do PCT:                                                                              |                      |                   |            |
| Data de Nascimento:                                                                       | Idade:               | Sexo: M ( ) F ( ) |            |
| Estado Civil:                                                                             | Nº cartão do SUS:    |                   |            |
| Mãe:                                                                                      |                      |                   |            |
| Pai:                                                                                      |                      |                   |            |
| Endereço:                                                                                 |                      |                   |            |
| Bairro:                                                                                   |                      | Cidade:           |            |
| Enfermeiro (a):                                                                           | Tec. de enfermagem:  | Médico (a):       |            |
| Pressão arterial:                                                                         | Pulso:               | HGT:              | SPO2%:     |
| Temp. axilar:                                                                             | Peso:                | Tipo de agravos:  |            |
| Histórico atual do paciente:                                                              |                      |                   |            |
| EX FÍSICO:                                                                                |                      |                   |            |
| HD:                                                                                       |                      |                   |            |
| Conduta:                                                                                  |                      |                   |            |
| Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:01:59 |                      |                   |            |
| Assinatura: <b>Perreira</b>                                                               |                      |                   |            |
| Nº de identificação: 308.751                                                              |                      |                   |            |
| Assinatura: <b>Carla Maria</b>                                                            |                      |                   |            |

Av. Presidente Kennedy, S/N | Centro | Frei Miguelinho - PE | Fone/Fax: (81) 3751.1145 | CNPJ: 13.811.409/0001-30





**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Josilene Ferreira da Silva** , Esteve Interno (a) Nesta Unidade de Saúde no dia **05/09/2019 a 03/10/2019 com Registro Hospitalar: 344701.**

**OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.**

**Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.**

**Caruaru, 30 de Outubro 2019**

09.794.975/0269  
FUSAM - Hospital Regional do Agreste  
BR 232, Km 130  
Indianópolis - CEP 55000-000  
Caruaru - PE

**setor de Arquivo (same)**



# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSILENE FERREIRA DA SILVA  
 Data Nasc.: 12/06/1984 Idade: 35 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:  
 CPF: RG: CNS:  
 Endereço: SÍTIO LAGOA RASA Nº: 0  
 Bairro: Z RURAL Cidade: VERTENTES Estado: PE  
 CEP: 55770972 Fone: 981648431 Profissão:  
 Nome da Mãe: MARGARIDA MARIA FERREIRA  
 Acompanhante:  
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA  
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

## 2 - ATENDIMENTO

Data: 05/09/2019 22:52

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Trauma de tornozelo direito  
 após queda de moto.

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Tórax: sem alterações  
 Abdome: sem alterações

Diag. Provisório:

Fratura de tornozelo direito  
 com deslocamento.

Prescrição:

Dieta:

