
Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200049914

Vítima: FABIO JUNIOR DA SILVA

Data do Acidente: 29/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIO JUNIOR 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

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200049914

Vítima: FABIO JUNIOR DA SILVA

Data do Acidente: 29/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIO JUNIOR 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 anatômica 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: **FABIO JUNIOR DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000051**

Conta: **0000011522-3**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200049914

Vítima: FABIO JUNIOR DA SILVA

Data do Acidente: 29/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIO JUNIOR DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 07/04/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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: 044.569.584-64 4 - Nome completo da vítima: FABIO JUNIOR 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: FABIO JUNIOR DA SILVA 6 - CPF: 044.569.584-64
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: LO PARQUE CIDADE 9 - Número: 20A 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CARUARU 12 - Cidade: CARUARU 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99665-0454

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: 0051 CONTA: 11.522 3 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 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ 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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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, CARUARU 18 DE NOVEMBRO 2019

FABIO JUNIOR DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 044.569.584-64 4 - Nome completo da vítima: FABIO JUNIOR 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: FABIO JUNIOR DA SILVA 6 - CPF: 044.569.584-64
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: LO PARQUE CIDADE 9 - Número: 20A 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CARUARU 12 - Cidade: CARUARU 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99665-0454

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: 0051 CONTA: 11.522 3 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 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (v(n)ascer)? ☐ 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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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, CARUARU 18 DE NOVEMBRO 2019

FABIO JUNIOR DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0179002855**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/11/2019** às **11:17**

Complementa o BO Número: **19E0179002549**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **29/8/2019** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PORTUGAL, 1** - Bairro: **UNIVERSITARIO** -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
FABIO JUNIOR DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FABIO JUNIOR DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

FABIO JUNIOR DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA FRANCISCA VICENTE DA SILVA**
Pai: **JOSE FRANCISCO VICENTE DA SILVA** Data de Nascimento: **16/8/1980** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6277144/SDS/PE (RG), 04456958464 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Profissão: **ELETRICISTA**
Telefones Celulares:
- **81991342562**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 25, RUA PROJETADA, LOT. PARQUE DA CIDADE, BAIRRO LUIZ GONZAGA, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: „, Pai: „, Data de Nascimento: **1/1/1930** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FABIO JUNIOR DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO JUNIOR DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDX9543** (PERNAMBUCO/CARUARU)
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**
Descrição: **MODELO FAN 160 CC**

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/GM/S10** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA NÃO SABIDA.**

Complemento / Observação

ESCLARECE A VÍTIMA QUE QUANDO CONDUZIA SUA MOTO NA AV. PORTUGAL, NO BAIRRO UNIVERSITÁRIO, FOI SURPREENDIDA POR UM VEÍCULO CONDUZIDO POR UMA PESSOA DESCONHECIDA E QUE QUANDO CONTORNOU O AUTOMÓVEL, BATEU EM SUA MOTO, VINDO O MESMO A CAIR DESMAIOU, QUE QUANDO ACORDOU JÁ ESTAVA NO HRA DESTA CIDADE; QUE SUA MOTO RESULTOU DANIFICADA E SUA PESSOA COM FRATURA NA TÍBIA ESQUERDA, CONFORME REGISTRO N° 269125.

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

FABIO JUNIOR DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOAO BERNARDO NETO** - Matrícula: **296958-0**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0179002549**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/10/2019** às **15:44**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **29/8/2019** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PORTUGAL, 01** - Bairro: **UNIVERSITARIO** -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
FABIO JUNIOR DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FABIO JUNIOR DA
SILVA

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

FABIO JUNIOR DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA FRANCISCA VICENTE DA SILVA** Pai: **JOSE FRANCISCO VICENTE DA SILVA** Data de Nascimento: **16/8/1980** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6277144/SDS/PE (RG), 04456958464 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Profissão: **ELETRICISTA** Telefones Celulares: **- 81991342562**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 25, RUA PROJETADA, LOT. PARQUE DA CIDADE, BAIRRO LUIZ GONZAGA, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **„**, Pai: **„**, Data de Nascimento: **1/1/1930** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FABIO JUNIOR DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO JUNIOR DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**
Descrição: **MODELO FAN 160 CC, PLACA NÃO SABIDA,**

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/S10** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA NÃO SABIDA.**

Complemento / Observação

ESCLARECE A VÍTIMA QUE QUANDO CONDUZIA SUA MOTO NA AV. PORTUGAL, NO BAIRRO UNIVERSITÁRIO, FOI SURPREENDIDO POR UMA PESSOA DESCONHECIA QUE QUANDO CONTORNOU O AUTOMÓVEL, BATEU EM SUA MOTO, VINDO O MESMO A CAIR DESMAIADO, QUE QUANDO ACORDOU JÁ ESTAVA NO HRA DESTA CIDADE; QUE SUA MOTO RESULTOU DANIFICADA E SUA PESSOA COM FRATURA NA TÍBIA ESQUERDA, CONFORME REGISTRO N° 269125.

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

Fabio Junior da Silva

FABIO JUNIOR DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Cicero Antonio de Paula* - Matrícula: **3849120**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0179002855**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/11/2019** às **11:17**

Complementa o BO Número: **19E0179002549**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **29/8/2019** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PORTUGAL, 1** - Bairro: **UNIVERSITARIO** -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
FABIO JUNIOR DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FABIO JUNIOR DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

FABIO JUNIOR DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA FRANCISCA VICENTE DA SILVA**
Pai: **JOSE FRANCISCO VICENTE DA SILVA** Data de Nascimento: **16/8/1980** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6277144/SDS/PE (RG), 04456958464 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Profissão: **ELETRICISTA**
Telefones Celulares:
- **81991342562**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 25, RUA PROJETADA, LOT. PARQUE DA CIDADE, BAIRRO LUIZ GONZAGA, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: „ Pai: „ Data de Nascimento: **1/1/1930** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FABIO JUNIOR DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO JUNIOR DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDX9543** (PERNAMBUCO/CARUARU)
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**
Descrição: **MODELO FAN 160 CC**

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/GM/S10** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA NÃO SABIDA.**

Complemento / Observação

ESCLARECE A VÍTIMA QUE QUANDO CONDUZIA SUA MOTO NA AV. PORTUGAL, NO BAIRRO UNIVERSITÁRIO, FOI SURPREENDIDA POR UM VEÍCULO CONDUZIDO POR UMA PESSOA DESCONHECIDA E QUE QUANDO CONTORNOU O AUTOMÓVEL, BATEU EM SUA MOTO, VINDO O MESMO A CAIR DESMAIOU, QUE QUANDO ACORDOU JÁ ESTAVA NO HRA DESTA CIDADE; QUE SUA MOTO RESULTOU DANIFICADA E SUA PESSOA COM FRATURA NA TÍBIA ESQUERDA, CONFORME REGISTRO N° 269125.

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

FABIO JUNIOR DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOAO BERNARDO NETO** - Matrícula: **296958-0**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC

DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0179002549**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/10/2019** às **15:44**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **29/8/2019** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PORTUGAL, 01** - Bairro: **UNIVERSITARIO** -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
FABIO JUNIOR DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FABIO JUNIOR DA SILVA

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

FABIO JUNIOR DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA FRANCISCA VICENTE DA SILVA** Pai: **JOSE FRANCISCO VICENTE DA SILVA** Data de Nascimento: **16/8/1980** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6277144/SDS/PE (RG), 04456958464 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Profissão: **ELETRICISTA** Telefones Celulares: **- 81991342562**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 25, RUA PROJETADA, LOT. PARQUE DA CIDADE, BAIRRO LUIZ GONZAGA, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **„**, Pai: **„**, Data de Nascimento: **1/1/1930** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FABIO JUNIOR DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO JUNIOR DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**

Descrição: **MODELO FAN 160 CC, PLACA NÃO SABIDA,**

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/S10** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA NÃO SABIDA.**

Complemento / Observação

ESCLARECE A VÍTIMA QUE QUANDO CONDUZIA SUA MOTO NA AV. PORTUGAL, NO BAIRRO UNIVERSITÁRIO, FOI SURPREENDIDO POR UMA PESSOA DESCONHECIA QUE QUANDO CONTORNOU O AUTOMÓVEL, BATEU EM SUA MOTO, VINDO O MESMO A CAIR DESMAIADO, QUE QUANDO ACORDOU JÁ ESTAVA NO HRA DESTA CIDADE; QUE SUA MOTO RESULTOU DANIFICADA E SUA PESSOA COM FRATURA NA TÍBIA ESQUERDA, CONFORME REGISTRO N° 269125.

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

Fabio Junior da Silva

FABIO JUNIOR DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Cicero Antonio de Paula* - Matrícula: **3849120**



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: 044.569.584-64 4 - Nome completo da vítima: FABIO JUNIOR 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: FABIO JUNIOR DA SILVA 6 - CPF: 044.569.584-64
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: LO PARQUE CIDADE 9 - Número: 20A 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CARUARU 12 - Cidade: CARUARU 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99665-0454

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: 0051 CONTA: 11.522 3 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 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (v(n)ascitor)? ☐ 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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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, CARUARU 18 DE NOVEMBRO 2019

FABIO JUNIOR DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 044.569.584-64 4 - Nome completo da vítima: FABIO JUNIOR 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: FABIO JUNIOR DA SILVA 6 - CPF: 044.569.584-64
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: LO PARQUE CIDADE 9 - Número: 20A 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CARUARU 12 - Cidade: CARUARU 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99665-0454

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: 0051 CONTA: 11.522 3 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 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ 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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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, CARUARU 18 DE NOVEMBRO 2019

FABIO JUNIOR DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **FÁBIO JÚNIOR DA SILVA** portador do CPF: **044.569.584-64** e RG: **6.277.144 SSP-PE**, que consta nos registros de ocorrências Nº**1908290090** do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia **29/08/2019** às **08h e 34min**, no endereço **AVENIDA PORTUGAL, UNIVERSITÁRIO, CARUARU-PE**, com queixa de **COLISÃO CARRO X MOTO** tendo sido enviada **UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO**, que prestou atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para o **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 11 de Outubro de 2019.


