

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA			
DETRAN - PE		Nº 015313384370	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
1	930717722	*****	2020
NOME JOSE CICERO DE MORAES			
SERRA TALHADA-PE			
220.461.354-15		KVBSE57	
KVB9457/PE		9C2KCG8107R198639	
ESPÉCIE TIPO BÁS MOTOCICLETA		COMBUSTÍVEL GASOLINA	
MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN K3		ANO FAB. - ANO MOD. 2007 - 2007	
CAPACIDADE 22/149CL		CATEGORIA PARTIC	
COR PREDOMINANTE PRETA			
DGT - DGT 2020 QUITADO		1º *****	
2º *****		3º *****	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		R\$ 12.30	
DATA DE PAGAMENTO		21/02/20	
SEM RESERVA			
SERRA TALHADA-PE 09/07/20			
Roberto Carlos Moreira Fontalles			
BISTRO PRESIDENTE DESTRAN-PE			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT			
PE Nº 015313384370		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
JOSE CICERO DE MORAES			
LÊ O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.segurodetransider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1304			
SERRA TALHADA-PE		2020 09/07/20	
220.461.354-15		KVBSE57	
930717722		HONDA/CG 150 TITAN K3	
2007 02		9C2KCG8107R198639	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
R\$ 4.15		R\$ 4.05	
R\$ 4.15		R\$ 0.05	
R\$ 12.30		R\$ 12.30	
R\$ 21.02/20		R\$ 21.02/20	
SEGURODORA LÍDER - DPVAT			
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.			

Digitalizado com CamScanner



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 58216 Série 00045



*Amilton Leandro de Souza Mendes*  
ASSINATURA DO PORTADOR



Digitalizado com CamScanner



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome

Amilton Leonardo de Souza  
Moraes

Loc. Nasc.

Serra Talhada - PE

Data

12.08.78

Filiação

Just. Cicero de Moraes e Sofia  
de Souza Feitosa Moraes

Doc. n.º

Cart. N.º 820.052.22V-22 B.

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em

Doc. Ident. n.º

Exp. em

Estado

Obs.

Data Emissão

13.03.98

DRT

Serra Talhada - PE  
Nelma Maria Lopes de Sousa

Assinatura do Funcionário

Assinatura do Funcionário

18

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador ES: 612339414916  
Baseio Transportes Ltda  
 CGC/MF 05.548.514/0001-08  
 Rua Marcelo de Menezes Nº 13  
 Município Moz. Guacu Est. PE  
 Esp. do estabelecimento Atividade  
 Cargo Condutor

CBO nº 3832-25  
 Data admissão 02 de julho de 19 2012

Registro nº 06 Fls./Ficha 63  
 Remuneração especificada R\$ 926,50 (Novecentos e vinte e seis reais e cinquenta centavos) por mês

Alexsandra Pereira de Oliveira  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexsandra Pereira de Oliveira  
 Departamento Pessoal

1º 04 de dezembro de 19 2012

Alexsandra Pereira de Oliveira  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexsandra Pereira de Oliveira  
 Departamento Pessoal

Dispensa CD Nº 01

19

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador Baseio Transportes Ltda  
EPP  
 CGC/MF 05.548.514/0001-08  
 Rua Marcelo de Menezes Nº 2320  
 Município Moz. Guacu Est. PE  
 Esp. do estabelecimento Atividade  
 Cargo Condutor

CBO nº 3832-25  
 Data admissão 31 de março de 19 2014

Registro nº 06 Fls./Ficha 63  
 Remuneração especificada R\$ 926,50 (Novecentos e vinte e seis reais e cinquenta centavos) por mês

Baseio Transportes Ltda  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 31 de dezembro de 19 2014

Baseio Transportes Ltda  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 31 de dezembro de 19 2014

Com. Dispensa CD Nº 01

Empregador .....

CGC/MF .....

Rua ..... Nº .....

Município ..... Est. ....

Esp. do estabelecimento .....

Cargo .....

..... CBO nº .....

Data admissão ..... de ..... de 19 .....

Registro nº ..... Fls./Ficha .....

Remuneração especificada .....

.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo client. ....

1ª ..... 2ª .....

Data saída ..... de ..... de 19 .....