| Data       | Horário |
|------------|---------|
| 05/09/2019 | 22:52   |
| 05/09/2019 | 23:00   |
| 05/09/2019 | 23:15   |
| 05/09/2019 | 23:30   |
| 05/09/2019 | 23:45   |
| 05/09/2019 | 00:00   |
| 05/09/2019 | 00:15   |
| 05/09/2019 | 00:30   |
| 05/09/2019 | 00:45   |
| 05/09/2019 | 01:00   |
| 05/09/2019 | 01:15   |
| 05/09/2019 | 01:30   |
| 05/09/2019 | 01:45   |
| 05/09/2019 | 02:00   |
| 05/09/2019 | 02:15   |
| 05/09/2019 | 02:30   |
| 05/09/2019 | 02:45   |
| 05/09/2019 | 03:00   |
| 05/09/2019 | 03:15   |
| 05/09/2019 | 03:30   |
| 05/09/2019 | 03:45   |
| 05/09/2019 | 04:00   |
| 05/09/2019 | 04:15   |
| 05/09/2019 | 04:30   |
| 05/09/2019 | 04:45   |
| 05/09/2019 | 05:00   |
| 05/09/2019 | 05:15   |
| 05/09/2019 | 05:30   |
| 05/09/2019 | 05:45   |
| 05/09/2019 | 06:00   |
| 05/09/2019 | 06:15   |
| 05/09/2019 | 06:30   |
| 05/09/2019 | 06:45   |
| 05/09/2019 | 07:00   |
| 05/09/2019 | 07:15   |
| 05/09/2019 | 07:30   |
| 05/09/2019 | 07:45   |
| 05/09/2019 | 08:00   |
| 05/09/2019 | 08:15   |
| 05/09/2019 | 08:30   |
| 05/09/2019 | 08:45   |
| 05/09/2019 | 09:00   |
| 05/09/2019 | 09:15   |
| 05/09/2019 | 09:30   |
| 05/09/2019 | 09:45   |
| 05/09/2019 | 10:00   |
| 05/09/2019 | 10:15   |
| 05/09/2019 | 10:30   |
| 05/09/2019 | 10:45   |
| 05/09/2019 | 11:00   |
| 05/09/2019 | 11:15   |
| 05/09/2019 | 11:30   |
| 05/09/2019 | 11:45   |
| 05/09/2019 | 12:00   |
| 05/09/2019 | 12:15   |
| 05/09/2019 | 12:30   |
| 05/09/2019 | 12:45   |
| 05/09/2019 | 13:00   |
| 05/09/2019 | 13:15   |
| 05/09/2019 | 13:30   |
| 05/09/2019 | 13:45   |
| 05/09/2019 | 14:00   |
| 05/09/2019 | 14:15   |
| 05/09/2019 | 14:30   |
| 05/09/2019 | 14:45   |
| 05/09/2019 | 15:00   |
| 05/09/2019 | 15:15   |
| 05/09/2019 | 15:30   |
| 05/09/2019 | 15:45   |
| 05/09/2019 | 16:00   |
| 05/09/2019 | 16:15   |
| 05/09/2019 | 16:30   |
| 05/09/2019 | 16:45   |
| 05/09/2019 | 17:00   |
| 05/09/2019 | 17:15   |
| 05/09/2019 | 17:30   |
| 05/09/2019 | 17:45   |
| 05/09/2019 | 18:00   |
| 05/09/2019 | 18:15   |
| 05/09/2019 | 18:30   |
| 05/09/2019 | 18:45   |
| 05/09/2019 | 19:00   |
| 05/09/2019 | 19:15   |
| 05/09/2019 | 19:30   |
| 05/09/2019 | 19:45   |
| 05/09/2019 | 20:00   |
| 05/09/2019 | 20:15   |
| 05/09/2019 | 20:30   |
| 05/09/2019 | 20:45   |
| 05/09/2019 | 21:00   |
| 05/09/2019 | 21:15   |
| 05/09/2019 | 21:30   |
| 05/09/2019 | 21:45   |
| 05/09/2019 | 22:00   |
| 05/09/2019 | 22:15   |
| 05/09/2019 | 22:30   |
| 05/09/2019 | 22:45   |
| 05/09/2019 | 23:00   |
| 05/09/2019 | 23:15   |
| 05/09/2019 | 23:30   |
| 05/09/2019 | 23:45   |
| 05/09/2019 | 00:00   |
| 05/09/2019 | 00:15   |
| 05/09/2019 | 00:30   |
| 05/09/2019 | 00:45   |
| 05/09/2019 | 01:00   |
| 05/09/2019 | 01:15   |
| 05/09/2019 | 01:30   |
| 05/09/2019 | 01:45   |
| 05/09/2019 | 02:00   |
| 05/09/2019 | 02:15   |
| 05/09/2019 | 02:30   |
| 05/09/2019 | 02:45   |
| 05/09/2019 | 03:00   |
| 05/09/2019 | 03:15   |
| 05/09/2019 | 03:30   |
| 05/09/2019 | 03:45   |
| 05/09/2019 | 04:00   |
| 05/09/2019 | 04:15   |
| 05/09/2019 | 04:30   |
| 05/09/2019 | 04:45   |
| 05/09/2019 | 05:00   |
| 05/09/2019 | 05:15   |
| 05/09/2019 | 05:30   |
| 05/09/2019 | 05:45   |
| 05/09/2019 | 06:00   |
| 05/09/2019 | 06:15   |
| 05/09/2019 | 06:30   |
| 05/09/2019 | 06:45   |
| 05/09/2019 | 07:00   |
| 05/09/2019 | 07:15   |
| 05/09/2019 | 07:30   |
| 05/09/2019 | 07:45   |
| 05/09/2019 | 08:00   |
| 05/09/2019 | 08:15   |
| 05/09/2019 | 08:30   |
| 05/09/2019 | 08:45   |
| 05/09/2019 | 09:00   |
| 05/09/2019 | 09:15   |
| 05/09/2019 | 09:30   |
| 05/09/2019 | 09:45   |
| 05/09/2019 | 10:00   |
| 05/09/2019 | 10:15   |
| 05/09/2019 | 10:30   |
| 05/09/2019 | 10:45   |
| 05/09/2019 | 11:00   |
| 05/09/2019 | 11:15   |
| 05/09/2019 | 11:30   |
| 05/09/2019 | 11:45   |
| 05/09/2019 | 12:00   |
| 05/09/2019 | 12:15   |
| 05/09/2019 | 12:30   |
| 05/09/2019 | 12:45   |
| 05/09/2019 | 13:00   |
| 05/09/2019 | 13:15   |
| 05/09/2019 | 13:30   |
| 05/09/2019 | 13:45   |
| 05/09/2019 | 14:00   |
| 05/09/2019 | 14:15   |
| 05/09/2019 | 14:30   |
| 05/09/2019 | 14:45   |
| 05/09/2019 | 15:00   |
| 05/09/2019 | 15:15   |
| 05/09/2019 | 15:30   |
| 05/09/2019 | 15:45   |
| 05/09/2019 | 16:00   |
| 05/09/2019 | 16:15   |
| 05/09/2019 | 16:30   |
| 05/09/2019 | 16:45   |
| 05/09/2019 | 17:00   |
| 05/09/2019 | 17:15   |
| 05/09/2019 | 17:30   |
| 05/09/2019 | 17:45   |
| 05/09/2019 | 18:00   |
| 05/09/2019 | 18:15   |
| 05/09/2019 | 18:30   |
| 05/09/2019 | 18:45   |
| 05/09/2019 | 19:00   |
| 05/09/2019 | 19:15   |
| 05/09/2019 | 19:30   |
| 05/09/2019 | 19:45   |
| 05/09/2019 | 20:00   |
| 05/09/2019 | 20:15   |
| 05/09/2019 | 20:30   |
| 05/09/2019 | 20:45   |
| 05/09/2019 | 21:00   |
| 05/09/2019 | 21:15   |
| 05/09/2019 | 21:30   |
| 05/09/2019 | 21:45   |
| 05/09/2019 | 22:00   |
| 05/09/2019 | 22:15   |
| 05/09/2019 | 22:30   |
| 05/09/2019 | 22:45   |
| 05/09/2019 | 23:00   |
| 05/09/2019 | 23:15   |
| 05/09/2019 | 23:30   |
| 05/09/2019 | 23:45   |
| 05/09/2019 | 00:00   |
| 05/09/2019 | 00:15   |
| 05/09/2019 | 00:30   |
| 05/09/2019 | 00:45   |
| 05/09/2019 | 01:00   |
| 05/09/2019 | 01:15   |
| 05/09/2019 | 01:30   |
| 05/09/2019 | 01:45   |
| 05/09/2019 | 02:00   |
| 05/09/2019 | 02:15   |
| 05/09/2019 | 02:30   |
| 05/09/2019 | 02:45   |
| 05/09/2019 | 03:00   |
| 05/09/2019 | 03:15   |
| 05/09/2019 | 03:30   |
| 05/09/2019 | 03:45   |
| 05/09/2019 | 04:00   |
| 05/09/2019 | 04:15   |
| 05/09/2019 | 04:30   |
| 05/09/2019 | 04:45   |
| 05/09/2019 | 05:00   |
| 05/09/2019 | 05:15   |
| 05/09/2019 | 05:30   |
| 05/09/2019 | 05:45   |
| 05/09/2019 | 06:00   |
| 05/09/2019 | 06:15   |
| 05/09/2019 | 06:30   |
| 05/09/2019 | 06:45   |
| 05/09/2019 | 07:00   |
| 05/09/2019 | 07:15   |
| 05/09/2019 | 07:30   |
| 05/09/2019 | 07:45   |
| 05/09/2019 | 08:00   |
| 05/09/2019 | 08:15   |
| 05/09/2019 | 08:30   |
| 05/09/2019 | 08:45   |
| 05/09/2019 | 09:00   |
| 05/09/2019 | 09:15   |
| 05/09/2019 | 09:30   |
| 05/09/2019 | 09:45   |
| 05/09/2019 | 10:00   |
| 05/09/2019 | 10:15   |
| 05/09/2019 | 10:30   |
| 05/09/2019 | 10:45   |
| 05/09/2019 | 11:00   |
| 05/09/2019 | 11:15   |
| 05/09/2019 | 11:30   |
| 05/09/2019 | 11:45   |
| 05/09/2019 | 12:00   |
| 05/09/2019 | 12:15   |
| 05/09/2019 | 12:30   |
| 05/09/2019 | 12:45   |
| 05/09/2019 | 13:00   |
| 05/09/2019 | 13:15   |
| 05/09/2019 | 13:30   |
| 05/09/2019 | 13:45   |
| 05/09/2019 | 14:00   |
| 05/09/2019 | 14:15   |
| 05/09/2019 | 14:30   |
| 05/09/2019 | 14:45   |
| 05/09/2019 | 15:00   |
| 05/09/2019 | 15:15   |
| 05/09/2019 | 15:30   |
| 05/09/2019 | 15:45   |
| 05/09/2019 | 16:00   |
| 05/09/2019 | 16:15   |
| 05/09/2019 | 16:30   |
| 05/09/2019 | 16:45   |
| 05/09/2019 | 17:00   |
| 05/09/2019 | 17:15   |
| 05/09/2019 | 17:30   |
| 05/09/2019 | 17:45   |
| 05/09/2019 | 18:00   |
| 05/09/2019 | 18:15   |
| 05/09/2019 | 18:30   |
| 05/09/2019 | 18:45   |
| 05/09/2019 | 19:00   |
| 05/09/2019 | 19:15   |
| 05/09/2019 | 19:30   |
| 05/09/2019 | 19:45   |
| 05/09/2019 | 20:00   |
| 05/09/2019 | 20:15   |
| 05/09/2019 | 20:30   |
| 05/09/2019 | 20:45   |
| 05/09/2019 | 21:00   |
| 05/09/2019 | 21:15   |
| 05/09/2019 | 21:30   |
| 05/09/2019 | 21:45   |
| 05/09/2019 | 22:00   |
| 05/09/2019 | 22:15   |
| 05/09/2019 | 22:30   |
| 05/09/2019 | 22:45   |
| 05/09/2019 | 23:00   |
| 05/09/2019 | 23:15   |
| 05/09/2019 | 23:30   |
| 05/09/2019 | 23:45   |
| 05/09/2019 | 00:00   |
| 05/09/2019 | 00:15   |
| 05/09/2019 | 00:30   |
| 05/09/2019 | 00:45   |
| 05/09/2019 | 01:00   |
| 05/09/2019 | 01:15   |
| 05/09/2019 | 01:30   |
| 05/09/2019 | 01:45   |
| 05/09/2019 | 02:00   |
| 05/09/2019 | 02:15   |
| 05/09/2019 | 02:30   |
| 05/09/2019 | 02:45   |
| 05/09/2019 | 03:00   |
| 05/09/2019 | 03:15   |
| 05/09/2019 | 03:30   |
| 05/09/2019 | 03:45   |
| 05/09/2019 | 04:00   |
| 05/09/2019 | 04:15   |
| 05/09/2019 | 04:30   |
| 05/09/2019 | 04:45   |
| 05/09/2019 | 05:00   |
| 05/09/2019 | 05:15   |
| 05/09/2019 | 05:30   |
| 05/09/2019 | 05:45   |
| 05/09/2019 | 06:00   |
| 05/09/2019 | 06:15   |
| 05/09/2019 | 06:30   |
| 05/09/2019 | 06:45   |
| 05/09/2019 | 07:00   |
| 05/09/2019 | 07:15   |
| 05/09/2019 | 07:30   |
| 05/09/2019 | 07:45   |
| 05/09/2019 | 08:00   |
| 05/09/2019 | 08:15   |
| 05/09/2019 | 08:30   |
| 05/09/2019 | 08:45   |
| 05/09/2019 | 09:00   |
| 05/09/2019 | 09:15   |
| 05/09/2019 | 09:30   |
| 05/09/2019 | 09:45   |
| 05/09/2019 | 10:00   |
| 05/09/2019 | 10:15   |
| 05/09/2019 | 10:30   |
| 05/09/2019 | 10:45   |
| 05/09/2019 | 11:00   |
| 05/09/2019 | 11:15   |
| 05/09/2019 | 11:30   |
| 05/09/2019 | 11:45   |
| 05/09/2019 | 12:00   |
| 05/09/2019 | 12:15   |
| 05/09/2019 | 12:30   |
| 05/09/2019 | 12:45   |
| 05/09/2019 | 13:00   |
| 05/09/2019 | 13:15   |
| 05/09/2019 | 13:30   |
| 05/09/2019 | 13:45   |
| 05/09/2019 | 14:00   |
| 05/09/2019 | 14:15   |
| 05/09/2019 | 14:30   |
| 05/09/2019 | 14:45   |
| 05/09/2019 | 15:00   |
| 05/09/2019 | 15:15   |
| 05/09/2019 | 15:30   |
| 05/09/2019 | 15:45   |
| 05/09/2019 | 16:00   |
| 05/09/2019 | 16:15   |
| 05/09/2019 | 16:30   |
| 05/09/2019 | 16:45   |
| 05/09/2019 | 17:00   |
| 05/09/2019 | 17:15   |
| 05/09/2019 | 17:30   |
| 05/09/2019 | 17:45   |
| 05/09/2019 | 18:00   |
| 05/09/2019 | 18:15   |
| 05/09/2019 | 18:30   |
| 05/09/2019 | 18:45   |
| 05/09/2019 |         |

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Paciente: Paulo Roberto de Almeida Nº de Registro: \_\_\_\_\_

Clinica: *Cardiologia* N.º do Leito: *10*

Operado: Dr. Roberto S. Sosa

1<sup>er</sup> Assistant: 2<sup>e</sup> Assistant:

*Instruments used:* *Analysis:* *Results:*

Anestezic: propofol Durașcu

Data de Operação: 24/09/19 | Início: Término:

Diagnóstico Pre-Operatório: Exatidão: 66,66%

### Diagnóstico P 4-Operatório

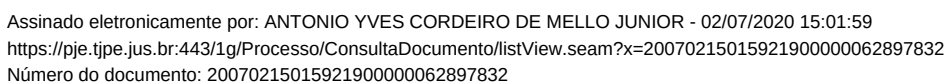
### Operação Frodox

Opis: Op. 29, 1911. *Carta de 1.º e 2.º graus*  
*de 1.º e 2.º graus de 1.º e 2.º graus*  
*de 1.º e 2.º graus de 1.º e 2.º graus*

### DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

[illegible]

2000

[illegible]



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: *Roberto de S. S.*

Nº do Registro:

Clínica: *Urologia*

Nº do Leito:

Operador: *Dr. Roberto*

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentos de:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação: *06/09/19*

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

*FE DEP CÂNCER PÊNIS (C)*

Diagnóstico Pós-Operatório:

*Curado*

Operação Planejada:

*Extirpação de tumor de pênis exten*

Operação Realizada:

*Amputação*

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- (1) *Ata com 50% de extensão +*  
*metastases + metastases (câncer)*
- (2) *Amputação de pênis*
- (3) *Depos + tumor de pênis + ure*
- (4) *Sutura + Curado*
- (5) *Curado (C) (C)*
- (6) *Extirpação de tumor de pênis +*  
*Amputação de pênis*





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

$\frac{d}{dt} \left( \frac{\partial L}{\partial \dot{x}} \right) = \frac{\partial L}{\partial x}$

Figure 1. The effect of the concentration of the  $\text{Fe}^{2+}$  solution on the adsorption of  $\text{Fe}^{2+}$  by the  $\text{Fe}^{2+}$ -loaded adsorbent. The concentration of the  $\text{Fe}^{2+}$  solution was 0.01, 0.02, 0.05, 0.1, 0.2, 0.5, 1, 2, 5, 10, 20, 50, 100, 200, 500, 1000, and 2000 mg/L. The adsorption was carried out at 25 °C for 24 h. The adsorbent was 0.1 g. The solution was 10 mL.

11-11-78

1.  $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$  (E)

[illegible][illegible]

Chase 15

Enckson, James  
CPA-16

Figure 1. The effect of the concentration of the *Agaricus bisporus* spores on the growth of *Agaricus bisporus* and *Agaricus bisporus* spores. The concentration of the spores was 10<sup>6</sup> spores/ml (A), 10<sup>7</sup> spores/ml (B), 10<sup>8</sup> spores/ml (C), and 10<sup>9</sup> spores/ml (D). The growth of *Agaricus bisporus* was measured by the diameter of the colony (mm) and the growth of *Agaricus bisporus* spores was measured by the diameter of the colony (mm).

Source: *U.S. Census Bureau, Current Population Reports, "Marriage, Divorce, Remarriage in the 1990s,"* (1995), Table 1.1. *U.S. Census Bureau, Current Population Reports, "Marriage, Divorce, Remarriage in the 1990s,"* (1995), Table 1.1. *U.S. Census Bureau, Current Population Reports, "Marriage, Divorce, Remarriage in the 1990s,"* (1995), Table 1.1.





PREFEITURA MUNICIPAL DE FREI MIGUELINHO  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

TRABALHANDO O PRESENTE, CONSTRUINDO O FUTURO

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins que **JOSILENE FERREIRA DA SILVA**, D.N. 12/06/1984, portadora de cédula de identidade nº 6727336 SDS/PE, CPF nº 325.683.668-26, residente e domiciliada no Sítio Lagoa Rasa, Frei Miguelinho, foi atendida nesta Unidade, **HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA**, no dia 05 de setembro de 2019, vítima de acidente de motocicleta, sendo encaminhando para o Hospital Regional do Agreste (HRA), prontuário nº 52.037, como consta na ficha de Atendimento Emergencial, que segue em anexo.

Colocamos-nos a disposição para maiores esclarecimentos.

Frei Miguelinho/PE, 19 novembro de 2019.

Secr. Mun. de Saúde - Frei Miguelinho  
Priscila Rafaela L. de A. Andrade  
Diretora Administrativa  
Portaria Nº 200/2017

Priscila Rafaela Leal de Assunção Andrade  
Diretora Administrativa

**HOSPITAL E MATERNIDADE  
JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA**  
Av. Presidente Kennedy, S/N  
Centro - Frei Miguelinho-PE  
CNPJ/MF Nº 13.811.409/0001-30

Av. Presidente Kennedy, S/N | Centro | Frei Miguelinho - PE | Fone/Fax: (81) 3751.1145 | CNPJ: 13.811.409/0001-30





PREFEITURA MUNICIPAL DE FREI MIGUELINHO  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