Thiago Acioli

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Esta declaração foi entregue a Sr^a. **MARIA LUCINEIDE DA SILVA (IRMÃ)** portadora do RG: **3.982.008 SDS-PE** e CPF: **748.476.274-15**.

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 11/10/2019

Maria Lucineide da Silva



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **FÁBIO JÚNIOR DA SILVA** portador do CPF: **044.569.584-64** e RG: **6.277.144 SSP-PE**, que consta nos registros de ocorrências Nº**1908290090** do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia **29/08/2019** às **08h e 34min**, no endereço **AVENIDA PORTUGAL, UNIVERSITÁRIO, CARUARU-PE**, com queixa de **COLISÃO CARRO X MOTO** tendo sido enviada **UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO**, que prestou atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para o **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 11 de Outubro de 2019.


Tiago Acioli

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Esta declaração foi entregue a Sr^a. **MARIA LUCINEIDE DA SILVA (IRMÃ)** portadora do RG: **3.982.008 SDS-PE** e CPF: **748.476.274-15**.

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 11/10/2019

Maria Lucineide da Silva

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: 10/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO JUNIOR DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000011522-3

Nr. da Autenticação B7D2B45A99DE309E



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0006943-83 | www.celpe.com.br

CARTEIRA DE CLIENTE
APOSENTADO MARIA DE SANTANA
83836474
V. 02956-0400

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
LOPAMBE CILADE 10
CARUARU/CARUARU
CARUARU PE
55000-000

PERÍODO DE FATURAMENTO	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
07/15/19	07/15/19	15/08/2019
16/08/2019	30/08/2019	30/09/2019

7018321852	08/2019
23/08/2019	16/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	21,51

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL		QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo (Wh)		30,000000	0,57317404	17,19
Acrescimo Bandeira AMARELA				0,21
Acrescimo Bandeira VERMELHA				0,86
ICMS Subversão-CDE-NF 086074369-14/08/19				0,86
Multa por atraso-NF 086074369-14/08/19				1,48
Juros por atraso-NF 086074369-14/08/19				0,86
Atualização ISPM NF 086074369-14/08/19				0,82
TOTAL DA FATURA				21,51

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (Wh)
71432018	1	01/07/19	1314,00	05/08/19	1434,00	35	1,0000		10,00

RESUMO GERAL DO CONSUMO		DESCRIÇÃO DAS DESPESAS			VALOR DO IMPORTE		FUTURO DE DISPONIBILIDADE	
AUG 19	30							
SET 19	30							
OCT 19	30							
NOV 19	30							
DEZ 19	30							
JAN 20	30							
FEB 20	30							
MAR 20	30							
ABR 20	30							
MAY 20	30							
JUN 20	30							
JUL 20	30							
AUG 20	30							
SET 20	30							
OCT 20	30							
NOV 20	30							
DEZ 20	30							
JAN 21	30							
FEB 21	30							
MAR 21	30							
ABR 21	30							
MAY 21	30							
JUN 21	30							
JUL 21	30							
AUG 21	30							
SET 21	30							
OCT 21	30							
NOV 21	30							
DEZ 21	30							
JAN 22	30							
FEB 22	30							
MAR 22	30							
ABR 22	30							
MAY 22	30							
JUN 22	30							
JUL 22	30							
AUG 22	30							
SET 22	30							
OCT 22	30							
NOV 22	30							
DEZ 22	30							
JAN 23	30							
FEB 23	30							
MAR 23	30							
ABR 23	30							
MAY 23	30							
JUN 23	30							
JUL 23	30							
AUG 23	30							
SET 23	30							
OCT 23	30							
NOV 23	30							
DEZ 23	30							
JAN 24	30							
FEB 24	30							
MAR 24	30							
ABR 24	30							
MAY 24	30							
JUN 24	30							
JUL 24	30							
AUG 24	30							
SET 24	30							
OCT 24	30							
NOV 24	30							
DEZ 24	30							
JAN 25	30							
FEB 25	30							
MAR 25	30							
ABR 25	30							
MAY 25	30							
JUN 25	30							
JUL 25	30							
AUG 25	30							
SET 25	30							
OCT 25	30							
NOV 25	30							
DEZ 25	30							
JAN 26	30							
FEB 26	30							
MAR 26	30							
ABR 26	30							
MAY 26	30							
JUN 26	30							
JUL 26	30							
AUG 26	30							
SET 26	30							
OCT 26	30							
NOV 26	30							
DEZ 26	30							
JAN 27	30							
FEB 27	30							
MAR 27	30							
ABR 27	30							
MAY 27	30							
JUN 27	30							
JUL 27	30							
AUG 27	30							
SET 27	30							
OCT 27	30							
NOV 27	30							
DEZ 27	30							
JAN 28	30							
FEB 28	30							
MAR 28	30							
ABR 28	30							
MAY 28	30							
JUN 28	30							
JUL 28	30							
AUG 28	30							
SET 28	30							
OCT 28	30							
NOV 28	30							
DEZ 28	30							
JAN 29	30							
FEB 29	30							
MAR 29	30							
ABR 29	30							
MAY 29	30							
JUN 29	30							
JUL 29	30							
AUG 29	30							
SET 29	30							
OCT 29	30							
NOV 29	30							
DEZ 29	30							
JAN 30	30							
FEB 30	30							
MAR 30	30							
ABR 30	30							
MAY 30	30							
JUN 30	30							
JUL 30	30							
AUG 30	30							
SET 30	30							
OCT 30	30							
NOV 30	30							
DEZ 30	30							
JAN 31	30							
FEB 31	30							
MAR 31	30							
ABR 31	30							
MAY 31	30							
JUN 31	30							
JUL 31	30							
AUG 31	30							
SET 31	30							
OCT 31	30							
NOV 31	30							
DEZ 31	30							
JAN 32	30							
FEB 32	30							
MAR 32	30							
ABR 32	30							
MAY 32	30							
JUN 32	30							
JUL 32	30							
AUG 32	30							
SET 32	30							
OCT 32	30							
NOV 32	30							
DEZ 32	30							
JAN 33	30							
FEB 33	30							
MAR 33	30							
ABR 33	30							
MAY 33	30							
JUN 33	30							
JUL 33	30							
AUG 33	30							
SET 33	30							
OCT 33	30							
NOV 33	30							
DEZ 33	30							
JAN 34	30							
FEB 34	30							
MAR 34	30							
ABR 34	30							
MAY 34	30							
JUN 34	30							
JUL 34	30							
AUG 34	30							
SET 34	30							
OCT 34	30							
NOV 34	30							
DEZ 34	30							
JAN 35	30							
FEB 35	30							
MAR 35	30							
ABR 35	30							
MAY 35	30							
JUN 35	30							
JUL 35	30							
AUG 35	30							
SET 35	30							
OCT 35	30							
NOV 35	30							
DEZ 35	30							
JAN 36	30							
FEB 36	30							
MAR 36	30							
ABR 36	30							
MAY 36	30							
JUN 36	30							
JUL 36	30							
AUG 36	30							
SET 36	30							
OCT 36	30							
NOV 36	30							
DEZ 36	30							
JAN 37	30							
FEB 37	30							
MAR 37	30							
ABR 37	30							
MAY 37	30							
JUN 37	30							
JUL 37	30							
AUG 37	30							
SET 37	30							
OCT 37	30							
NOV 37	30							
DEZ 37	30							
JAN 38	30							
FEB 38	30							
MAR 38	30							
ABR 38	30							
MAY 38	30							
JUN 38	30							
JUL 38	30							
AUG 38	30							
SET 38	30							
OCT 38	30							
NOV 38	30							
DEZ 38	30							
JAN 39	30							
FEB 39	30							
MAR 39	30							
ABR 39	30							
MAY 39	30							
JUN 39	30							
JUL 39	30							
AUG 39	30							
SET 39	30							
OCT 39	30							
NOV 39	30							
DEZ 39	30							
JAN 40	30							
FEB 40	30							
MAR 40	30							
ABR 40	30							
MAY 40	30							
JUN 40	30							
JUL 40	30							
AUG 40	30							
SET 40	30							
OCT 40	30							
NOV 40								



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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0005949-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ALICE MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SCS, 101, 101-101

CPF: 945.334.444-04

CENTRO/SURUBIM

SURUBIM-PE

55750-000

CLASSIFICAÇÃO
BT: RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONSUMIDOR: 7005749888

MÊS/ANO: 10/2019

DATA DE EMISSÃO: 14/10/2019

DATA DE VENCIMENTO: 07/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$):