.....

Ass. do empregador ou a rogo client. ....

1ª ..... 2ª .....

Com. Dispensa CD Nº .....

Empregador .....

CGC/MF .....

Rua ..... Nº .....

Município ..... Est. ....

Esp. do estabelecimento .....

Cargo .....

..... CBO nº .....

Data admissão ..... de ..... de 19 .....

Registro nº ..... Fls./Ficha .....

Remuneração especificada .....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo client. ....

1ª ..... 2ª .....

Data saída ..... de ..... de 19 .....

.....

Ass. do empregador ou a rogo client. ....

1ª ..... 2ª .....

Com. Dispensa CD Nº .....



24 ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em 01.05.00 Para R\$ 2.18 p/m

Na função de a mesma

CBO por motivo de relativa

ENPLACON Engenharia Planejamento e Construção Ltda.

Aumentado em 01.05.02 Para R\$ 2.26 p/m

Na função de a mesma

CBO por motivo de relativa

ENPLACON Engenharia Planejamento e Construção Ltda.

Aumentado em 01.05.03 Para R\$ 2.31

Na função de a mesma

CBO por motivo de comercio

CONSTRUTORA ESTRUTURAL LTDA.

Aumentado em 01.05.03 Para R\$ 2.37

Na função de a mesma

CBO por motivo de comercio

Basile Transportes Ltda - EPP

25 ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em 01.05.07 Para R\$ 3.13

Na função de a mesma

CBO por motivo de comercio

CONSTRUTORA ESTRUTURAL LTDA.

Aumentado em 01.05.09 Para R\$ 3.57

Na função de a mesma

CBO por motivo de comercio

CONSTRUTORA ESTRUTURAL LTDA.

Aumentado em 01.10.16 Para R\$ 5.60

Na função de a mesma

CBO por motivo de comercio

CONSTRUTORA ESTRUTURAL LTDA.

Aumentado em 01.05.14 Para R\$ 6.00

Na função de a mesma

CBO por motivo de comercio

Basile Transportes Ltda - EPP

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner



## ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato do trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

Conforme documento em poder do empregador, o portador assinou contrato experimental de 45 (quarenta e cinco) dias, com vigência de 20/04/2012 a 03/06/2012, sendo prorrogado automaticamente para mais 45 (quarenta e cinco), com vigência de 04/06/2012 a 18/07/2012

Fernando José Nóbrega Racci e Outros

Acumulo para trabalhar em caráter experimental pelo prazo de dias, a contar desta data, ficando assegurado a ambos os lados o período de direito de rescisão e contra o sem aviso prévio ou indenização.

Secra. Saúde 03.09.12  
ALEXANDRA PEREIRA DE OLIVEIRA  
Departamento Pessoal

## ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato do trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

## CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

Firmado Contrato de Experiência por prazo de 45 dias. Não sendo denunciado por nenhuma das partes, será prorrogado automaticamente por mais 45 dias. Nesta data foram firmados documentos em separado as cláusulas do Contrato de Trabalho.

Baselo transportes Ltda - EPP

A data do efetivo desligamento é dia 01/12/12.

Baselo transportes Ltda - EPP



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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

JOSE CICERO DE MORAES

CPF: 220.461.354-15

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI CAPITAO 2100

BOM NOME - REGIAO RURAL/BOM NOME  
56950-000 SAO JOSE DO BELMONTE PE

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

## DATA DE VENCIMENTO

18/09/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

39,76

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

10/09/2020

## DATA DA APRESENTAÇÃO

10/09/2020

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

123541489

## CONTA CONTRATO

007030405107

## Nº DO CLIENTE

2001589122

## Nº DA INSTALAÇÃO

0003563102

## CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

8EBF.D89C.1EB5.7C5A.0FF3.D5FB.0E2C.A5B0

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	55,00	0,38432197	21,13
Consumo Ativo(kWh)-TE	55,00	0,29872371	16,42
ICMS Subvenção-CDE-NF 115544772-09/07/20			0,29
Multa por atraso-NF 119407215 - 11/08/20			0,91
Juros por atraso-NF 119407215 - 11/08/20			0,25
Atualização IGPM-NF 119407215 - 11/08/20			0,76
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>39,76</b>

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
37,55	25,00	9,38	37,55	1,06	0,39	37,55	4,99	1,87

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,26499000	SET 20	55
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,20597000	AGO 20	67
		JUL 20	62
		JUN 20	70
		MAI 20	96
		ABR 20	84
		MAR 20	88
		FEV 20	85
		JAN 20	80
		DEZ 19	95
		NOV 19	97
		OUT 19	90
		SET 19	86

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	11,48	30,57
Transmissão	1,63	4,34
Distribuição (Celpe)	8,46	22,53
Encargos Setoriais	1,63	4,34
Tributos	11,63	30,98
Perdas de Energia	2,72	7,24
<b>TOTAL</b>	<b>37,55</b>	<b>100</b>

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003131968646	CAT	11/08/2020 4.752,00	10/09/2020 4.807,00	30	1,00000	0,00	55,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/10/2020

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jul/2020					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	11,94	23,89	47,79
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,74	15,49	30,98
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	6,59	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 14,57					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.  
Sua rota/ciclo de leitura será alterado. Art. 84 Ren. ANEEL 414/10.  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 8,25 .  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Acesse [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br) e confira nosso Aviso de Privacidade.

## NÍVEIS DE TENSÃO

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

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007030405107	09/2020	39,76	18/09/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

## PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





**AVISO IMPORTANTE!**  
Utilizar a opção "TÍTULO" quando for pagar em  
terminais de Auto-Atendimento.

Comprovante do Cliente

Autenticação Mecânica

DESTAQUE AQUI

BANCO DO BRASIL S/A 001	Vencimento 18/09/2020	Agência/Cod.Cedente 3064-3/54427-2	Espécie R\$	Quantidade	Valor do Documento 39,76	(-)Desconto/Abatimento
(-) Outras deduções	(+) Mora/multa p/ dia de atraso		(+) Outros acréscimos		Ficha do Caixa	Autenticação Mecânica
Nosso Número 32174750114154698	Nº do Documento 0511677281		(=) Valor Cobrado 39,76			

DESTAQUE AQUI

<b>BANCO DO BRASIL S/A</b>		<b>001-9</b>	<b>00190.00009 03217.475015 14154.698170 8 83820000003976</b>			
Local de Pagamento						Vencimento
PAGÁVEL NA REDE BANCÁRIA						18/09/2020
Cedente						Agência/Cod.Cedente
Companhia Energética de Pernambuco - Celpe						3064-3/54427-2
Data Documento	Nº do Documento	Espécie	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número	
10/09/2020	0511677281		N	10/09/2020	32174750114154698	
Uso Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento	
	17	R\$			39,76	
Instruções 1-Multa por atraso de pagamento: 2% a ser cobrada na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL. 2-Juros por atraso no pagamento: 1% a.m. a ser cobrado na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL. 3-Atualização Monetária - sobre IGPM - Res. 414/ANEEL de 09/09/10 a ser cobrado na próx. fatura. 4-Pagável nos canais de recebimento da rede bancária. 5-Usar a opção "TÍTULOS" para pagamento em caixas eletrônicos ou internet.						(-) Desconto/Abatimento
						(-) Outras Deduções
						(+) Mora/Multa p/dia de atraso
						(+) Outros acréscimos
						(=) Valor Cobrado
						39,76

Sacado

JOSE CICERO DE MORAES  
220.461.354-15

007030405107

Sacador/Avalista

Ficha do Caixa

Autenticação Mecânica



# Clínica Médica Especializada

Dr. João César da Cunha

CRM-PE 10990  
CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA DO TRABALHO  
ENDOCRINOLOGIA  
Fones: (87) 3831.1601 / 9 9991.5659

AMILTON LEANDRO DE SOUZA

DATA E LOCAL DO ACIDENTE: 22.05.2020- FAZENDA CAPITÃO- PROXIMO A BOM NOME

TIPO DE ACIDENTE: Queda de moto.

LESÕES DECORRENTES DO ACIDENTE: Fratura na clavícula direita

PRIMEIRO HOSPITAL DE ATENDIMENTO: HOSPAM

HOSPITAL AO QUAL FOI TRANSFERIDO: Hospital São Vicente, em Serra Talhada-PE.

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico com colocação de 01 fio de kirchenner

EXAME FISICO ATUAL: Paciente apresenta-se com limitação na elevação, rotação, déficit de força no membro superior direito, ao exame foi notado déficit de elevação, flexão e rotação em 70%, déficit de força.

SEQUELAS ATUAIS E CONCLUSÃO: Dificuldade para elevação e rotação, déficit de força do membro superior direito, déficit laboral em 70% para os trabalhos na agricultura, com alta definitiva em 21/09/2020.

*Dr. João César da Cunha*  
Medicina do Trabalho  
CRM - 10990

Serra Talhada, 21 Setembro de 2020

Rua Cornélio Soares, 810  
Centro - Serra Talhada - PE  
CEP: 56.903-440

Digitalizado com CamScanner

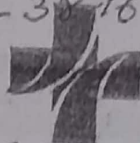


Fen: 8499996-3802 -

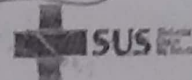
SF: 95741-3816



PERNAMBUCO

HOSPAM  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR  
AGAMENON MAGALHÃES

(47 anos)



11:46

## BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 29

Data: 22-05-2020	Hora: 11:56
Nome: Simão Leonardo de Souza Moura	Profissão: Arquiteto
Nome Social:	Estado Civil: Solteiro
Nascimento: 22-08-1973	Sexo: M
Escolaridade:	Responsável:
Mãe: Soraia de Souza Feijó Moura	
Endereço: R. Capitan	
Bairro:	Município: Jua/PE
Cartão SUS:	RG/CPF: 55.571.0084
Raça/Cor:	Cor: Branca
	Cor: Preta
	Cor: Parda
	Cor: Amarela
	Cor: Indígena

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

☒ VERDE

AZUL

Situação/Queixa: Refere dor em clavícula D após queda de moto ontem

UW 50 DMO

PA: 120 X 80	Pulsos:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso: Nega.						
Intolerâncias/Alergias: Nega.						
Fonograma: Ao Ortopedista / clínico	Carimbo e Assinatura:					

## ATENDIMENTO MÉDICO

## História e Exame Físico:

Paciente comparece com queixa de queda de moto há aprox. 30h e se queixa de dor em topografia de clavícula D. Não alergia a medicações.

## Tratamento:

- 1 Radiografia de tórax em PA e perf.
- 2 Radiografia de ombro D. em AP e perf.
- 3 Voltaren - 100mg, 1x
- 4 Dipirama - 1 Ampola, 1x

## Hipótese Diagnóstica:

Trauma de clavícula

## Carimbo e Assinatura:

Paciente, requilado P/H. Sem lesões



## CONDUTA MÉDICA


Destino do Paciente:	<input type="checkbox"/> Internado	<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Evasão
Removido para o hospital:				
Óbito às	hrs do dia			
Carimbo e Assinatura:				

## OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras questões:

Pit. retorna com a radiografia solicitada, a qual mostra fratura de clavícula D.

# CD: Transfêrencia



Exames Solicitados:

<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> LCR	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Glicose	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Uréia	<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Creatinina	<input type="checkbox"/> CKMB	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Ionograma	<input type="checkbox"/> Troponina	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Leucograma	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Eritrograma	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs.

## VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar









# Hospital São Vicente

Data Atend: 26/05/2020	Atendimeto: 0036408	Quarto/leito: 306 / 1
<b>Paciente: 00248860 - AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES</b>		
Data Nasc: 12/08/1978	Idade: 41 Anos	Sexo: Masculino
Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade: SERRA TALHADA	Estado Civil: Solteiro
Nome Pai: JOSE CICERO DE MORAES		Nome Mãe: SOFIA DE SOUZA FEITOZA MORAES
Endereço: SITIO CAPITAO, 2100		- BOM NOME - SAO JOSE DO BEL - PE
Telefones: ( ) . / ( ) . / (87) 9996.3802		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Transito ( )	Acidente de Trabalho ( )	Outros Acidentes ( )
Suicídio ( )	Casual ( )	Outros ( )
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: ( ) .
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		
<b>ANAMNESE E EXAME FISICO:</b> <i>Doença Pericardica RSD</i> <i>de pericardite pericardica</i> <i>de natureza D. de pericardite</i> <i>pericardite - pericardite</i>		
Diagnostico Inicial: <i>FRAT. CAVITARIA</i> ⊕		
SADT:		
Diagnostico Final:		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada (X)	Descição Medica (X)	Data do Internamento: <i>26 5, 20</i>
Inalterado ( )	Alta a Pedido ( )	Data da Alta: <i>28 05-1 20</i>
Plorando ( )	Transferencia ( )	Local: _____
Obito + 48h ( )	Evasão ( )	
Obito - 48h ( )	Indisciplina ( )	
Obito em ____/____/____		
Hora : _____		
		Medico Responsavel
		<i>Pedro Avelino Amador de Carvalho</i>
		CPF: 024.223.204-30 CRM: 18558



# Hospital São Vicente

Data Atend: 26/05/2020	Atendimento: 0036408	Quarto/leito: 306 / 1
Paciente: 00248860 - AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES		
Cirurgia Realizada: <i>Osteossintese de fratura de</i>	N. do Procedimento: <i>04080/0/50</i>	
Data: <i>27/05/2020</i>	Início:	Término
Cirurgião: <i>EU GENIO</i>		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Herton</i>		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: <i>Abertura da ferida, limpeza, lavagem com solução antisséptica. Realização de osteossintese com placa e parafusos. Fechamento da ferida com pontos e curativo.</i>		
<i>Od fio KIRSCHNER IO. Sutura Pier Placa e parafusos</i>		
Assinatura do Cirurgião		

Antônio Rodrigues de Freitas  
CRM 7351  
CPF: 056.552.003-25







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC  
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0267002731**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/08/2020** às **09:09**

Complementa o BO Número: **20E0267002239**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **21/5/2020** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **FAZENDA CAPITAO PROXIMO DE BOM NOME, ESTRADA DA FAZENDA CAPITAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA ( AUTOR \ AGENTE )  
AMILTON LEANDRO DE SOUZA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **AMILTON LEANDRO DE SOUZA**

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

**AMILTON LEANDRO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SOFIA DE SOUZA FEITOZA MARAIS Pai: JOSE CICERO DE MORAIS Data de Nascimento: 12/8/1978 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residencial: **SITIO CAPITAO MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, DISTRITO DE BOM NOME - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, DISTRITO DE BOM NOME**

**NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **AMILTON LEANDRO DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **AMILTON LEANDRO DE SOUZA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KKB9E57** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **930717732** Chassi: **9C2KC08107R198639**  
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **ALCO/GASOL**



## Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SERRA TALHADA A PESSOA DA VITIMA DESTE BOE A MESMA JA DEVIDAMENTE QUALIFICADA NESTE PROCEDIMENTO QUE COMUNICA QUE EM DATA HORA E LOCAL QUANDO TRAFEGAVA PELA ESTRADA QUE DA ACESSO AO SITIO CAPITAO LOCAL ONDE RESIDE A VITIMA APOS TER PASSADO A NOITE EM UM VELORIO DE SUA AVO E ESTAVA VOLTANDO PARA SUA CASA QUANDO CHEGOU A DORMIR E PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTO VINDO A CAIR ONDE TEVE A GRAVICULA DO LADO DIREITO QUEBRADA O MESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPAN NA DATA DE 22 DE JULHO DEVIDO MORAR LONGE DA CIDADE O MESMO FOI MEDICADO NO HOSPAM E DEPOIS TRANSFERIDO PARA A CASA DE SAUDE SAO VICENTE ONDE FOI OPERADO A MOTO SE EMCONTRA EM DE JOSE CICERO DA SILVA O QUAL E SEU GENITOR POR ESTE MOTIVO FAZ TAL COMUNICACAO PARA FINS DE DIREITO.

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

AMILTON LEANDRO DE SOUZA  
(VITIMA)

*Amilton Leandro de Souza*

B.O. registrado por: **SÍLVIO ROMERO GOIS DE OLIVEIRA** - Matrícula: **384864-7**





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

**Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200302013**

**Vítima: AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES**

**Data do Acidente: 21/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES**

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **0000084756-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