EDIFÍCIO MANOEL A. PRESENTE, CONSTRUÇÃO S/A

**FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**  
**HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA (HMJAO)**

|                              |                      |                   |            |
|------------------------------|----------------------|-------------------|------------|
| Nº do prontuário:            | Hora do atendimento: | Data:             | Profissão: |
| Nome do PCT:                 |                      |                   |            |
| Data de Nascimento:          | Idade:               | Sexo: M ( ) F ( ) |            |
| Estado Civil:                | Nº cartão do SUS:    |                   |            |
| Mãe:                         |                      |                   |            |
| Pai:                         |                      |                   |            |
| Endereço:                    |                      |                   |            |
| Bairro:                      |                      | Cidade:           |            |
| Enfermeiro (a):              | Tec. de enfermagem:  | Médico (a):       |            |
| Pressão arterial:            | Pulso:               | HGT:              | SPO2%:     |
| Temp. axilar:                | Peso:                | Tipo de agravado: |            |
| Histórico atual do paciente: |                      |                   |            |
| EX FÍSICO:                   |                      |                   |            |
| HD:                          |                      |                   |            |
| Conduta:                     |                      |                   |            |
| Assinado: <b>Perreira</b>    |                      |                   |            |
| Infermagem                   |                      |                   |            |
| Nº 001.308.751               |                      |                   |            |
| Assinado: <b>Blanco</b>      |                      |                   |            |
| Nº 001.308.751               |                      |                   |            |

Av. Presidente Kennedy, S/N | Centro | Frei Miguelinho - PE | Fone/Fax: (81) 3751.1145 | CNPJ: 13.811.409/0001-30





4-RA

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Josilene Ferreira da Silva** , Esteve Interno (a) Nesta Unidade de Saúde no dia **05/09/2019 a 03/10/2019 com Registro Hospitalar: 344701.**

**OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.**

**Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.**

**Caruaru, 30 de Outubro 2019**

09.794.975/0269  
FUSAM - Hospital Regional do Agreste  
BR 232, Km 130  
Indianópolis - CEP 55000-000  
Caruaru - PE

**setor de Arquivo (same)**



*[Faint, illegible handwritten notes]*

Prontuário: 344701

Religião:

CNS:

Nº: 0

**Cidade:** VERTENTES

Estado: PE

**Fone:** 981648431

Profissão:

Nome da Mãe: MARGARIDA MARIA FERREIRA

**Acompanhante:**

**Motivo do Atendimento:** ATT COM MOTOCICLETA

**Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**

Médico: MEDICO PLANTONISTA

**Queixa Principal / HDA:**

**Exame Físico:**

PA: FC: FR:

**Diag. Provisório:**

**Prescrição:**

Dieta:

## Data

### Horário

1 de 2

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:01:59  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215015921900000062897832>  
 Número do documento: 20070215015921900000062897832

Num. 64079972 - Pág. 21

## RELATORIO DE OPERAÇÃO

Paciente: Roberto Carlos de Azevedo Nº do Registro: \_\_\_\_\_

Clinica: *Cardiologia* N.º do Leito: *10*

Operado: Dr. Roberto S. Sosa

1<sup>er</sup> Assistant: 2<sup>e</sup> Assistant:

*Instruments used:* *Analysis:* *Results:*

Anestezic: propofol Durașcu

Data de Operação: 24/09/19 | Início: Término:

Diagnóstico Pre-Operatório: Exatidão, Eficácia

### Diagnóstico P 4-Operatório

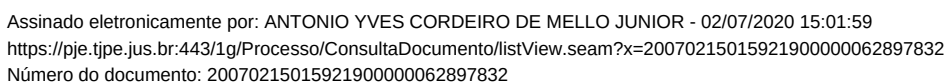
Operação Prisma:

Operação Resposta: *Interpretar e explicar  
uma situação cultural e histórica  
e relacionar*

### DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

[illegible]

*[Illegible signature]*

[illegible]

## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: *Roberto de S. S.*

Nº do Registro:

Clínica: *Urologia*

Nº do Leito:

Operador: *Dr. Roberto*

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentos de:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação: *06/09/19*

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

*FE DEP CÂNCER PÊNIS (C)*

Diagnóstico Pós-Operatório:

*Quimioterapia*

Operação Planejada:

*Extirpação de tumor + linfadenectomia*

Operação Realizada:

*Amputação*

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- (1) *Ata com incisão sobre o pênis +*  
*incisão longitudinal + amputação + (curativos)*
- (2) *curativos curativos de 1º grau*
- (3) *Depos. + 100cc de solução + 100cc*
- (4) *Sutura + Curativos*
- (5) *Curativos (1) 100cc*
- (6) *Extirpação de tumor + linfadenectomia*





RECEBUEMOS A VOSTRA CARTA DE 07/07/2020, RELACIONADA COM O PROCESSO Nº 20070215015921900000062897832, EM QUE VÓS SEU PADRE, O SR. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, REQUEREU A CANCELAMENTO DO SEU REGISTRO DE VOTO, POR MOTIVO DE TER SE TRANSFERIDO PARA OUTRO MUNICÍPIO.

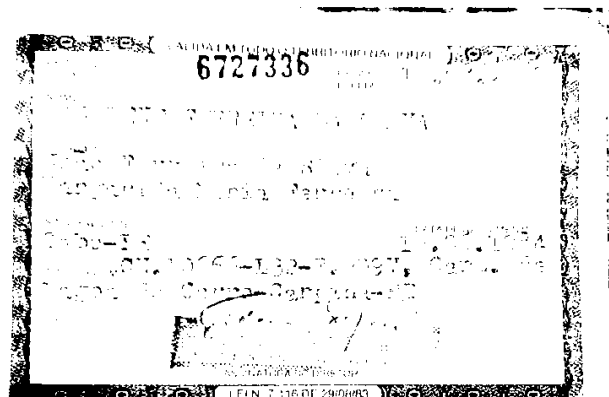
CONSIDERANDO QUE O SEU REGISTRO DE VOTO NÃO FOI CANCELADO, PORQUE NÃO HOUVE PROVA DE QUE VÓS SEU PADRE SE TRANSFERIU PARA OUTRO MUNICÍPIO, E QUE O SEU REGISTRO DE VOTO NÃO FOI CANCELADO POR MOTIVO DE TER SE TRANSFERIDO PARA OUTRO MUNICÍPIO.

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| NOME DO ELEITOR               |  |
| SILVIO JOSÉ FERREIRA DE SOUZA |  |
| Nº DO RGT                     |  |
| 15                            |  |
| MUNICÍPIO                     |  |
| MIRASSOL D'ÁZUL               |  |
| UF                            |  |
| SP                            |  |
| DATA DE EMISSÃO               |  |
| 07/07/2020                    |  |
| ASSINATURA                    |  |
| [Assinatura]                  |  |
| NOME DO ELEITOR               |  |
| SILVIO JOSÉ FERREIRA DE SOUZA |  |
| Nº DO RGT                     |  |
| 15                            |  |
| MUNICÍPIO                     |  |
| MIRASSOL D'ÁZUL               |  |
| UF                            |  |
| SP                            |  |
| DATA DE EMISSÃO               |  |
| 07/07/2020                    |  |
| ASSINATURA                    |  |
| [Assinatura]                  |  |

CONSIDERANDO QUE O SEU REGISTRO DE VOTO NÃO FOI CANCELADO, PORQUE NÃO HOUVE PROVA DE QUE VÓS SEU PADRE SE TRANSFERIU PARA OUTRO MUNICÍPIO, E QUE O SEU REGISTRO DE VOTO NÃO FOI CANCELADO POR MOTIVO DE TER SE TRANSFERIDO PARA OUTRO MUNICÍPIO.

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| NOME DO ELEITOR               |  |
| SILVIO JOSÉ FERREIRA DE SOUZA |  |
| Nº DO RGT                     |  |
| 15                            |  |
| MUNICÍPIO                     |  |
| MIRASSOL D'ÁZUL               |  |
| UF                            |  |
| SP                            |  |
| DATA DE EMISSÃO               |  |
| 07/07/2020                    |  |
| ASSINATURA                    |  |
| [Assinatura]                  |  |
| NOME DO ELEITOR               |  |
| SILVIO JOSÉ FERREIRA DE SOUZA |  |
| Nº DO RGT                     |  |
| 15                            |  |
| MUNICÍPIO                     |  |
| MIRASSOL D'ÁZUL               |  |
| UF                            |  |
| SP                            |  |
| DATA DE EMISSÃO               |  |
| 07/07/2020                    |  |
| ASSINATURA                    |  |
| [Assinatura]                  |  |

CONSIDERANDO QUE O SEU REGISTRO DE VOTO NÃO FOI CANCELADO, PORQUE NÃO HOUVE PROVA DE QUE VÓS SEU PADRE SE TRANSFERIU PARA OUTRO MUNICÍPIO, E QUE O SEU REGISTRO DE VOTO NÃO FOI CANCELADO POR MOTIVO DE TER SE TRANSFERIDO PARA OUTRO MUNICÍPIO.



MINISTERIO DA FAZENDA

 **Recarta Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

 **COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**325.683.668-26**

Nome  
**JOSILENE FERREIRA DA SILVA**

Nascimento  
**12/06/1984**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/UF  
3892028 SSP PE

CPF  
574.940.534-68

DATA NASCIMENTO  
04/06/1968

FUNÇÃO  
AMARO FERNANDES DE  
OLIVEIRA SOBRINHO  
DALVANI COSTA DE  
ALBUQUERQUE FERNANDES

PERMISSÃO  
ACC  
CE 196

Nº REGISTRO  
01410781208

VALIDADE  
15/12/2020

EMISSÃO  
25/05/1986

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1219484604

PROBADO PLASTIFICAR  
1219484604

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
SANTA CRUZ DO CAETANINHO - PE

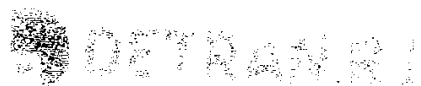
DATA EMISSÃO  
16/12/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

47587878291  
PE878298467

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)





# CONSULTA AO CADASTRO DE VEÍCULO

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**

.....

..... 2009

ALESSANDRO

.....

LLA6512

\*\*\*\*\*

PASSAGEIRO

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

2009      2010

2 / 0 / 124

PARTICULAR

VERMELHA

|    |       |       |
|----|-------|-------|
| I  | ..... | ..... |
| V  | ..... | ..... |
| AL | ..... | ..... |

.....

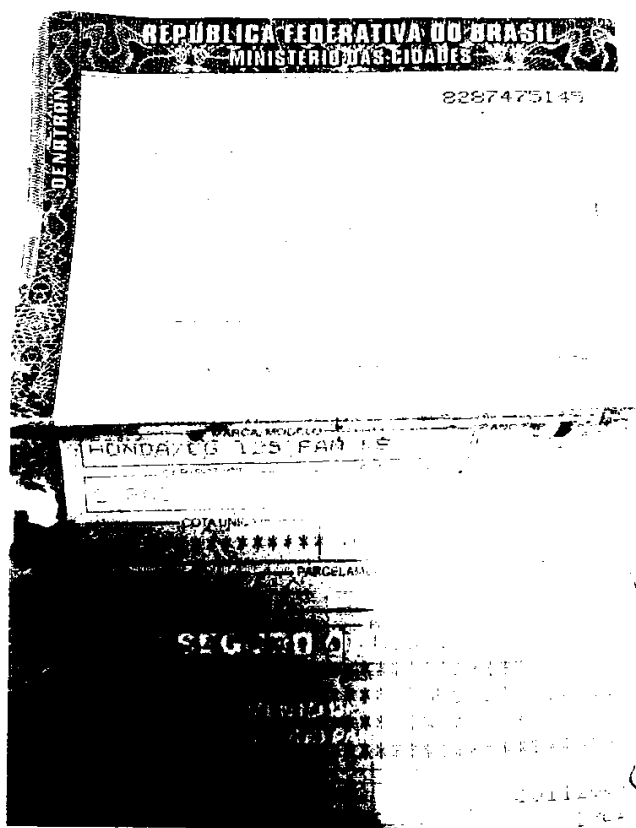
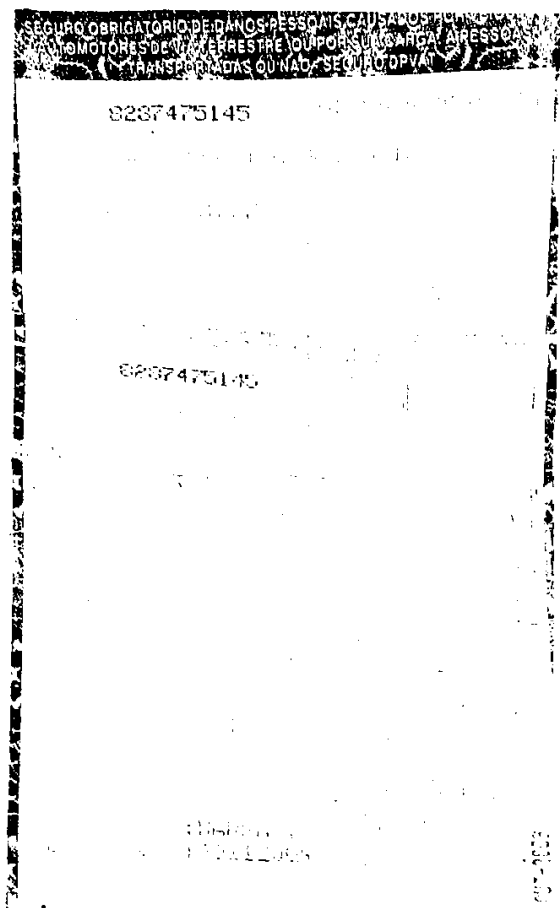
RIO DE JANEIRO

DETRAN.RJ

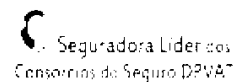
Horário: de segunda a sexta, das 8h às 17h.

Telefones: 021-2547-1447 / 2547-1448 para agendamentos e serviços, e 2547-2200-02 / 2547-1444 para atendimento do SAC





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461535/19  
Vítima: JOSILENE FERREIRA DA SILVA  
CPF: 325.683.668-26  
Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/09/2019  
Titular do CPF: JOSILENE FERREIRA DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

#### JOSILENE FERREIRA DA SILVA : 325.683.668-26

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](http://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: 19/12/2019  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711760

Cidade: Frei Miguelinho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSILENE FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 05/09/2019

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos  
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| 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          |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711760

Cidade: Frei Miguelinho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSILENE FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 05/09/2019

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos  
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| 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          |

