
Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462143

Vítima: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO DE ARAUJO SENA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

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.**

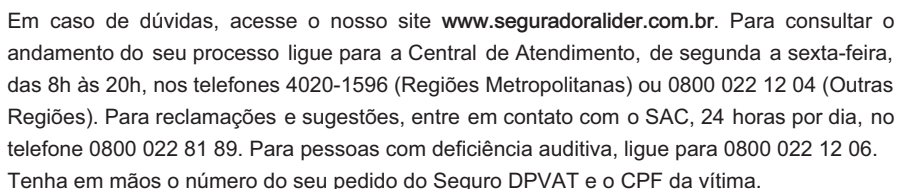
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462143

Vítima: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO DE ARAUJO SENA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462143

Vítima: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO DE ARAUJO SENA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000003212-3**

Conta: **0000054564-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190462143 **Cidade:** Saloá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO ESQUERDO EM REGIÃO DE DIÁFISE + LESÃO DE NERVO RADIAL.

Descrição do exame físico: PERDA DE 75% DOS MOVIMENTOS DO 1º E 2º DEDOS DA MÃO ESQUERDA E RIGIDEZ LEVE DO COTOVELO ESQUERDO AOS MOVIMENTOS SOLICITADOS.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS.
DATA DA ALTA : 07/08/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO(50%) EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/08/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRITAS NO EXAME FÍSICO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190462143
Nome do(a) Examinado(a): Alan Melo Honorio de Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Serrinha da Prata, 6367
Serrinha da Preta Saloa PE CEP: 55350-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9972504
Data local do acidente: [27/03/2019]
Data local do exame: [22/08/2019] Garanhuns [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE ÚMERO ESQUERDO EM REGIÃO DE DIÁFISE + LESÃO DE NERVO RADIAL.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACAS E E PARAFUSOS METÁLICOS.
Complicações: NENHUMA.
Data da Alta: 07/08/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
PERDA DE 75% DOS MOVIMENTOS DO 1º E 2º DEDOS DA MÃO ESQUERDA E RIGIDEZ LEVE DO COTOVELO ESQUERDO AOS MOVIMENTOS SOLICITADOS.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
PERDA DE MOVIMENTOS DO 1º E 2º DEDOS DA MÃO ESQUERDA
RIGIDEZ DE COTOVELO E.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| () "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias | () "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica) |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
DEDO POLEGAR - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
2º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
COTOVELO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
Realizou 30 sessões de fisioterapia.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Cleudo Miranda
Médico
CRM-PE 19091



539033
0264842 / 119

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 145ª CIRCUNSCRIÇÃO - SALOA - DP 145ª CIRC DINTER 1/16ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 19E0235000227

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/07/2019 às 11:27

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Constrangedo) que aconteceu no dia 27/03/2019 no período da

Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SALOA, 01, ESTRADA QUE DA ACESSO AO POVOADO SERRINHA DA PRATA -**
Bairro: **CENTRO - SALOA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA - INTERVENIENTE
HERMESSON HONÓRIO DE OLIVEIRA (CULPOSO)
ALAN MELO HONÓRIO DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ALAN MELO HONÓRIO DE OLIVEIRA**

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

ALAN MELO HONÓRIO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO SOCORRO DE MELO HONÓRIO Pai:
PAULO HONÓRIO DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 13/12/1984 Nacionalidade: GUINÊ / SÃO PAULO / BRASIL
Endereço Residencial: **POVOADO SERRINHA DA PRATA, 6367 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - SALOA/PERNAMBUCO/BRASIL**

HERMESSON HONÓRIO DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MERIABETANIA DE OLIVEIRA HONÓRIO
PAULO HONÓRIO DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 13/12/1984 Nacionalidade: GUINÊ / SÃO PAULO / BRASIL
Endereço Residencial: **POVOADO SERRINHA DA PRATA, 6367 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - SALOA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): HERMESSON HONÓRIO DE OLIVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): ALAN
MELO HONÓRIO DE OLIVEIRA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI Objeto apreendido: Não**
Cor: **VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Marca: **CG 150 FAN MIX ESDI** Ano de Registro: **2014/2015** Ano de Fabricação/Modelo: **2014/2015**

Complemento / Observação

CONFORME INFORMOU O DECLARANTE, NO DIA 27/03/2019, POR VOLTA DAS 20H, QUANDO SE DESLOCAVA DA CASA DE SUA NOIVA, NO SÍTIO LAGOA NOVA, PARA SUA RESIDÊNCIA NO POVOADO SERRINHA DA PRATA, PERDEU O CONTROLE NA MOTOCICLETA AO BATER EM UM BURACO, VIROU A CABEÇA, ALÇA QUE FICOU CONSCIENTE E QUE SENTIU MUITAS DORES, PRINCIPALMENTE NO BRACÇO ESQUERDO, QUE, POPULARES JÁ PASSANDO E, AO VÊ-LO CAÍDO NO CHÃO, PERDIAM SOCORRO; QUE, O MESMO FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO POVOADO DA SERRINHA DA PRATA PARA O HOSPITAL LOCAL, PORÉM, DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTO, FOI LEVADO AO HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA, SENDO ENCAMINHADO POSTERIORMENTE AO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU, ONDE PRECISOU PASSAR POR CIRURGIA.

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

RECEBUEMOS
05 AGO. 2019
Gente Registrada SIA
Av. Rui Barbosa, nº 116 - Lda 5
Cidade: Recife, PE - 51010-000

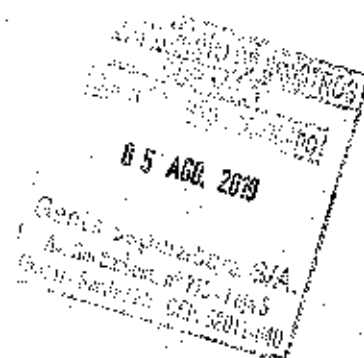
03/07/2019

Boletim de Ocorrência

ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA
(VITIMA)

RF

~~ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA~~





MORTE

Non solo Honorio de Almeida

CP#: 115885914-76

Número:	Complemento:
---------	--------------

CEP: 2535-200

Tel. [DDDD]-

☐ R\$7.001,00 ATE: R\$10.000,00

Canva Free Business Borders (304)

— — — — —

11. 2 11. 2 11. 2

FPS.Q01 V001/2018



HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
Sílvio Gomes, Heliópolis, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100 | (87) 3761-8101

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro: 51703 Data e Hora de Atendimento: 27/03/2019 às 22:45:25 Procedimento Local: Prontuário Integrado Local de Entrada: EMERGÊNCIA ORTOP

Formações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025386306 - ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

NS: 160717562790004

Nascimento: 13/12/1994

Idade: 24 anos

Sexo: Masculino

Cor:

Estado Civil: Solteiro(a)

Profissão: ESTUDANTE

Naturalidade: SUMARE - SP Nacionalidade: Brasileiro

Documento:

RG - 9972504

Filiação:

Pai:

Mãe: MARIA DO SOCORRO DE MELO HONORIO

Endereço (Av., Rua, etc): SÍTIO SERRA D'APRATA, Nº

Complemento:

Airroz: ZONA RURAL

Cidade: Saloá

UF: PE

Telefone: (87) 8128-2535

Companhante:

Corrência:

Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: Saloá

Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: / /

Hora:

Médico:

CRM:

Doença Principal:

IDA:

História de Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Motorista ☐

Passageiro ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local do Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐

Altura:

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte realizado por:

Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Exame físico:

A: Geral

Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐

O paciente fala: Sim ☐ Não ☐

Tempo:

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mm.Hg

Pulso:

bpm

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Verbal

Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS/PE
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE REGISTROS

DEVAT

REGISTRO NÃO VERIFICADO

11 AGO. 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5

Graciosa - Recife/PE - CEP: 52011-040

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Nome: Alana Maria Gomes de Oliveira Idade: 24

Situação/Queixa: Ulcera de Apendicite de nódulo Apresença de uma de nódulo

Posterior

(Sintoma 20/08/2019)

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA VIA PÚBLICA TRABALHO UNIDADE DE SAÚDE:

Doenças Preexistentes:

Medicações em uso:

INTOLERÂNCIA/ALERGIAS

PARÂMETROS

PA: 110/70 P: 72 R: 18 T: 36.5 SpO2: 98 HGT: 1.65 Peso: 55

RÉGUA DE DOR

LEVE

MODERADA

GRAVE

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☒ NÃO

Consciente Orientado Desorientado Ansioso Certo
Agitado Torporoso Comatoso Não atende voz de comando

Ritmo Sinusal Palpitações Taquicardia Bradicardia
Dispneia aos esforços Dispneia de repouso Dispneia de noturna Cianose
Palidez Sudorese

DOR TORÁXICA

INTENSA

MODERADA

LEVE

Duração da dor:

Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR

Braço E

Braço D

Escápula

Mandíbula

Costas posteriores

Abdome

DOR PRESENTE

EM REPOUSO

AOS ESFORÇOS

QUANDO RESPIRA

Fluxograma:

Data: 22/03/19

Assinatura: [Assinatura]



HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA

Rua Dom Mouro, 100 - Centro - Garanhuns - PE
CEP: 52011-000 Fone: (87) 4201-4100 / (87) 4201-4101

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro: 551703 Data e Hora do Atendimento: 27/03/2019 às 22:45:25 Procedimento Local: Pronto-Socorro Integrado Local de Entrada: EMERGÊNCIA ORTOPÉDICA

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025368306 - ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

CNS: 160717562790504 Nascimento: 13/12/1994 Idade: 24 anos Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: ESTUDANTE Naturalidade: SUMARE - SP Nacionalidade: Brasileiro

Documento: RG: 5972504 Filiação: Pai: Mse: MARIA DO SOCORRO DE MELO HONORIO

Endereço (Av., Rua, etc): SÍTIO SERRA DAPRATA, Nº: Complemento: Bairro: ZONA RURAL Cidade: Salão UF: PE Telefone: (87) 8125-2535

Acompanhante:

Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: Salão Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: / / Hora: Médico: CRM: /

Clínica Principal:

HDA:

Don e esposa mudaram-se para E

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ 14 AGO 2019Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Absente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Gente Seguradora S/A. Passageiro ☐Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local do Impacto: Av. Rui Barbosa, 175 - Loja 5Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: mQueimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte realizado por:Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Exame físico:

A: Geral Via aérea está patula: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp: °C

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm Hg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóncas ☐ Anisocóncas ☐

Glasgow: Abertura Ocular Escala: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escala: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escala: Hora:



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	4.725,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03212-3

CONTA: 000000054564-3

Nr. Autenticação

BRDESCO280820190500000000023703212000000054564472500 PAGO



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP: 50010-000
CNPJ 10.935.892/0001-03 | Insc. Est. 0012543-00 | www.celpe.com.br

1005 DO CLIENTE
JOSE ALVES DE OLIVEIRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SERRINHA DA PRATA 6367

PF 078 150.534-00

RUA SERRINHA DA PRATA
SALA 04 PE
55.50-000

ABREVIATURA

RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

1528617013 04/2019

09/05/2019 24/05/2019

1528617013 04/2019
09/05/2019 24/05/2019
1528617013 04/2019
09/05/2019 24/05/2019

QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
47,03	0,000	0,7728862
		28,34
		3,50
		0,27

TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
ENTRADA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	VALOR
1528617013	04/2019	12/01/2019	04/2019	12/01/2019	04/2019	12/01/2019	0,00

TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
ENTRADA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	VALOR
1528617013	04/2019	12/01/2019	04/2019	12/01/2019	04/2019	12/01/2019	0,00

TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
ENTRADA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	VALOR
1528617013	04/2019	12/01/2019	04/2019	12/01/2019	04/2019	12/01/2019	0,00

DATA DE EMISSÃO: 02/06/2019
VALOR TOTAL: 40,17



05 AGO, 2019
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO S/A
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista - Recife - PE
CNPJ 10.935.892/0001-03

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, RUA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.635.932/0001-09
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005543-99



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 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

ERALDO NORAES DE SENA
CPF: 138.629.294-00

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV MIN MARCOS FREIRE 3201 AP-202
CASA CAIAVALINDA
53130-540 OLINDA PE

DATA DE VENCIMENTO

19/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

05/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

12/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

068529159

CONTA CONTRATO

002792344014

Nº DO CLIENTE
2001625970Nº DA INSTALAÇÃO
0062025275

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Trifásica

RESERVADO AO FISCO

98E3.72E8.50F7.9950.74CD.C3B9.97FC.F330

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	425,00	0,78063085	331,76
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal			17,46
ICMS Subvenção-CDE-MF 089867455-07/05/18			2,84
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,01
TOTAL DA FATURA			352,13

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
332,84	25,00	83,21	332,84	0,82	2,72
			332,84	3,21	12,68

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,9433800		
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Gerção de Energia	140,37	32,00	
Transmissão	11,96	3,00	
Distribuição (Celpe)	72,02	21,88	
Energias Perdas	17,12	5,44	
Tributos	59,61	25,60	
Perdas de Energia	22,59	6,96	
TOTAL	332,84	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ANUAL		Nº DIAS	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000003121038819	CAT	05/06/2019	22.800,00	03/07/2019	28.515,00	30	1,00000	0,00	425,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/08/2019

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você 7plast descartáveis e artigos: governador carlos de lima ovascanta casa cada / comercial faculdades: av coronel frederico fundgrm 424 loja 01
No data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
maio/2019					
DIC-Fora de horas sem Energia	DLINVI	0,00	4,43	9,87	19,34
FIC-Fora de horas sem Energia		0,00	3,47	6,35	12,70
DIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,59	0,00	0,00
DIC-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
BUSD-Valor do Espelho do Uso = R\$ 125,02					
Toda Companhia pode realizar a suspensão dos indicadores DIC, FIC, DMC, DDC e DCR em qualquer tempo.					

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
380	360	399

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002792344014	07/2019	0,00	19/07/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente.
Banco 001-9 Agência 8534

O Débito Automático em Conta Corrente é confortável, muito seguro e você pode suspender o débito até três dias úteis antes do vencimento.
Para maiores informações ligue 116

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME

BRUNO DE ARAUJO SENA

FILIAÇÃO

ERALDO MORAES DE SENA
MARILEIDE DE ARAUJO SENA

NACIONALIDADE

OLINDA-PE

RG

10980448 - SDS/PE

DEADON DE ORGAOS E TERCOS

NÃO

DATA DE NASCIMENTO

30/11/1985

CPS

060.473.174-48

VIA

EXPIRADO EM

02 05/06/2019

Bruno de Albuquerque Baptista
BRUNO DE ALBUQUERQUE BAPTISTA
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO

28063



DEPARTAMENTO DE SINISTRA
DIPAT
CONTÉIDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

Seguro Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Hermesson Honorio de Oliveira
 RG nº 99.146.810-4, data de expedição 01/10/2014
 Órgão SSP, portador do CPF nº 489.039.908-03, com
 domicílio na cidade de Salão, no Estado de
Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Passeio semina da Pata, nº ,
 complemento EU, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima ALAN MELO MONTEIRO DE OLIVEIRA, cujo o condutor era
ALAN MELO MONTEIRO DE OLIVEIRA

Veículo: PAS Motocicleta
 Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI
 Ano: 2014/2015
 Placa: OY27640
 Chassi: 9CRKC1680FR508455
 Data do Acidente: 24/03/2019
 Local e Data: BR061, 2019 SALÃO

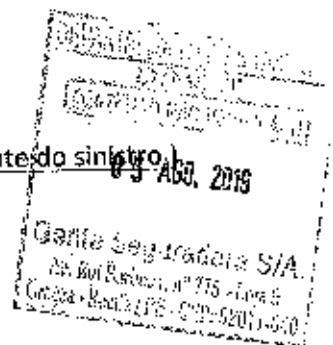
Hermesson Honorio de Oliveira
 Assinatura do Declarante

ALAN MELO MONTEIRO DE OLIVEIRA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

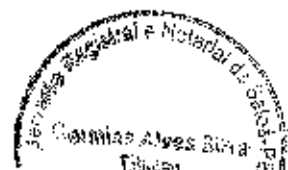
SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SALÃO - Carmine Alves Silva - Titular
 R. José Florentino Alves, nº 51 - Centro - São Paulo - SP - CEP: 05350-000 - Tel: (11) 3036-0222 - E-mail: carmine@notariadigital.com

Reconheço por Autenticidade a firma de HERMESSEON HONORIO DE OLIVEIRA em
 13/08/2019, dou fé. Em test. da verdade. Escrevente:
Leandra Ferreira da Silva Dias - Emp. R\$ 3,99 TSNR
 R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40, FERM R\$ 0,04, FUNSEG R\$ 0,08 - Total R\$ 4,91.
 Selo: 0074062.ZUL05201903.00105 - Consulte autenticidade em
 www.tpe.jus.br/selodigital
 Selo: 0074062.ZUL05201903.00105



SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SALÃO - Carmine Alves Silva - Titular
 R. José Florentino Alves, nº 51 - Centro - São Paulo - SP - CEP: 05350-000 - Tel: (11) 3036-0222 - E-mail: carmine@notariadigital.com

Reconheço por Autenticidade a firma de ALAN MELO MONTEIRO DE OLIVEIRA em
 13/08/2019, dou fé. Em test. da verdade. Escrevente:
Leandra Ferreira da Silva Dias - Emp. R\$ 3,99 TSNR
 R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40, FERM R\$ 0,04, FUNSEG R\$ 0,08 - Total R\$ 4,91.
 Selo: 0074062.LMT05201903.00105 - Consulte autenticidade em
 www.tpe.jus.br/selodigital
 Selo: 0074062.LMT05201903.00105





HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
Sílvio Gomes, Heliópolis, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100 | (87) 3761-8101

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro: 51703 Data e Hora de Atendimento: 27/03/2019 às 22:45:25 Procedimento Local: Prontuário Integrado Local de Entrada: EMERGÊNCIA ORTOP

Formações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025386306 - ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

NS: 160717562790004

Nascimento: 13/12/1994

Idade: 24 anos

Sexo: Masculino

Cor:

Estado Civil: Solteiro(a)

Profissão: ESTUDANTE

Naturalidade: SUMARE - SP Nacionalidade: Brasileiro

Documento:

RG - 9972504

Filiação:

Pai:

Mãe: MARIA DO SOCORRO DE MELO HONORIO

Endereço (Av., Rua, etc): SÍTIO SERRA D'APRATA, Nº

Complemento:

Airroz: ZONA RURAL

Cidade: Saloá

UF: PE

Telefone: (87) 8128-2535

Companhante:

Corrência:

Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: Saloá

Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: / /

Hora:

Médico:

CRM:

Doença Principal:

IDA:

História de Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local do Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte: Realizado: ☐ Não ☐

Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Exame físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.:

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mm.Hg

Pulso:

bpm

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Verbal

Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimento:

Cód. Procedim:

Ass. Médico + Ca

Ass. Enfermeira + i

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico de Caso:

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

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado

☐ Inalterado ☐ Pior

☐ Óbito

Transferido para:

Internado na Clínica:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

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

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

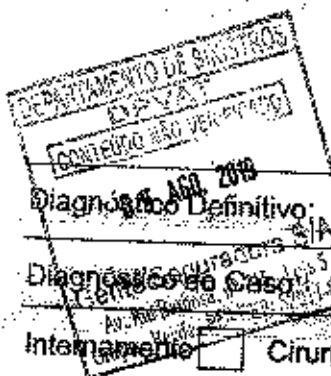
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento de todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS/PE
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL
Idade: 35

Nome: Maria da Conceição da Silva

Situação/Queixa: Dor abdominal

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA VIA PÚBLICA TRABALHO UNIDADE DE SAÚDE:
Doenças Preexistentes:
Medicações em uso:
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS

PARÂMETROS

PA: P: R: T: SpO2: HGT: Peso: Glasgow:

RÉGUA DE DOR

LEVE MODERADA GRAVE

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☐ NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calmo
Agitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz da chamada	
Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia	
Dispnéias aos esforços	Dispnéia de repouso	Dispnéia de noturna	Engasgo	
Palidez	Sudorese			

DOR TORÁXICA

INTENSA MODERADA

Duração da dor:

Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR

Brço E Brço D Escápula Mandíbula Tórax posterior Abdôme

DOR PRESENTE

EM REPOUSO AOS ESFORÇOS QUANDO RESPIRA

Fluxograma:

Data:

Assinatura/Carimbo

[illegible][illegible]



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 497342 Prontuário: 336221

Nome: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA
Data Nasc.: 13/12/1994 Idade: 24 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: 9972504 CNS: 160717562790004
Endereço: SÍTIO SERRINHA DA PRATA Nº: 0
Bairro: ZONA RURAL Cidade: SALOÁ Estado: PE
CEP: 55353971 Fone: 981762076 Profissão: AGRICULTOR
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO DE MELO HONORIO
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2- ATENDIMENTO Data: 01/04/2019 12:13 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Paciente com trauma distal do
membro D + lesão do M. radial.
Em atendimento no 1º andar.

Exame Físico:

PA: FC: FR:
Membro D: lesão do M. radial
Membro A: lesão do M. radial.

Diag. Provisório:

Fratura do úmero / lesão do M. radial

Lesão do M. radial
Procedimento

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

Dr. Maurício
Ortopedia / Traumatologia
CRM PE 16.693.7607-10

05 AGO. 2019

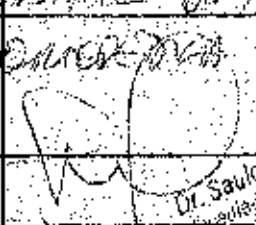
360 7 575 62 99 0004

2 - 08

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

SENHA: 5653023

Unidade de Saúde	H.R.D.M.	Município	GOES	Região de Saúde	V
Nome do Paciente	ALAN ALBUQUERQUE HONÓRIO DE OLIVEIRA				
Quadro Clínico	DOR + IMPOTÊNCIA FUNCIONAL PRONCO S SINTOMAS CLÍNICOS DE LESÃO DO N. RADIAL E				
Diagnóstico	FATURA DO FLEXOR DO ULNAR E + LESÃO DO N. RADIAL				
Destino	HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE	Município	CARUARI	H. de Saída	
Motivo (Registro detalhado)	CITIZIA DIVERGENTE + NEVROLOGICA				
Assinatura do Responsável	 Dr. Saulo Almeida Cirurgião Traumatologista CRM 10.728/PE CREME-PE 1145		Nº do C.R.M.	8748	Data
Destino		Município		H. de Saída	
Motivo (Registro detalhado)					
Assinatura do Responsável			Nº do C.R.M.		Data
Destino		Município		H. de Saída	
Motivo (Registro detalhado)					
Assinatura do Responsável			Nº do C.R.M.		Data
Destino		Município		H. de Saída	
Motivo (Registro detalhado)					
Assinatura do Responsável			Nº do C.R.M.		Data
Unidade prestadora do atendimento		Município		H. de Saída	
Especificação do Atendimento Prestado					
Assinatura do Responsável			Nº do C.R.M.		Data

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde:	HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE		
Paciente:	ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA	Nº Registro:	
Clinica:	ORTOPEDIA	Nº do leito:	
Operador:	DR. MARCELO CAPELA		
Assistente:	DR. CLÉTON DOS ANJOS R3	2º Assistente:	DR. MARCOS GONÇALVES R3
Instrumentador:		Anestesiista:	
Anestesia:	BLOQUEIO DE PLEXO	Duração:	
Data da Operação:	16/04/2019	Início:	Término:
Diagnóstico Pré-operatório:	FRATURA DIAFISÁRIA DE UMERO + LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL		
Diagnóstico Pós-operatório:	O MESMO		
Operação Proposta:	OSTEOSSINTESE DE FRATURA DIAFISÁRIA DE UMERO		
Operação Realizada:	A MESMA		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPÇÃO + APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INSISÃO ANTEROLATERAL + DISSECAÇÃO POR PLANOS + HEMOSTÁZIA
4. VISUALIZADO FOCO FRATURÁRIO + REALIZADO CALOSTOMIA + REDUÇÃO DA FRATURA
5. FIXAÇÃO COM PLACA DCP 4,5 MM LARGA DE 7 FURROS + 6 PARAFUSOS CORTICAIS (3 DISTAIS E 3 PROXIMAIS)
6. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SFO 9%
7. REVISÃO DA HEMOSTÁZIA
8. SUTURA POR PLANOS
9. CURATIVO
10. ENCAMINHADO PACIENTE A SRPA

Dr. Marcos Gonçalves
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 107.750

16.04.2019

RECEITUÁRIO

Unidade: Alag. João Honório
Nome: de Sousa
Registro N.º: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____

paciente vítima
de acidente de
moto em 27/3/2019
(sic). Lesões pleco-
marginais a E +
Fract. diaf. V. no E.
ver exames
complementares,
resumo de Atls e
clínica. Exame
pl. tireoide, ENMG,
SA. Mel. pl. joelho
de bursite e outros
Data: 25/5/2019

Medico CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Efelds Monteiro de Souza

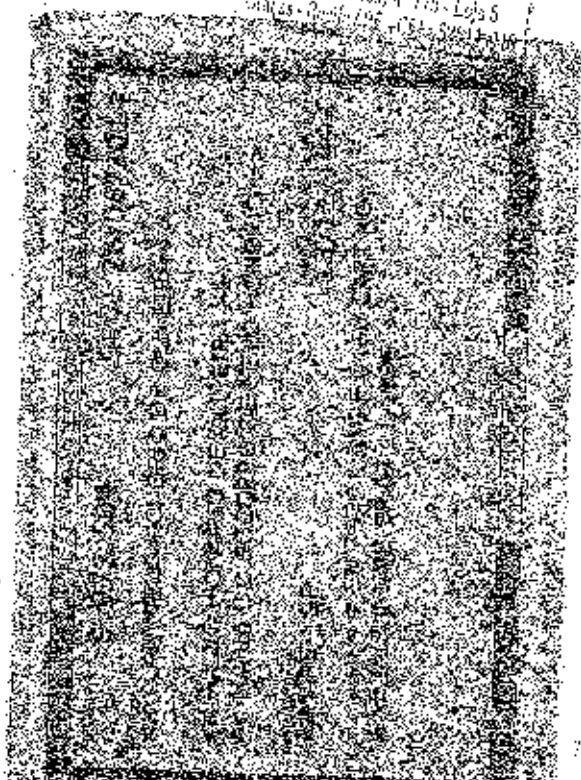
25/5/2019
Lugar

Dr. Milton Pereira de Barros
Ortopedia
CRM: 10660
2º Concurso

05 AGO. 2019
Gente Sugradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 215 - Loja 5
Gama - Recife/PE - CEP: 52011-080



RECEIVED
95 AGO. 2020
Comando em Chefia do G.A.
Av. Amador de Oliveira, nº 719 - Loja 5
Curitiba - Paraná - 81.250-000



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-7

Brasão de Armas do Brasil

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.980.448 DATA DE EXPIRAÇÃO 26/01/2019

NOME << BRUNO DE ARAÚJO SENA >>

FILHO << ERALDO MORAES DE SENA >>
<< MARLEIDE DE ARAÚJO SENA >>

NATURALIDADE OLINDA - PE DATA DE NASCIMENTO 30/11/1985

SOC. CIVIL << CN49271 LARZ P232V CART OLINDA-PE 02.12.1985 >>

PRE 066.473.174-48

LEI Nº 7.114 DE 24-06-83

05 AGO. 2019

Comissão de Inquérito

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PE Nº 014667275223
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 004-004-004-03
VEICULO: 004-004-004-03

HERMES JON BORGES DE OLIVEIRA

DATA DE EMISSÃO: 05/06/2019

DATA DE VENCIMENTO: 05/06/2020

DATA DE EXPIRAÇÃO: 05/06/2021

DATA DE CANCELAMENTO: 05/06/2022

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2023

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2024

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2025

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2026

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2027

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2028

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2029

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2030

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2031

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2032

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2033

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2034

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2035

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2036

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2037

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2038

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2039

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2040

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2041

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2042

SEGURADOR OBRIGADO POR LEI Nº 13.001/2014
AUTOMÓVEIS DE VULGARES E FORTES CUMPRISSE A OBRIGAÇÃO
TOMANDO AS PRECAUÇÕES DE SEGURANÇA DEVEJA

PE Nº 014667275223 BILHETE DE SEGURO DPVAT

HERMES JON BORGES DE OLIVEIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800-022-1204

EXERCÍCIO: 2019

PLACA: 004-004-004-03

VEICULO: 004-004-004-03

DATA DE EMISSÃO: 05/06/2019

DATA DE VENCIMENTO: 05/06/2020

DATA DE EXPIRAÇÃO: 05/06/2021

DATA DE CANCELAMENTO: 05/06/2022

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2023

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2024

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2025

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2026

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2027

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2028

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2029

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2030

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2031

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2032

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2033

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2034

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2035

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2036

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2037

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2038

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2039

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2040

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2041

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2042

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2043

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2044

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2045

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2046

DATA DE REATIVAÇÃO: 05/06/2047

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

CPF: 09.248.005/0001-04

05 AGO. 2019

60000 Seguros S/A

Av. da República, 110 - Lapa

Cidade - Rio de Janeiro - RJ

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264842/19

Vítima: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

CPF: 115.885.914-76

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/03/2019

Titular do CPF: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

BRUNO DE ARAUJO SENA : 060.473.174-48

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

ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA : 115.885.914-76

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/08/2019
Nome: BRUNO DE ARAUJO SENA
CPF: 060.473.174-48

BRUNO DE ARAUJO SENA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264842/19

Número do Sinistro: 3190462143

Vítima: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

CPF: 115.885.914-76

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/03/2019

Titular do CPF: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de registro de acidente declarado

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/08/2019
Nome: BRUNO DE ARAUJO SENA
CPF: 060.473.174-48

BRUNO DE ARAUJO SENA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos