



25/01/2021

Número: **0073355-11.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (AUTOR)	MONICA DE MORAES DOS SANTOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74045 549	25/01/2021 14:34	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190650960 Vítima: PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 07/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). PAULO FERNANDES 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15167926



220 01835/01836 - carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:34:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012514340161600000072576921>
Número do documento: 21012514340161600000072576921

Núm. 74045549 - Pág. 1



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:	4 - Nome completo da vítima:	
	079.778.294.50	Paulo Fumando de Oliveira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		

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:		
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 924 9 CONTA: 30189 <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir)		AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir) <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/vai nascer? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

NÃO ALFABETIZADO
Impressão digital da vítima ou hipótese de não alfabetismo

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Recife, 21/11/2019
Paulo Fumando de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA - DP2ªCIRC
DIM/1ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0092003089

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/11/2019** às **09:40**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **7/4/2019** às **07:55**

Fato ocorrido no endereço: **RUA OLIVEIRA FONSECA, 01** - Bairro: **CAMPO GRANDE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **52040-250**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PAULO (AUTOR / AGENTE)
PROPRIETARIO VEICULO I (OUTRO)
PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PROPRIETARIO VEICULO I
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

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

PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IOLANDA ALVES DE OLIVEIRA** Pai: **JOSE FERNANDES DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **12/2/1987** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7327350/SDS/PE (RG) 07977827450 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTOCICLISTA** Telefones Celulares: **- 81988761545**

Endereço Residencial: **RUA FRANKLIN TAVORA, 570, EDF. ANDREA APTO 302 "A"** - CEP: **55000-000** - Bairro: **CAMPO GRANDE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

PAULO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

PROPRIETARIO VEICULO I (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**



Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCP1080 (PERNAMBUCO/RECIFE)
Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016

VEICULO I (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PROPRIETARIO VEICULO I**, que estava em posse do(a)
Sr(a): **PROPRIETARIO VEICULO I**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FORD/FIESTA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA NA RUA OLIVEIRA FONSECA NO BAIRRO DE CAMPO GRANDE PROXIMO A SUA RESIDÊNCIA QUANDO EM DETERMINADO MOMENTO COCHILOU PERDENDO O CONTROLE DA MOTO COLIDINDO COM UM VEICULO QUE ESTAVA ESTACIONADO NA RUA QUE TEVE FRATURA NA CRAVICULA ESQUERDA SENDO SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU PARA UPA DA CAXANGÁ ONDE RECEBEU ATENDIMENTO DIANTE DO EXPOSTO PEDE PROVIDÊNCIAS POLICIAIS.

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

Paulo Fernandes de Oliveira
PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE CARLOS DA SILVA GUERRA** Matrícula: **3810194**
(Liberado em **21/11/2019 às 10:02**)





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: 4 - Nome completo da vítima:

079.778.294.50 Paulo Fumando de Oliveira

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:			16 - Tel.(DDD):

*Paulo Fumando de Oliveira
motociclista Rua Frank Klim 12609
Campo Grande Recife PE 52040050
PauloCGRecife@gmail.com 81-98876-1545*

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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 924 | 9 CONTA: 30189 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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/vai nascer? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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)

40 - Local e Data,

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	095.10.2019
DATA	24.10.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**, portador do Documento de Identidade nº **7327350** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **079.778.274-50**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-611964**, que no dia 07 de abril de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 07h55, na Rua Oliveira Fonseca, no bairro Campo Grande, Recife/PE e, sendo direcionado para a UPA Caxangá.
Recife, 24 de outubro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sérgio Parente Costa
Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/2002
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
IOLANDA ALVES DA SILVA

CPF: 219 958 054-06

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANKLIN TAVORA 570 * AP-302
BLOCO - A

CAMPO GRANDE/RECIFE
RECIFE PE
52040-050

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
056881506	UNICA	05/04/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CUSTEJO	Nº DA INSTALAÇÃO
05/04/2019	3001934008	3832673

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0433336938	04/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
12/04/2019	07/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	127,60

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Álvo(kWh)	198.0000000	0,77398882
Contribuição Pública Municipal		17,52
ICMS Subvenção-CDE-NF 045540349-00/01/19		1,17
ICMS Subvenção-CDE-NF 040305540-08/02/19		1,42

TOTAL DA FATURA 127,60

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
MED107	CAT	05/03/2019	40.816,0	05/04/2019	40.657,0	31	1.00000		139,00

DETALHAMENTO DE CONSUMO	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPÔTO	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
MAR19 138	ICMS	107,49	25,87	Geração de Energia R\$ 32,41 30,15%
MAR19 165	PIS	107,49	1,21	Transmissão R\$ 4,80 4,47%
MAR19 230	COFINS	107,49	1,43	Distribuição (Celpe) R\$ 22,45 20,86%
JAN19 191		107,49	0,57	Períodos de Energia R\$ 7,08 6,37%
FEV19 249				Encargos Sistêmicos R\$ 5,78 5,36%
MAR19 242				Tributos R\$ 34,99 32,54%
ABR19 153				TOTAL R\$ 107,43 100%
MAIO19 240				
JUN19 231				
JUL19 202				
AGO19 157				
SETEMBR19 162				
OUTUBRO19 166				

0,21562000 TARIFAS APLICADAS

BR98 BSBF 1A55 ABA4 5677 00BF 8BF2 4B58

11. FOLHA DE DADOS INFORMATIVOS

Pequeno para mais parte da população é do Brasil, sua transmissão é no Rio Grande Grande (que é o maior afluente do Rio Grande). No lado oeste da serra e a serra oriental em cima é a Venda Nova. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobertura ICMS sobre avenidas/CDE, conforme Decreto Estadual 38-AFPI-3. O cliente é responsável por todas as instalações e estruturas individuais ou de nível anterior de fornecimento. Pagto. no ato da entrega ou 24h após a 142462EL, Juros 1% a.m. a 10.438000 e multa 10% remetendo ao endereço: milo. O cliente é responsável quanto à descomparação do preço definitivo para os serviços de abastecimento e consumo.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica, de consumo, de suas respectivas tarifas, produtos, serviços e prestações, estabelecidas para a realização das operações de fornecimento, consumo e cobrança, estão descritas no site: www.celpe.com.br





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 51931 PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA	Idade: 32a 1m	Nascimento: 12/02/1987	Data do Atendimento: 07/04/2019
Contatos: / 81-999437049			Prontuário: 00464931
Endereço: BLANDA ALVES DE OLIVEIRA	RUA FRANKLIN TAVORA , 55 - CAMPO GRANDE - RECIFE/ PE - CEP: 52040050	Nº Atendimento: 01287554	Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
		Médico: MARIANA MELO CRM: Nº 24973	

ATESTADO MÉDICO

DE ACORDO COM A LEI Nº 605, DE 5 DE JANEIRO DE 1949, ART. 6º, LETRA f, ATESTO QUE

o Sr.(a): PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA RG DE Nº: ORGÃO EMISSOR:

CPF NÚMERO: FOI ATENDIDO NESTA UNIDADE DE SAÚDE NO DIA 07/04/2019

- NECESSITANDO DE ³⁰ DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES (NO TRABALHO OU ESCOLA), CID-10
 ESTANDO APTO PARA VOLTAR AS ATIVIDADES
 OUTROS:

RECIFE

DOMINGO, 07 DE ABRIL DE 2019

às 09:42 HS.

Prestador: MARIANA CAVALCANTI DE MELO CRM: 24973

AUTORIZAÇÃO

Eu, PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

autorizo a registrar o diagnóstico codificado CID-10 .

Assinatura do Paciente ou Responsável

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





UPA24h
UNIDADE DE FRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



AUTO FERNANDES DE OLIVEIRA
Contatos:
MASCULINO / 81-999437049
Mãe:
IOLANDA ALVES DE OLIVEIRA
Endereço:
RUA FRANKLIN TAVORA , 55 - CAMPO
GRANDE - RECIFE / PE - CEP: 52040050

Idade:	Nascimento:	Data do Atendimento:	07/04/2019
32a 1m	12/02/1987	Prontuário:	00464931
		Nº Atendimento:	01287554
		Serviço:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
		Médico:	MARIANA MELO CRM: Nº 24973

RECEITUÁRIO SIMPLES

DADOS DO EMITENTE:

MÉDICO: MARIANA MELO CRM: Nº 24973

DATA: DOMINGO, 07 DE ABRIL DE 2019

ORIENTAÇÕES:

USO ORAL
PROFENID 100MG --- 1 CAIXA
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12H POR 5 DIAS.

VISITAR AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (LOCAIS DE ATENDIMENTO: HOSPITAL GETULIO VARGAS, HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, HOSPITAL MARIA LUCINDA) PARA ACOMPANHAMENTO DE:
FERIDA DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA ESQUERDA

*Mariana Melo
Médica
CRM-PE 24973*

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:34:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012514340161600000072576921>
Número do documento: 21012514340161600000072576921

Num. 74045549 - Pág. 9



Nome:	Idade:	Nascimento:	Data do Atendimento:	07/04/2019
464931-PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA	32a 1m	12/02/1987	Prontuário:	00464931
Sexo:	Contatos:		Nº Atendimento:	01287554
MASCULINO	/ 81-999437049		Serviço:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Endereço:	Médico: MARIANA MELO CRM: Nº 24973			
YVES DE OLIVEIRA	RUA FRANKLIN TAVORA , 55 - CAMPO GRANDE - RECIFE/ PE - CEP: 52040050			

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

DADOS DO EMITENTE

MÉDICO: MARTANA CAVALCANTI DE MELO CRM: 24973

1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA FARMÁCIA DATA

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL
PACO 30 --- 2 CAIXAS
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 8/8H SE DOR INTENSA.

Martana Cavalcanti
Médica
CRM-PE/24973

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:
IDENT:
END: RUA FRANKLIN TAVORA
CIDADE:
FONE:

ÓRG. EMISSOR:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

UF:
ASSINATURA FARMACÊUTICO
DATA ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

H O S P I T A L

Getúlio Vargas



Paciente: PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

Prontuário: 00685592

Data de Nascimento: 12/02/1987

Idade: 32a 2m 18d

Sexo: MASCULINO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnóstico de:

FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Feito o Exame de ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

Observação:

PACIENTE COMPARECE A CONSULTA DE RETORNO AMBULATORIAL REFERINDO COLISÃO CARRO X MOTO DIA 07/04 COM SUSPEITA DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA. FOI ATENDIDO NA UPA E OPTADO POR TTT CONSERVADOR. NAO PASSOU POR PROCEDIMENTO NESTA UNIDADE. FOI ENCAMINHADO DA UPA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. PACIENTE REFERE DOR E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO AO EXAME: BEG, EUPNEICO.
EM USO DE TIPOIA NAO GESSADA
NEUROVASCULAR PRESERVADO
ENCHIMENTO CAPILAR PERIFÉRICO PRESERVADO
HD: FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA ESQUERDA CID: S42
PACIENTE SE ENCONTRA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PÓS CIRÚRGICO DE TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA CITADA ACIMA

Dr. Emmanuel Costa
Médico
CRM-PE 27967

Recife, 02 DE MAIO DE 2019

EMMANUEL COSTA MACIEL - CRM: Nº.27967

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600

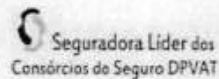


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:34:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012514340161600000072576921>
Número do documento: 21012514340161600000072576921

Num. 74045549 - Pág. 11



RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410317/19

Vítima: PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

CPF: 079.778.274-50

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/04/2019

Titular do CPF: PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médica-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA : 079.778.274-50

- 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: 21/11/2019

Nome: PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

CPF: 079.778.274-50

PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2019

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190650960 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA Data do acidente: 07/04/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 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
			Total	0 %



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190650960 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA Data do acidente: 07/04/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 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
			Total	0 %



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410317/19

Vítima: PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

CPF: 079.778.274-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/04/2019

Titular do CPF: PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA : 079.778.274-50

- 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: 21/11/2019
Nome: PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA
CPF: 079.778.274-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:34:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012514340161600000072576921>
Número do documento: 21012514340161600000072576921

Num. 74045549 - Pág. 16