102,74

Nº DA NOTA FISCAL: 07/2019

SERIE: 132-A

EMISSÃO: 07/10/2019

APRESENTAÇÃO: 07/10/2019

Nº DO CLIENTE: 201110033

Nº DA INSTALAÇÃO: 202-0000

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo (kWh)	108,000000	0,81089952	87,55
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,50
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,01
Contrib. Sup. Pública Municipal			8,64
ICMS Subvenção CDE NF 089224776-04/07/19			0,78
ICMS Subvenção CTE NF 073044282-05/05/19			0,80
Multa por atraso NF 070940294-04/08/19			1,25
Juros por atraso NF 070940294-04/08/19			0,11

TOTAL DA FATURA

102,74

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)
837914	LAT	04-09-2019	08.138,00	07-10-2019	08.237,00	23	3.000,00		108,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

DATA	CONSUMO (KWH)
01/10 - 09/10	446
09/10 - 17/10	81
17/10 - 24/10	112
24/10 - 31/10	713
31/10 - 07/11	162
07/11 - 14/11	153
14/11 - 21/11	172
21/11 - 28/11	169
28/11 - 05/12	162
05/12 - 12/12	133
12/12 - 19/12	176
19/12 - 26/12	184
26/12 - 02/01	133

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
97,06	25,00	23,26
97,06	1,29	1,25
97,06	5,25	5,03

ICMS

PIS

COFINS

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Serviço de Energia	25,45	24,86%
Transmissão	1,20	1,17%
Distribuição (Cepel)	19,81	19,27%
Perdas de Energia	6,17	6,03%
Finanças Setoriais	4,31	4,20%
Tributos	29,99	29,23%
Total	97,06	100%

TAXAS APLICÁVEIS

0,3423333

RESERVAÇÃO FISCAL
EBSA 9225 EBSA 0000 EBSA 0000 EBSA 0000

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para obter mais informações sobre a tarifa social de energia elétrica, consulte o site da CELPE ou o telefone 0800-0000000. A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores que possuem renda mensal de até 5 salários mínimos e que não possuem acesso à rede de distribuição de energia elétrica. A tarifa social de energia elétrica é concedida por meio de uma inscrição no sistema de cadastro de consumidores de baixa renda. Para obter mais informações sobre a tarifa social de energia elétrica, consulte o site da CELPE ou o telefone 0800-0000000.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site da CELPE ou no telefone 0800-0000000. A tarifa social de energia elétrica é concedida por meio de uma inscrição no sistema de cadastro de consumidores de baixa renda. Para obter mais informações sobre a tarifa social de energia elétrica, consulte o site da CELPE ou o telefone 0800-0000000.

CELPE
Serviços
credenciado

CELPE

ATENÇÃO

A vida útil dos dados impressos neste comprovante dependerá de alguns cuidados: archive-o com cuidado e sem contato com água.



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0006943-83 | www.celpe.com.br

CARTEIRA DE CLIENTE
APOSENTADO MARIA DE SANTANA
83836677
V. 02956-0000

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
LOPAMBE CILADE 10
CARUARU/CARUARU
CARUARU PE
55000-000

0775411 UNICA 15/08/2019
16/08/2019 002222900 0054918

7018321852 08/2019
23/08/2019 16/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 21,51

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo (Wh)	30,0000000	0,57317404	17,19
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,21
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,86
ICMS Subversão-CDE-NF 086074369-14/08/19			0,86
Multa por atraso-NF 086074369-14/08/19			1,48
Juros por atraso-NF 086074369-14/08/19			0,88
Atualização ISPM NF 086074369-14/08/19			0,82

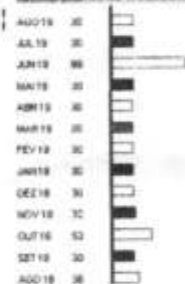
TOTAL DA FATURA

21,51

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

IP DO RENDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	IP DE CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (Wh)
71432018	1	01/08/19	1314,00	05/08/19	1434,00	1,00000		12,00

RESUMO GERAL DO CONSUMO



DESCRIÇÃO DAS DESPESAS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	18,06	3,13
PSB	18,06	3,81
COFINS		

VALOR DO IMPORTE DE TAXA - Custo de Disponibilidade Artigo 66, Resolução ANEEL 494/2010

VALOR DO IMPORTE
1,00

Consumo Residencial

TAXAS APLICÁVEIS

CONSUMO

DE 30 A 145 DE 2019 086074369-14/08/19 1811-5722

ATENÇÃO CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

DATA FÉRIAS	DIÁRIOS	VALOR	DATA FÉRIAS	DIÁRIOS	VALOR
24/07/19	14/08/19	17,36			

As condições gerais de atendimento, Resoluções ANEEL 494/2010, 14/2015, 14/2016, 14/2017, 14/2018, 14/2019, 14/2020, 14/2021, 14/2022, 14/2023, 14/2024, 14/2025, 14/2026, 14/2027, 14/2028, 14/2029, 14/2030, 14/2031, 14/2032, 14/2033, 14/2034, 14/2035, 14/2036, 14/2037, 14/2038, 14/2039, 14/2040, 14/2041, 14/2042, 14/2043, 14/2044, 14/2045, 14/2046, 14/2047, 14/2048, 14/2049, 14/2050, 14/2051, 14/2052, 14/2053, 14/2054, 14/2055, 14/2056, 14/2057, 14/2058, 14/2059, 14/2060, 14/2061, 14/2062, 14/2063, 14/2064, 14/2065, 14/2066, 14/2067, 14/2068, 14/2069, 14/2070, 14/2071, 14/2072, 14/2073, 14/2074, 14/2075, 14/2076, 14/2077, 14/2078, 14/2079, 14/2080, 14/2081, 14/2082, 14/2083, 14/2084, 14/2085, 14/2086, 14/2087, 14/2088, 14/2089, 14/2090, 14/2091, 14/2092, 14/2093, 14/2094, 14/2095, 14/2096, 14/2097, 14/2098, 14/2099, 14/2100, 14/2101, 14/2102, 14/2103, 14/2104, 14/2105, 14/2106, 14/2107, 14/2108, 14/2109, 14/2110, 14/2111, 14/2112, 14/2113, 14/2114, 14/2115, 14/2116, 14/2117, 14/2118, 14/2119, 14/2120, 14/2121, 14/2122, 14/2123, 14/2124, 14/2125, 14/2126, 14/2127, 14/2128, 14/2129, 14/2130, 14/2131, 14/2132, 14/2133, 14/2134, 14/2135, 14/2136, 14/2137, 14/2138, 14/2139, 14/2140, 14/2141, 14/2142, 14/2143, 14/2144, 14/2145, 14/2146, 14/2147, 14/2148, 14/2149, 14/2150, 14/2151, 14/2152, 14/2153, 14/2154, 14/2155, 14/2156, 14/2157, 14/2158, 14/2159, 14/2160, 14/2161, 14/2162, 14/2163, 14/2164, 14/2165, 14/2166, 14/2167, 14/2168, 14/2169, 14/2170, 14/2171, 14/2172, 14/2173, 14/2174, 14/2175, 14/2176, 14/2177, 14/2178, 14/2179, 14/2180, 14/2181, 14/2182, 14/2183, 14/2184, 14/2185, 14/2186, 14/2187, 14/2188, 14/2189, 14/2190, 14/2191, 14/2192, 14/2193, 14/2194, 14/2195, 14/2196, 14/2197, 14/2198, 14/2199, 14/2200, 14/2201, 14/2202, 14/2203, 14/2204, 14/2205, 14/2206, 14/2207, 14/2208, 14/2209, 14/2210, 14/2211, 14/2212, 14/2213, 14/2214, 14/2215, 14/2216, 14/2217, 14/2218, 14/2219, 14/2220, 14/2221, 14/2222, 14/2223, 14/2224, 14/2225, 14/2226, 14/2227, 14/2228, 14/2229, 14/2230, 14/2231, 14/2232, 14/2233, 14/2234, 14/2235, 14/2236, 14/2237, 14/2238, 14/2239, 14/2240, 14/2241, 14/2242, 14/2243, 14/2244, 14/2245, 14/2246, 14/2247, 14/2248, 14/2249, 14/2250, 14/2251, 14/2252, 14/2253, 14/2254, 14/2255, 14/2256, 14/2257, 14/2258, 14/2259, 14/2260, 14/2261, 14/2262, 14/2263, 14/2264, 14/2265, 14/2266, 14/2267, 14/2268, 14/2269, 14/2270, 14/2271, 14/2272, 14/2273, 14/2274, 14/2275, 14/2276, 14/2277, 14/2278, 14/2279, 14/2280, 14/2281, 14/2282, 14/2283, 14/2284, 14/2285, 14/2286, 14/2287, 14/2288, 14/2289, 14/2290, 14/2291, 14/2292, 14/2293, 14/2294, 14/2295, 14/2296, 14/2297, 14/2298, 14/2299, 14/2300, 14/2301, 14/2302, 14/2303, 14/2304, 14/2305, 14/2306, 14/2307, 14/2308, 14/2309, 14/2310, 14/2311, 14/2312, 14/2313, 14/2314, 14/2315, 14/2316, 14/2317, 14/2318, 14/2319, 14/2320, 14/2321, 14/2322, 14/2323, 14/2324, 14/2325, 14/2326, 14/2327, 14/2328, 14/2329, 14/2330, 14/2331, 14/2332, 14/2333, 14/2334, 14/2335, 14/2336, 14/2337, 14/2338, 14/2339, 14/2340, 14/2341, 14/2342, 14/2343, 14/2344, 14/2345, 14/2346, 14/2347, 14/2348, 14/2349, 14/2350, 14/2351, 14/2352, 14/2353, 14/2354, 14/2355, 14/2356, 14/2357, 14/2358, 14/2359, 14/2360, 14/2361, 14/2362, 14/2363, 14/2364, 14/2365, 14/2366, 14/2367, 14/2368, 14/2369, 14/2370, 14/2371, 14/2372, 14/2373, 14/2374, 14/2375, 14/2376, 14/2377, 14/2378, 14/2379, 14/2380, 14/2381, 14/2382, 14/2383, 14/2384, 14/2385, 14/2386, 14/2387, 14/2388, 14/2389, 14/2390, 14/2391, 14/2392, 14/2393, 14/2394, 14/2395, 14/2396, 14/2397, 14/2398, 14/2399, 14/2400, 14/2401, 14/2402, 14/2403, 14/2404, 14/2405, 14/2406, 14/2407, 14/2408, 14/2409, 14/2410, 14/2411, 14/2412, 14/2413, 14/2414, 14/2415, 14/2416, 14/2417, 14/2418, 14/2419, 14/2420, 14/2421, 14/2422, 14/2423, 14/2424, 14/2425, 14/2426, 14/2427, 14/2428, 14/2429, 14/2430, 14/2431, 14/2432, 14/2433, 14/2434, 14/2435, 14/2436, 14/2437, 14/2438, 14/2439, 14/2440, 14/2441, 14/2442, 14/2443, 14/2444, 14/2445, 14/2446, 14/2447, 14/2448, 14/2449, 14/2450, 14/2451, 14/2452, 14/2453, 14/2454, 14/2455, 14/2456, 14/2457, 14/2458, 14/2459, 14/2460, 14/2461, 14/2462, 14/2463, 14/2464, 14/2465, 14/2466, 14/2467, 14/2468, 14/2469, 14/2470, 14/2471, 14/2472, 14/2473, 14/2474, 14/2475, 14/2476, 14/2477, 14/2478, 14/2479, 14/2480, 14/2481, 14/2482, 14/2483, 14/2484, 14/2485, 14/2486, 14/2487, 14/2488, 14/2489, 14/2490, 14/2491, 14/2492, 14/2493, 14/2494, 14/2495, 14/2496, 14/2497, 14/2498, 14/2499, 14/2500, 14/2501, 14/2502, 14/2503, 14/2504, 14/2505, 14/2506, 14/2507, 14/2508, 14/2509, 14/2510, 14/2511, 14/2512, 14/2513, 14/2514, 14/2515, 14/2516, 14/2517, 14/2518, 14/2519, 14/2520, 14/2521, 14/2522, 14/2523, 14/2524, 14/2525, 14/2526, 14/2527, 14/2528, 14/2529, 14/2530, 14/2531, 14/2532, 14/2533, 14/2534, 14/2535, 14/2536, 14/2537, 14/2538, 14/2539, 14/2540, 14/2541, 14/2542, 14/2543, 14/2544, 14/2545, 14/2546, 14/2547, 14/2548, 14/2549, 14/2550, 14/2551, 14/2552, 14/2553, 14/2554, 14/2555, 14/2556, 14/2557, 14/2558, 14/2559, 14/2560, 14/2561, 14/2562, 14/2563, 14/2564, 14/2565, 14/2566, 14/2567, 14/2568, 14/2569, 14/2570, 14/2571, 14/2572, 14/2573, 14/2574, 14/2575, 14/2576, 14/2577, 14/2578, 14/2579, 14/2580, 14/2581, 14/2582, 14/2583, 14/2584, 14/2585, 14/2586, 14/2587, 14/2588, 14/2589, 14/2590, 14/2591, 14/2592, 14/2593, 14/2594, 14/2595, 14/2596, 14/2597, 14/2598, 14/2599, 14/2600, 14/2601, 14/2602, 14/2603, 14/2604, 14/2605, 14/2606, 14/2607, 14/2608, 14/2609, 14/2610, 14/2611, 14/2612, 14/2613, 14/2614, 14/2615, 14/2616, 14/2617, 14/2618, 14/2619, 14/2620, 14/2621, 14/2622, 14/2623, 14/2624, 14/2625, 14/2626, 14/2627, 14/2628, 14/2629, 14/2630, 14/2631, 14/2632, 14/2633, 14/2634, 14/2635, 14/2636, 14/2637, 14/2638, 14/2639, 14/2640, 14/2641, 14/2642, 14/2643, 14/2644, 14/2645, 14/2646, 14/2647, 14/2648, 14/2649, 14/2650, 14/2651, 14/2652, 14/2653, 14/2654, 14/2655, 14/2656, 14/2657, 14/2658, 14/2659, 14/2660, 14/2661, 14/2662, 14/2663, 14/2664, 14/2665, 14/2666, 14/2667, 14/2668, 14/2669, 14/2670, 14/2671, 14/2672, 14/2673, 14/2674, 14/2675, 14/2676, 14/2677, 14/2678, 14/2679, 14/2680, 14/2681, 14/2682, 14/2683, 14/2684, 14/2685, 14/2686, 14/2687, 14/2688, 14/2689, 14/2690, 14/2691, 14/2692, 14/2693, 14/2694, 14/2695, 14/2696, 14/2697, 14/2698, 14/2699, 14/2700, 14/2701, 14/2702, 14/2703, 14/2704, 14/2705, 14/2706, 14/2707, 14/2708, 14/2709, 14/2710, 14/2711, 14/2712, 14/2713, 14/2714, 14/2715, 14/2716, 14/2717, 14/2718, 14/2719, 14/2720, 14/2721, 14/2722, 14/2723, 14/2724, 14/2725, 14/2726, 14/2727, 14/2728, 14/2729, 14/2730, 14/2731, 14/2732, 14/2733, 14/2734, 14/2735, 14/2736, 14/2737, 14/2738, 14/2739, 14/2740, 14/2741, 14/2742, 14/2743, 14/2744, 14/2745, 14/2746, 14/2747, 14/2748, 14/2749, 14/2750, 14/2751, 14/2752, 14/2753, 14/2754, 14/2755, 14/2756, 14/2757, 14/2758, 14/2759, 14/2760, 14/2761, 14/2762, 14/2763, 14/2764, 14/2765, 14/2766, 14/2767, 14/2768, 14/2769, 14/2770, 14/2771, 14/2772, 14/2773, 14/2774, 14/2775, 14/2776, 14/2777, 14/2778, 14/2779, 14/2780, 14/2781, 14/2782, 14/2783, 14/2784, 14/2785, 14/2786, 14/2787, 14/2788, 14/2789, 14/2790, 14/2791, 14/2792, 14/2793, 14/2794, 14/2795, 14/2796, 14/2797, 14/2798, 14/2799, 14/2800, 14/2801, 14/2802, 14/2803, 14/2804, 14/2805, 14/2806, 14/2807, 14/2808, 14/2809, 14/2810, 14/2811, 14/2812, 14/2813, 14/2814, 14/2815, 14/2816, 14/2817, 14/2818, 14/2819, 14/2820, 14/2821, 14/2822, 14/2823, 14/2824, 14/2825, 14/2826, 14/2827, 14/2828, 14/2829, 14/2830, 14/2831, 14/2832, 14/2833, 14/2834, 14/2835, 14/2836, 14/2837, 14/2838, 14/2839, 14/2840, 14/2841, 14/2842, 14/2843, 14/2844, 14/2845, 14/2846, 14/2847, 14/2848, 14/2849, 14/2850, 14/2851, 14/2852, 14/2853, 14/2854, 14/2855, 14/2856, 14/2857, 14/2858, 14/2859, 14/2860, 14/2861, 14/2862, 14/2863, 14/2864, 14/2865, 14/2866, 14/2867, 14/2868, 14/2869, 14/2870, 14/2871, 14/2872, 14/2873, 14/2874, 14/2875, 14/2876, 14/2877, 14/2878, 14/2879, 14/2880, 14/2881, 14/2882, 14/2883, 14/2884, 14/2885, 14/2886, 14/2887, 14/2888, 14/2889, 14/2890, 14/2891, 14/2892, 14/2893, 14/2894, 14/2895, 14/2896, 14/2897, 14/2898, 14/2899, 14/2900, 14/2901, 14/2902, 14/2903, 14/2904, 14/2905, 14/2906, 14/2907, 14/2908, 14/2909, 14/2910, 14/2911, 14/2912, 14/2913, 14/2914, 14/2915, 14/2916, 14/2917, 14/2918, 14/2919, 14/2920, 14/2921, 14/2922, 14/2923, 14/2924, 14/2925, 14/2926, 14/2927, 14/2928, 14/2929, 14/2930, 14/2931, 14/2932, 14/2933, 14/2934, 14/2935, 14/2936, 14/2937, 14/2938, 14/2939, 14/2940, 14/2941, 14/2942, 14/2943, 14/2944, 14/2945, 14/2946, 14/2947, 14/2948, 14/2949, 14/2950, 14/2951, 14/2952, 14/2953, 14/2954, 14/2955, 14/2956, 14/2957, 14/2958, 14/2959, 14/2960, 14/2961, 14/2962, 14/2963, 14/2964, 14/2965, 14/2966, 14/2967, 14/2968, 14/2969, 14/2970, 14/2971, 14/2972, 14/2973, 14/2974, 14/2975, 14/2976, 14/2977, 14/2978, 14/2979, 14/2980, 14/2981, 14/2982, 14/2983, 14/2984, 14/2985, 14/2986, 14/2987, 14/2988, 14/2989, 14/2990, 14/2991, 14/2992, 14/2993, 14/2994, 14/2995, 14/2996, 14/2997, 14/2998, 14/2999, 14/3000, 14/3001, 14/3002, 14/3003, 14/3004, 14/3005, 14/3006, 14/3007, 14/3008, 14/3009, 14/3010, 14/3011, 14/3012, 14/3013, 14/3014, 14/3015, 14/3016, 14/3017, 14/3018, 14/3019, 14/3020, 14/3021, 14/3022, 14/3023, 14/3024, 14/3025, 14/3026, 14/3027, 14/3028, 14/3029, 14/3030, 14/3031, 14/3032, 14/3033, 14/3034, 14/3035, 14/3036, 14/3037, 14/3038, 14/3039, 14/3040, 14/3041, 14/3042, 14/3043, 14/3044, 14/3045, 14/3046, 14/3047, 14/3048, 14/3049, 14/3050, 14/3051, 14/3052, 14/3053, 14/3054, 14/3055, 14/3056, 14/3057, 14/3058, 14/3059, 14/3060, 14/3061, 14/3062, 14/3063, 14/3064, 14/3065, 14/3066, 14/3067, 14/3068, 14/3069, 14/3070, 14/3071, 14/3072, 14/3073, 14/3074, 14/3075, 14/3076, 14/3077, 14/3078, 14/3079, 14/3080, 14/3081, 14/3082, 14/3083, 14/3084, 14/3085, 14/3086, 14/3087, 14/3088, 14/3089, 14/3090, 14/3091, 14/3092, 14/3093, 14/3094, 14/3095, 14/3096, 14/3097, 14/3098, 14/3099, 14/3100, 14/3101, 14/3102, 14/3103, 14/3104, 14/3105, 14/3106, 14/3107, 14/3108, 14/3109, 14/3110, 14/3111, 14/3112, 14/3113, 14/3114, 14/3115, 14/3116, 14/3117, 14/3118, 14/3119, 14/3120, 14/3121, 14/3122, 14/3123, 14/3124, 14/3125, 14/3126, 14/3127, 14/3128, 14/3129, 14/3130, 14/3131, 14/3132, 14/3133, 14/3134, 14/3135, 14/3136, 14/3137, 14/3138, 14/3139, 14/3140, 14/3141, 14/3142, 14/3143, 14/3144, 14/3145, 1



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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0005949-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ALICE MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SCS, 101, 101-101

CPF: 945.334.444-04

CENTRO/SURUBIM

SURUBIM-PE

55750-000

CLASSIFICAÇÃO
BT: RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONSUMIDOR: 7005749888

MÊS/ANO: 10/2019

DATA DE EMISSÃO: 14/10/2019

DATA DE VENCIMENTO: 07/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$):

102,74

Nº DA NOTA FISCAL: 07/2019

SERIE: 132-A

EMISSÃO: 07/10/2019

APRESENTAÇÃO: 07/10/2019

Nº DO CLIENTE: 201110033

Nº DA INSTALAÇÃO: 202-0000

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo (kWh)	108,000000	0,81089952	87,55
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,50
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,01
Contrib. Sup. Pública Municipal			8,64
ICMS Subvenção CDE NF 089224776-04/07/19			0,78
ICMS Subvenção CTE NF 073044282-05/05/19			0,80
Multa por atraso NF 070940294-04/08/19			1,25
Juros por atraso NF 070940294-04/08/19			0,11

TOTAL DA FATURA

102,74

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)
837914	LAT	04-09-2019	08.138,00	07-10-2019	08.247,00	23	3.000,00		108,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

DATA	CONSUMO (KWH)
01/10 - 09/10	446
09/10 - 17/10	81
17/10 - 24/10	112
24/10 - 31/10	713
31/10 - 07/11	162
07/11 - 14/11	153
14/11 - 21/11	172
21/11 - 28/11	169
28/11 - 05/12	162
05/12 - 12/12	133
12/12 - 19/12	176
19/12 - 26/12	184
26/12 - 02/01	133

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
91,06	25,00	22,76
91,06	1,20	1,10
91,06	5,00	4,55

ICMS

PIS

COFINS

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Serviço de Energia	25,45	24,86%
Transmissão	1,20	1,17%
Distribuição (Cepel)	19,81	19,27%
Perdas de Energia	6,17	6,03%
Finanças Setoriais	4,31	4,20%
Tributos	29,99	29,23%
Total	97,06	100%

TAXAS APLICÁVEIS

0,342333

RESERVAÇÃO FISCAL
EBSA 9225 EBSA 0000 EBSA 0000 EBSA 0000

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para a validade desta fatura, é necessário que o cliente tenha recebido a fatura no prazo de validade estabelecido. Caso contrário, a fatura será considerada inválida e o cliente deverá pagar a fatura no prazo de validade estabelecido. O cliente é responsável por verificar a validade da fatura e, em caso de dúvida, consultar a Companhia Energética de Pernambuco. A fatura é emitida em nome do cliente e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento. A fatura é emitida em nome do cliente e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento. A fatura é emitida em nome do cliente e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site da Companhia Energética de Pernambuco (www.celpe.com.br) e no Anexo 1 do Regulamento de Serviço Público de Energia Elétrica (RSEPE) da ANEEL.

CELPE
Serviços

credenciado



CELPE

ATENÇÃO

A vida útil dos dados impressos neste comprovante dependerá de alguns cuidados: archive-o com cuidado e sem contato com umidade.

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 COAF**².

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 EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FABIO JUNIOR DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.569.584 / 64, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FABIO JUNIOR DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.569.584 / 64, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81-99665 0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-9 8133-5022</u>

SURUBIM, 25 de NOVEMBRO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante

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 COAF**².

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 EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FABIO JUNIOR DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.569.584 / 64, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FABIO JUNIOR DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.569.584 / 64, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81-99665 0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-9 8133-5022</u>

SURUBIM, 25 de NOVEMBRO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

HRA

DECLARAÇÃO

*Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) Fábio Júnior da Silva*

*Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 29/08/2019 a
09/10/2019*

Registro: 269125

Diagnostico: Fratura de Tíbia Esquerda.

Tratamento: Cirúrgica.

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito . CID: S82.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 11 de Outubro de 2019

09.794.975/0269-27

FUSAM - Hospital Regional do Agreste

BR 232, Km 130

Indianópolis - CEP 55000-000

Caruaru - PE

setor de arquivo (SAME)



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Fábio Júnior da Silva** ,
Esteve Interno (a) Nesta Unidade de Saúde no dia 29/08/2019 a
03/10/2019. com Registro Hospitalar: 345405

OBS : Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais
esclarecimentos.

Caruaru, 19 de Novembro 2019

09.794.975/0269-27

FUSAM - Hospital Regional do Agreste

BR - PE - Km 130

Indianópolis - CEP 55000-000

Caruaru - PE

setor de Arquivo (same)



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: FABIO JUNIOR DA SILVA
Data Nasc.: 16/08/1980 Idade: 39 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: 04456958464 RG: 6277144 CNS:
Endereço: RUA PROJETADA Nº: 0
Bairro: INDIANÓPOLIS Cidade: CARUARU Estado: PE
CEP: 55024000 Fone: 37199409 Profissão: AGRICULTOR
Nome da Mãe: MARIA FRANCISCA VICENTE DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO

Data: 29/08/2019 09:31

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA: Paciente, 39 anos, com história de acidente motor. Queixa de dor no abdômen, com início súbito, em região de quadrante superior esquerdo. O mesmo chegou na emergência devidamente avaliado pelo SAMU, com diagnóstico de trauma abdominal.

Exame Físico:

AC: M.O.N. SIRA em ATT FR=20.111.
PA: 200x120 FC: 150 FR: 20
Abdômen semi globoso, deprimível, indolor - plp. s.s., RHA(+).

Diag. Provisório:

Politrauma fechado.

Ht e Ab.

Rx de Tórax PA

Rx de pelve AP

Rx de punho E AP e perfil

Rx de pé E AP obliqua.

TE de crânio e col. cervical.

TE de abdômen.

Prescrição:

Dieta: Lúct.

Data

Horário

- 29/08/2019
1. SRL 2000 ml IV em 24h
 2. Transfusão 1 SA de 12/12 horas
 3. Fluor 10mg IV de 8/8h
 4. Fome de exames
 5. Exame da ortopedia

Euclides C. G. de Melo
CREMEPE 43760

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PACIENTE: FÁBIO JUNIOR DA SILVA

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Operador: DR. GISELIAN REZENDE LIMA DE SOUSA //

1º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista: DR. ROBERTO

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Data da Operação: 29/08/19

Início:

Término:

DURAÇÃO:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Diagnóstico Pós-operatório: MANTEVE-SE O MESMO DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA ESQUERDA ATRAVÉS DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA E COM FIXADOR LINEAR

Operação Realizada: MANTEVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA // 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA // 3. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA E COM FIXADOR LINEAR 4. SUTURA E CURATIVO // 5. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

+ sutura de ferimento extenso em pele
utilizado fixador externo tipo a tubos formato linear
qui, 29 de agosto de 2019

DR. GISELIAN REZENDE LIMA DE SOUSA //

ORTOPEDIA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PACIENTE: FÁBIO JUNIOR DA SILVA

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Operador: DR. GISELIAN REZENDE LIMA DE SOUSA //

1º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista: DR. ROBERTO

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Data da Operação: 29/08/19

Início:

Término:

DURAÇÃO:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Diagnóstico Pós-operatório: MANTEVE-SE O MESMO DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA ESQUERDA ATRAVÉS DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA E COM FIXADOR LINEAR

Operação Realizada: MANTEVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA // 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA // 3. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA E COM FIXADOR LINEAR 4. SUTURA E CURATIVO // 5. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

+ sutura de ferimento extenso em
utilizado fixador externo tipo a tubos formato linear
qui, 29 de agosto de 2019

DR. GISELIAN REZENDE LIMA DE SOUSA //

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE BERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: FABIO JUNIOR DA SILVA

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do leito:

Operador: DR. PAULO DE TARSO

1º Assistente: DR. MARCOS GONÇALVES R1

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: RAQUI

Duração:

Data da Operação: 20/09/2019

Início:

• Término:

Diagnóstico Pré-operatório: NECROSE EM CALCANEÓ E

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: DEBRIDAMENTO CIRURGICO + LIMPEZA CIRURGICA

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH + SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. VISTO GRANDE ÁREA DE NECROSE + REALIZADO DEBRIDAMENTO EM CALCANEÓ E
4. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
5. REALIZADO CURATIVO
6. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

Dr. Marcos Gonçalves R1
Ortopedia
CRM 15.507/62

FICHA DE ANESTESIA

N 225931

NOME	Fabrício Junior da Silva			REGISTRO	369725	CATEGORIA	SUS
HOSPITAL	HRA			SEXO	M	COR	B
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura Exposta de Cota da Perna esquerda + Fratura de esterno com pé esquerdo.			IDADE	39	HORARIO	20:40
DATA	29/08/99			PESO	75 kg	TA	170 x 80
OPERAÇÃO REALIZADA	O mesmo			FC	90 bpm	TEMPERATURA	36.5
OPERAÇÃO PROPOSTA	Tratamento cirúrgico de fratura exposta de cota da perna + fixação de fratura externa em MIE			CODIGO CIRURGIA		PERTE	%
OPERAÇÃO REALIZADA	A proposta						

7:40 75:40

700 100 700 700 700

340ml + 500ml 500ml
400ml + 500ml 700ml

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

NOTAÇÕES

AGENTES	QDNG.	QUANTIDADE	TEORICA ANESTESIA
Etomidat	75mg		Rapida anestesia - Monitorização, oxigenio
Midazolam	2mg		e antitrombo, punção para medula em L5-S1 Loge
Bupivacaina 0.5%	70ml		da Guilin K-15, LCR Limpida, Bloqueio efetivo
Morfina	80mg		
Pelalotina	2g		
Dexametasona	10mg		
Ondansetrona	8mg		
Capivina	2g		
Insulina	2g		
Insulina de C ⁺	50mg		

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO 30 min DURAÇÃO DA ANESTESIA 30 min

☒ CARDIOSCÓPIO	☐ CAPNÓGRAFO	☐ PFC
☒ OXÍMETRO	☐ S VERICAL	☐ TEMPERATURA
☒ ECG	☐ LINHA ARTERIAL	☐ MONITOR DO ESTADO CEREBRAL

☒ BACURATO	☒ SPP
☒ ADONISOL	☒ LIT
☒ BURELITO	☒ QUARTO
☒ ATURADO	

+ M. J. R.

FICHA DE ANESTESIA

Nº 06951

COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

NOME Sélio Junior da Silva		REGISTRO 269125		CATEGORIA SJS	
HOSPITAL HRA		GRUPO ☒ A ☐ B	COR ☒ N ☐ B	IDADE 39	HORA DO 12:30
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Infecção da perna esquerda		PESO 100 Kg	PA 140 x 80	RC 100 BPM	RESPIRAÇÃO ASA 16 IRPM
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		CÓDIGO CIRURGIA		PORTE	
OPERACÃO PROPOSTA Infecção cirúrgica					
OPERACÃO REALIZADA					
ANESTESIA					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica		Rapídomo			
Dose		125 mg			
Efeitos		2g			
Sinais		2g			
Observações		100g			
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anestésicos					
Agentes					
Conc.					
Quantidade					
Técnica Anestésica					

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Felipe Jesus do Soc.

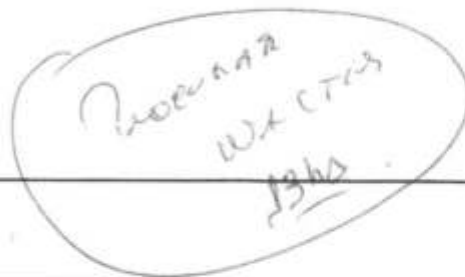
Prontuário: 269125

Data: 29 / 09 / 19

Hora: 09:31

DIAGNÓSTICO:

Fato de 1:5m complexos



AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Part de At do aparelho, at de At em

15 dias ambulatoriais de análise. Acompanhamento conju-

to em a platina.

TRATAMENTO REALIZADO:

Realizado Estabilização de pH com soro de Etileno

clorídrico + ácido clorídrico + acompanhamento de fígado.

continua Espirid.

Alta Hospitalar: Data: 09 / 10 / 19

Hora: _____

01-11-19

07:30

Dr. LUDORIO

Dr. Marco Antonio
Ass. do Médico e CRM
Carimbo

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMAR FERREIRA
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA - SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) Fábio Junior da Silva

Esteve interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 29/09/2019 a
09/10/2019

Registro: 269125

Diagnóstico: Fratura de Tibia Esquerda

Tratamento: Cirúrgica

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito. CID: S82.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 11 de Outubro de 2019

Dr. Rosa 87610263-27

RUSAM - Hospital Regional do Agreste

Av. 25 de Abril, 130

Indaial - SC CEP 55090-000

Caruaru - PE

setor de arquivo (SAME)

FABIO JUNIOR E SILVA

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

16/08/1980

TOBAX AP

ID: 269125

Ac. In: 292258

Male

Adm: 29/08/2019

39 Years

Adm: 21007 11

20 cm

Part: 1

Zeit: 14:42

W. Now: 29/08/2019

Exel:

UR: 13126 3220

Sheet: 11

4

FABIO JUNIOR DA SILVA

16.08.1980

ID: 269125

Male

34 years

HOSPITAL REGIONAL POMERES

POCAY AB

Adm: 292738

Adm: 2708/2010

Age: 10/31/00

26 cm

REFIL

ESQ

Frame: 1011/1

Acq: 22/03/10

Proj: 150/150

Size: 2048x2048

SR: 2048x2048

FABIO JUNIOR DA SILVA

15/03/1980

ID: 250125

Male

39 Years

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Ponto 2 - Hospital Vitor Seg

Ac. 15179233

Acq: 20/01/2013

Acq: 17:38:55

20 cm

ESQ

Frame: 01171

Zoom: 22.00%

Window Level: 45032013

Pixel

CR: 20132500

Files NB

AB

FABIO JUNIOR DA SILVA

08/08/1980

ID: 129125

Male

39 Years

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTI

Setor 2 - Clínica de Cirurgia

At. Nº 28235

Adm. 20/06/2013

Adm. 17/4/12

10 cm

ESO

Frame 11 of 12

Zoom 100%

Window Level: 4096,20-8

Pixel

CR: (2400,3000)

Series No: 3
AP ON IN Rd

FABIO JUNIOR DA SILVA

16/06/1980

ID: 260125

Male

39 Years

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Perfil 2 vistas

Ac. N° 309264

Acq. 18/11/2013

Acq. 15:58:45

20 cm

ESQ

PERFIL

Frame: [1/1 / 1]

Zoom: 22.03%

Window/Level: 4.096/2.048

Pixel:

CR: (2048x2500)

Serie N° 2

lateral





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA - SAME

HRA

DECLARAÇÃO

*Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) Fábio Júnior da Silva*

*Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 29/08/2019 a
09/10/2019*

Registro: 269125

Diagnostico: Fratura de Tíbia Esquerda.

Tratamento: Cirúrgica.

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito . CID: S82.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 11 de Outubro de 2019

09.794.975/0269-27

FUSAM - Hospital Regional do Agreste

BR 232, Km 130

Indianópolis - CEP 55000-000

Caruaru - PE

setor de arquivo (SAME)



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Fábio Júnior da Silva** ,
Esteve Interno (a) Nesta Unidade de Saúde no dia 29/08/2019 a
03/10/2019. com Registro Hospitalar: 345405

OBS : Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais
esclarecimentos.

Caruaru, 19 de Novembro 2019

09.794.975/0269-27

FUSAM - Hospital Regional do Agreste

BR - PE - Km 130

Indianópolis - CEP 55000-000

Caruaru - PE

setor de Arquivo (same)



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: FABIO JUNIOR DA SILVA
Data Nasc.: 16/08/1980 Idade: 39 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: 04456958464 RG: 6277144 CNS:
Endereço: RUA PROJETADA Nº: 0
Bairro: INDIANÓPOLIS Cidade: CARUARU Estado: PE
CEP: 55024000 Fone: 37199409 Profissão: AGRICULTOR
Nome da Mãe: MARIA FRANCISCA VICENTE DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO

Data: 29/08/2019 09:31

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Paciente, 39 anos, com história de acidente motor. Queixa principal de dor no abdômen, com início há 1h. O mesmo chegou na emergência de maneira aguda, vindo pelo SAMU. Consciente, orientado, lúcido, sem alterações vitais. Exame físico: PA: 200x120 FC: 130 FR: 20. Abdômen semi-duro, deprimível, indolor - plp. s.s., RHA(+).

Exame Físico:

AC: MON SIRA em ATT FR=20/min.
Abdômen semi-duro, deprimível, indolor - plp. s.s., RHA(+).

Diag. Provisório:

Colite não infecciosa.

Ht e Ab.

Rx de Tórax PA

Rx de pelve AP

Rx de punho E AP e perfil

Rx de pé E AP obliqua.

TE de crânio e col. cervical.

TE de abdômen.

Prescrição:

Dieta: Lúcido.

Data

Horário

- 29/08/2019
- 1- SRL 2000 ml PV em 24h
 - 2- Transfusão 1 SA de 12/12 horas
 - 3- Fluor 10mg 1x PV de 8/8h
 - 4- Fome de exames
 - 5- Exame da ortopedia

Euclides C. G. de Melo
CREMEPE 43760

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PACIENTE: FÁBIO JUNIOR DA SILVA

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Operador: DR. GISELIAN REZENDE LIMA DE SOUSA //

1º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista: DR. ROBERTO

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Data da Operação: 29/08/19

Início:

Término:

DURAÇÃO:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Diagnóstico Pós-operatório: MANTEVE-SE O MESMO DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA ESQUERDA ATRAVÉS DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA E COM FIXADOR LINEAR

Operação Realizada: MANTEVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA // 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA // 3. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA E COM FIXADOR LINEAR 4. SUTURA E CURATIVO // 5. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

+ sutura de ferimento extenso em pé
Ob: Utilizado fixador externo tubo a tubo formato linear
qui, 29 de agosto de 2019

DR. GISELIAN REZENDE LIMA DE SOUSA //

ORTOPEDIA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PACIENTE: FÁBIO JUNIOR DA SILVA

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Operador: DR. GISELIAN REZENDE LIMA DE SOUSA //

1º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista: DR. ROBERTO

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Data da Operação: 29/08/19

Início:

Término:

DURAÇÃO:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Diagnóstico Pós-operatório: MANTEVE-SE O MESMO DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA ESQUERDA ATRAVÉS DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA E COM FIXADOR LINEAR

Operação Realizada: MANTEVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA // 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA // 3. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA E COM FIXADOR LINEAR 4. SUTURA E CURATIVO // 5. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

+ sutura de ferimento extenso em
Ob: Utilizado fixador externo tubo a tubo formato linear
qui, 29 de agosto de 2019

DR. GISELIAN REZENDE LIMA DE SOUSA //

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE BERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: FABIO JUNIOR DA SILVA

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do leito:

Operador: DR. PAULO DE TARSO

1º Assistente: DR. MARCOS GONÇALVES R1

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: RAQUI

Duração:

Data da Operação: 20/09/2019

Início:

• Término:

Diagnóstico Pré-operatório: NECROSE EM CALCANEÓ E

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: DEBRIDAMENTO CIRURGICO + LIMPEZA CIRURGICA

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH + SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. VISTO GRANDE ÁREA DE NECROSE + REALIZADO DEBRIDAMENTO EM CALCANEÓ E
4. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
5. REALIZADO CURATIVO
6. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

Dr. Marcos Gonçalves R1
Ortopedia
CRM 15.507/62

FICHA DE ANESTESIA

N 225931

NOME	Fabrício Junior da Silva		REGISTRO	369725	CATEGORIA	SUS
HOSPITAL	HRA		SEXO	M	COR	BR
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura Exposta de Cota da Perna esquerda + Fratura de esterno com pé esquerdo.		IDADE	39	HORARIO	20:40
DATA	29/08/99		PESO	75 kg	TA	170 x 80
OPERAÇÃO REALIZADA	O mesmo		FC	90 bpm	TEMPERATURA	36.5
OPERAÇÃO PROPOSTA	Tratamento cirúrgico de fratura exposta de cota da perna + fratura de esterno com pé esquerdo.		CODIGO CIRURGIA	MIE		
OPERAÇÃO REALIZADA	A proposta					

75:40

700 100 700 700 700

340ml + 560 520
400ml + 500ml 7000ml

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

NOTAÇÕES

AGENTES	QDNG.	QUANTIDADE	TEORICA ANESTESIA
Etomidat	75mg	75mg	Rapida anestesia - Monitorização, compria
Midazolam	2mg	2mg	antimigra, punção para medula em L5-S1 Loge
Bupivacaína 0.5%	70mg	70mg	da Gulinete nº 1, LCR Limpida, Bloqueio efetivo
Morfina	80mg	80mg	
Pelalotina	2g	2g	
Dexametasona	70mg	70mg	
Ondansetrona	8mg	8mg	
Capivina	2g	2g	
Insulina	2g	2g	
Insulina de C ⁺	85amp	85amp	

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO 30 min

DURAÇÃO DA ANESTESIA 30 min

CARDIOSCÓPIO	CARDIOGRAFO	PPG
OXÍMETRO	S VERICAL	TEMPERATURA
ECG	LINHA ARTERIAL	MONITOR DO ESTADO CEREBRAL

DECAMINADO	DE-271350
ACORDADO	8:00
ACORDADO	10:00
ACORDADO	12:00
ACORDADO	14:00
ACORDADO	16:00
ACORDADO	18:00
ACORDADO	20:00
ACORDADO	22:00
ACORDADO	24:00

+ M. J. R.

FICHA DE ANESTESIA

Nº 06951

COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

NOME Sélio Junior da Silva		REGISTRO 269125		CATEGORIA SJS	
HOSPITAL HRA		GRUPO ☒ A ☐ B	COR ☒ N ☐ P	IDADE 39	HORA DO 12:30
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Infecção da perna esquerda		PESO 100 Kg	PA 140 x 80	RC 100 BPM	RESPIRAÇÃO ASA 16 IRPM
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		CÓDIGO CIRURGIA		PORTE	
OPERACÃO PROPOSTA Infecção cirúrgica					
OPERACÃO REALIZADA					
ANESTESIA					
Dose					
Efeitos					
Sinais					
Observações					
Anotações					
Agentes		Técnica Anestésica Rapilongina			
Conc.		Dose indicada no rótulo do produto			
Quantidade		Dose real utilizada			
Observações		Dose real utilizada com ajuste de 10% da dose			
Observações		Linha de monitorização			
Observações		Dose real utilizada			
Observações		Duração da operação			
Observações		Duração da anestesia			
Observações		☒ FRCO ☐ CARNOGRAFO ☐ FVL ☐ RESPIRADO ☒ RESPIRO ☒ MONITRO ☐ S. VESICAL ☐ TEMPERATURA ☐ ACORDADO ☒ ACORDADO ☒ PNI ☐ LINHA ARTERIAL ☐ MONITOR DO ESTADO CEREBRAL ☐ SINCUBO ☒ SINCUBO			

Dr. Sérgio Ferraiz
Anestesiologista

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Felipe Jesus do Soc.

Prontuário: 269125

Data: 29 / 09 / 19

Hora: 09:31

DIAGNÓSTICO:

Fato de 1:5m complexos



AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Part de At do aparelho, at de At em
15 dias ambulatoriais de análise. Acompanhamento conju-
to em a plano.

TRATAMENTO REALIZADO:

Realizado Estabilização de At com fixação de Fio
transcateter e substituição de Fio de Fio de Fio.
continua Espinal.

Alta Hospitalar: Data: 09 / 10 / 19

Hora: _____

01-11-19

07:30

Dr. LUDORIO

Dr. Marco Antonio
Ass. do Médico e CRM
Carimbo

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

FABIO JÚNIOR DA SILVA

16/08/1980

ID: 269125

Male

39 Years

HOSPITAL REGIONAL DO AGRÊSTE

Perna - 2 vistas

Ac. Nbr: 309264

Acq.: 13/11/2019

Acq.: 15:57:45

20 cm

R

ESQ

AP

Frame: [1] 1/1

Zoom: 22.03%

Window/Level: 4.096/2.048

Pixel:

CR (2048x2560)

Series Nb: 1

AP

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DAS AVULSÕES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO

CARTÃO NACIONAL DE IDENTIDADE

PE

FABIO JUNIOR DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

6277144 SSP PE

DATA NASCIMENTO

16/08/1980

CPF

044.569.584-64

PROFISSÃO

JOSE FRANCISCO VICENTE

FILHO

MARIA FRANCISCA VICENT

E DA SILVA

PERMISSÃO

AD

VALIDADE

09/10/2023

1ª HABILITAÇÃO

07/02/2002

Nº REGISTRO

02190235605

02190235605

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1485565593

PROIBIDO PLASTIFICAR

1485565593

OBSERVAÇÕES

Fabio Junior da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO

10/10/2017

LOCAL

CARUARU, PE

[Assinatura]

Charles Anderson Sousa Oliveira

Deputado Estadual

ASSINATURA DO EMISSOR

66649600548

PR081678039

PERNAMBUCO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

CADEIA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL

1219484604

Nome

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

3099028 SSP PE

CPF

576.940.534-68

DATA NASCIMENTO

04/06/1968

PLACAO

AMARO FERNANDES DE
OLIVEIRA SOBRINHO
DALVANI COSTA DE
ALBUQUERQUE FERNANDES

FORMACAO

ACC

CE HAB.

AD

Nº REGISTRO

01A10781208

VALIDADE

16/12/2020

VALIDACAO

25/05/1986

Observações

A



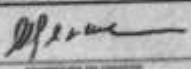
ASSINATURA DO PROFISSIONAL

LOCAL

SANTA CRUZ DO CAPIMANITE - PE

DATA EMISSAO

16/12/2015



ASSINATURA DO EMISSOR

47587078291

78978298467

DETRAN-PE (PERNAMBUCO)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DAS AVULSÕES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO

CARTÃO NACIONAL DE IDENTIDADE

PE

FABIO JUNIOR DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

6277144 SSP PE

DATA NASCIMENTO

16/08/1980

CPF

044.569.584-64

PROFISSÃO

JOSE FRANCISCO VICENTE

FILHO

MARIA FRANCISCA VICENT

E DA SILVA

PERMISSÃO

AD

VALIDADE

09/10/2023

1ª HABILITAÇÃO

07/02/2002

Nº REGISTRO

02190235605

02190235605

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1485565593

PROIBIDO PLASTIFICAR

1485565593

OBSERVAÇÕES

Fabio Junior da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO

10/10/2017

LOCAL

CARUARU, PE

[Assinatura]

Charles Anderson Sousa Oliveira

Deputado Estadual

ASSINATURA DO EMISSOR

66649600548

PR081678039

PERNAMBUCO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

CADEIA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL

1219484604

Nome

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

3099028 SSP PE

CPF

576.940.534-68

DATA NASCIMENTO

04/06/1968

PLACAO

AMARO FERNANDES DE
OLIVEIRA SOBRINHO
DALVANI COSTA DE
ALBUQUERQUE FERNANDES

FORMACAO

ACC

CE HAB.

AD

Nº REGISTRO

01A10781208

VALIDADE

16/12/2020

VALIDACAO

25/05/1986

Observações

A



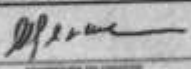
ASSINATURA DO PROFISSIONAL

LOCAL

SANTA CRUZ DO CAPIMANITE - PE

DATA EMISSAO

16/12/2015



ASSINATURA DO EMISSOR

47587078291

78978298467

DETRAN-PE (PERNAMBUCO)

INFORME A PLACA DO VEÍCULO

PDX - 9543



**SEM REGISTRO OU
ALERTA DE ROUBO/FURTO**
obrigado por usar

**HONDA/CG 160 FAN - 2017/2018 -
Vermelha**

CARUARU/PE

Chassi final: 12846

Consulta realizada em 14/11/2019 às
14:25:42

Data de extração de dados do DENATRAN:

RENAVAM: 08/06/2019

RESTRIÇÃO: 13/11/2019

ALERTA: 13/11/2019

Informações sobre as bases de dados do DENATRAN estão em
"Ajuda"



INFORME A PLACA DO VEÍCULO

PDX - 9543



**SEM REGISTRO OU
ALERTA DE ROUBO/FURTO**
obrigado por usar

**HONDA/CG 160 FAN - 2017/2018 -
Vermelha**

CARUARU/PE

Chassi final: 12846

Consulta realizada em 14/11/2019 às
14:25:42

Data de extração de dados do DENATRAN:

RENAVAM: 08/06/2019

RESTRIÇÃO: 13/11/2019

ALERTA: 13/11/2019

Informações sobre as bases de dados do DENATRAN estão em
"Ajuda"



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431337/19

Vítima: FABIO JUNIOR DA SILVA

CPF: 044.569.584-64

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO JUNIOR DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
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

FABIO JUNIOR DA SILVA : 044.569.584-64

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: 03/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-2596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 32.000.49.914 Data da solicitação: 31/03/2020
Nome do beneficiário: FABIO JUNIOR DA SILVA CPF do beneficiário: 044.569.584
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: 64

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99665.0454 Tel. Comercial: (____) _____ Tel. Residencial: (____) _____
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTA APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- ☐ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☒ Outros: Carta + Doc. JSA OSM (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CARAPU, 27/03/2020

Local e Data

Fábio Junior da Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido ao Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

Caso alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

A SEGURADORA LÍDER

VÍTIMA: FÁBIO JUNIOR DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO Nº 3200049914

Prezado Senhor,

Venho perante V.S^a, solicitar que o meu processo seja REANALISADO, pois, sofri acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 29/08/2019, conforme BO/PC/PE nº 19E0179002855, na ocasião sofri lesões gravíssimas fui submetido a tratamento cirúrgico no Hospital Regional do Agreste, tudo conforme consta da documentação médico-hospitalar junta ao processo. Atualmente me encontro com seqüelas, impossibilitada de me locomover e exercer minhas atividades, pois, estou com seqüelas gravíssimas e mesmo assim, recebi uma importância inferior ao que tenho Direito, inclusive NÃO FUI SUBMETIDO A PERÍCIA. Portanto, solicito que meu PROCESSO seja reanalisado e que eu seja submetido a uma AVALIAÇÃO por um médico indicado pela SEGURADORA LÍDER para comprovação de minhas seqüelas.

Diante do exposto, solicito de V.S^a, que o meu processo seja REANALIZADO e que seja LIBERADA a indenização a que tenho Direito, pois, estou com SEQUELAS ocasionadas pelas lesões que sofri por ocasião do acidente de trânsito em que fui vítima.

Estou a disposição da seguradora para fazer qualquer tipo de perícia por um médico indicado pela Líder.

Caruaru (PE), 11/02/2020


FABÍO JUNIOR DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200049914 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO JUNIOR DA SILVA **Data do acidente:** 29/08/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

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

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200049914 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO JUNIOR DA SILVA **Data do acidente:** 29/08/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 12
LAUDO DE IMAGEM NA PÁGINA 4

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: FABIO JUNIOR DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: ELETRICISTA
IDENTIDADE: 6277144 SSP/PE CPF: 044.569.584-64
DATA DO ACIDENTE: 29/08/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: FABIO JUNIOR DA SILVA
ENDEREÇO: LO PARQUE CIDADE, Nº 20-A, CARUARU - CARUARU/PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: FUNCIONARIO PUBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

CARUARU – PE 18 DE NOVEMBRO 2019.



Fabio Junior da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARUARU - PE

Notário da Silva, Victor - *Victor da Silva*

RUA LEOCADIO PORTO, 41 - CENTRO - CEP 55600-000 - TEL: (51) 3333-6000 / 3333-6001 - E-MAIL: contato@segundoservio.com.br

RECONHECO, por autenticidade a(s) firma(s) de:
FABIO JUNIOR DA SILVA

selo Nº 0077073.YVO11201901.04824

dou fé. CARUARU, 19/11/2019 10:09:05 Em test da verdade.



Camilla Hostio Florencio
Camilla Hostio Florencio



Emol R\$3,99 TSNR R\$0,80 Ferm R\$0,04 Funseg R\$0,08 Tot R\$4,91 Op: CAMILLA

Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital ou pelo QR CODE

OUTORGANTE

NOME: FABIO JUNIOR DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: ELETRICISTA
IDENTIDADE: 6277144 SSP/PE CPF: 044.569.584-64
DATA DO ACIDENTE: 29/08/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: FABIO JUNIOR DA SILVA
ENDEREÇO: LO PARQUE CIDADE, Nº 20-A, CARUARU - CARUARU/PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: FUNCIONARIO PUBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

CARUARU – PE 18 DE NOVEMBRO 2019.



* Fábria junior da silve-

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARLIARU - PE

Renemary da Silva Vieira - TABELA

RUA LEOGADIO FORTES, 41 - CENTRO - CEP 35060-000 - TEL.: (31) 3233-6833 / 3233-2896 - E-MAIL: contabilidade@contabilidadejpa.com.br

RECONHECO, por autenticidade a(s) firma(s) de:
FABIO JUNIOR DA SILVA

selo N° 0077073.YVO11201901.04824

dou fé. CARUARU, 19/11/2019 10:09:05 Em test da verdade.



Camilla Hosto
Camilla Hosto Florencio



Emol R\$3.99 TSNR R\$0.60 Ferm R\$0.04 Funseg R\$0.08 Tot R\$4.91 On CAML

Consulte autenticidade em: www.tipe.jus.br/selodigital ou pelo QR CODE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041494/20

Vítima: FABIO JUNIOR DA SILVA

CPF: 044.569.584-64

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO JUNIOR DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
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

FABIO JUNIOR DA SILVA : 044.569.584-64

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: 29/01/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041494/20

Número do Sinistro: 3200049914

Vítima: FABIO JUNIOR DA SILVA

CPF: 044.569.584-64

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO JUNIOR DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 31/03/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/03/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431337/19

Vítima: FABIO JUNIOR DA SILVA

CPF: 044.569.584-64

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO JUNIOR DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
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

FABIO JUNIOR DA SILVA : 044.569.584-64

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: 03/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA