

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS GRACAS DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000058215-9

Nr. da Autenticação CDDE049ECE78DA64

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Das Vistas, Recife, Pernambuco - CEP 50050-802
 CNPJ 10.835.932/0001-02 | Ins. Est. 0005143-03 | www.cetpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DAS GRACAS DE SOUZA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO GOMES LUCENA 7463

CPF 239 198 844-34

BOMBASERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56900-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0832065013	04/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÃO PROXIMA (REFUNDO)
24/04/2018	17/05/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	101,86

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
01323H560	UNICA	17/04/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
17/04/2018	2007004891	3602692

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água(AMM)			
Contribuição de Iluminação Pública	141,0000000	0,86642010	92,90
ICMS Subvenção CDE-NF 005700370-17/01/10			3,97
ICMS Subvenção CDE-NF 005700370-18/02/10			0,09
Multa por atraso-NF 005700370-18/02/10			0,01
Juros por atraso-NF 005700370-18/02/10			1,08
Atualização IGPM-NF 005700370-18/02/10			0,70
			98,75

TOTAL DA FATURA

101.80

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									101.00
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
100000	CA1	18-03-2018	34 664,00	17-04-2018	34 845,00	32	1,00000		187,00

INÍCIO DO CONSUMO

Índice de Preço ao Consumidor (IPC)

ANO	IPC
1980	141
1981	131
1982	128
1983	100
1984	110

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	25,00	23,45
PIS	0,52	0,40
COFINS	2,40	2,25

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Setor	%	Valor
Alimentação	28,3%	26,08
Vestimentas	9,1%	8,40
Utilidades (Energia)	22,0%	20,48
Paróides de Energia	9,9%	9,25
Encargos Sociais	0,8%	0,74
Tributos	26,7%	24,91
Total	100%	93,86

TARIFAS APLICADAS

Correção Tributária: 0,4000000

991C 084E 0811 005D 7EE1 C8FD 4C10 2060

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
No caso de alteração de endereço ou de qualquer outra informação pessoal, o cliente deve avisar a Agência. Mais informações em nosso site www.abc.com.br. O cliente é responsável por manter atualizado o cadastro em nosso sistema. Para isso, o cliente deve enviar o formulário de atualização ou de alteração de dados para o endereço: Agência ABC, Rua José de Figueiredo, 110 - 40040-070 Belo Horizonte, MG. O cliente é responsável por manter atualizado o cadastro em nosso sistema. Para isso, o cliente deve enviar o formulário de atualização ou de alteração de dados para o endereço: Agência ABC, Rua José de Figueiredo, 110 - 40040-070 Belo Horizonte, MG. O cliente é responsável por manter atualizado o cadastro em nosso sistema. Para isso, o cliente deve enviar o formulário de atualização ou de alteração de dados para o endereço: Agência ABC, Rua José de Figueiredo, 110 - 40040-070 Belo Horizonte, MG.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO.

Valor	Descrição	Valor	Valor	Descrição	Valor
230,00	170,00	67,50			

En caso de no pagarla en los 10 días siguientes al vencimiento de la cuota que precede a esta inscripción, la inscripción será cancelada, lo que equivale a la pérdida de la inscripción. Este procedimiento no se aplica a los inscritos en el programa de inscripción de la UIC y SGRSA, con los siguientes excepciones. Este procedimiento no se aplica a los inscritos en el programa de inscripción de la UIC y SGRSA, con los siguientes excepciones. Este procedimiento no se aplica a los inscritos en el programa de inscripción de la UIC y SGRSA, con los siguientes excepciones.

Public health officials are concerned about the health of people who are exposed to asbestos. Asbestos is a naturally occurring mineral that is found in many products, including vermiculite. Vermiculite is a mineral that is often found in asbestos-containing products. Vermiculite is a mineral that is often found in asbestos-containing products. Vermiculite is a mineral that is often found in asbestos-containing products.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	EMPLOYEES			
	VALUE ADDED 1970-71	LIMIT BRIEF	LIMIT TENSURE	LIMIT BRIEF
DIC	0.00	5.43	10.00	21.73
FIG	1.00	3.30	4.72	17.05
DMO	0.00	3.11	0.00	0.00

Linda DeStefano 4:2:29

Bild 1: Verlauf des Energiegehalts über den Stellenwert der Distanzierung des α -KOH 14. 12.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	302	231

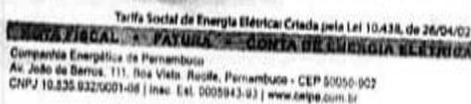
[illegible]

101.86

83870000001-0 01860011000-4 83206501310-6 13646113563-6



EXCELSIOR SEGURO
19 MAI 2018
SEGURO PRIVAT



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO CLAYO 110

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
66912-130

CONTRATO (RANGE)	RECIBO (R)
2278076019	02/2018
FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA PREVISTA PROGRAM. LECTURA
02/03/2018	28/03/2018
TOTAL A PAGAR (R)	
	210,32

000000038	UNICA	23/02/2010
23/02/2010	2000138268	3872821

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	296,0000000	0,06874504	160,51
Contribuição Iluminação Pública			7,80
ICMS Subvenção-CD&NF 003104203-27/12/17			2,03
Multa por atraso-NF 003104203-27/12/17			4,38
Juros por atraso-NF 003104203-27/12/17			1,90
Atualização IGP-M-NF 003104203-27/12/17			1,77
PRO-CRIANÇA (081)3412-8960 0800 021 8000			0,00

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DATA NOTA FISCAL									210.32
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
30101210	CAT	25-01-2018	15 224 (3)	23-02-2018	16 548 (3)	28	1.00000		288 (3)

Mês/Ano	Índice
FEB 85	100
JAN 86	105
DEZ 85	110
NOV 85	115
OCT 85	120
SET 85	125
AUG 85	130
JUL 85	135
JUN 85	140
MAY 85	145
APR 85	150
MAR 85	155
FEB 86	160

6411.85DC 4BA0 8F0D 15AF 3A0C E413 2FCE

INSTRUCIONES DE PUBLICACIÓN

As informações foram obtidas a partir de uma pesquisa realizada em um banco de dados da Polícia Federal, que contém registros de todas as operações de inteligência realizadas pela agência. A pesquisa foi realizada em 15 de março de 2011, e os resultados foram divulgados em 16 de março de 2011.

ATENÇÃO: DIAGNÓSTICO DE FORMA QUE VOCÊ POSSA CONTINUAR EM ADEQUADO

CONSUMOS DE ENERGIA ELÉCTRICA					
Consumos en el año presupuesto de (x) horas (x) de energía eléctrica (x)					
Vigencia	Consumos	Vigencia	Consumos	Vigencia	Consumos
01/01/19	2302/19	25/07			

En el caso de las personas físicas, el impuesto sobre el patrimonio de sus integrantes, los socios o accionistas, se aplicará sobre el patrimonio neto de cada uno de ellos, en el momento de la liquidación de la sociedad. En el caso de las personas jurídicas, el impuesto se aplicará sobre el patrimonio neto de la sociedad, en el momento de la liquidación.

Politijsko sodišče v Ljubljani, ki je bilo ustanovljeno leta 1998, je bilo ustanovljeno na podlagi Zakona o sodni oblasti, ki je bil sprejet leta 1997. To sodišče je bilo ustanovljeno na podlagi Zakona o sodni oblasti, ki je bil sprejet leta 1997. To sodišče je bilo ustanovljeno na podlagi Zakona o sodni oblasti, ki je bil sprejet leta 1997.

MÉDIA DE TEMPERATURA					MÉDIA DE TEMPERATURA		
ANO	CIVIL	MÉDIA ANUAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL	MÉDIA DE TEMPERATURA		
					TEMPERATURA	TEMPERATURA	
2000	1,68	5,43	10,06	21,73	202	231	
2001	3,00	3,30	8,72	13,46			
2002	0,87	3,11	0,06	0,00			

Lentini (2009) \$12.00

ELUSD - Value del Encargo de Uso del Sistema de Trámite Único de \$ 70.00

EXCELSIOR SEGUROS
10 MAI 2016
SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Romana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744/25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria das Graças de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 239.398.844/34, do sinistro de DPVAT cobertura Intervenção da Vítima Maria das Graças de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 239.398.844/34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>R. Francisco Olavo</u>		Número <u>330</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>IPSEP</u>	Cidade <u>Serra Talhada</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

S. Talhada, 04 de 05 de 2018
Local e Data

Romana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maycon Douglas Sousa da Paixão,
RG nº 258180002, data de expedição / / ,
Órgão , portador do CPF nº 086.699.774-72, com
domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R= Sítio Fazenda Grotões, nº 1,
complemento Caba, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Maria das Graças de Souza, cujo o condutor era
Maycon Douglas Sousa da Paixão

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / NXR
Ano: 2035/2035
Placa: PDQ 6839
Chassi: 9C2KD0830FR473637
Data do Acidente: 03/11/2037
Local e Data: Serra Talhada 04.05.18

Maycon Douglas Sousa da Paixão
Assinatura do Declarante



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

Reginaldo Anísio da Silva
Delegatário Titular e Of. do Protesto

EXCELSIOR SEGUROS
10 MAI 2018
SEGURO DPVAT

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 38311-024

Reconheço a Firma por Autenticidade de MAYCON DOUGLAS SOUSA DA PAIXÃO, Dou Fé, Serra Talhada, PE, em nome
() da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva
Titular. () Maria Lúcia de Souza - Substituído. Local
- R\$ 3,39. TSNR - R\$ 0,80. FEE - R\$ 0,80. ISS - R\$ 0,80

Selo: 0074872.WVA04201801.02387 20/04/2018 11:36:13
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA 11:05 Nº 05

Data e Hora: 02-11-14		Data Nasc.: 14/07/69	
Nome: Maria das Graças de Louza			
Mãe: Eliza Alves de Louza			
Profissão: Aposentada	Sexo: F	Estado Civil: Viúva	Escolaridade:
Responsável: A mesma			
End. do Paciente: Fazenda Belesa			
Bairro: Pura	Município: SIA/PE	Fone: 9966-1602	
Cartão SUS:		Doc. Identidade: 2.012.322	
Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Preto <input checked="" type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Indígena			
99622-9971			

Pressão Arterial: 120 x 80	Pulso:	Temperatura:	Peso:
----------------------------	--------	--------------	-------

História e Exame Físico: Paciente sofreu queda de moto, dor e edema perna direita. Polidez da pele na região da direita, dor torax esquerda.

Tratamento: Solicito Rx Tórax e perna direita em AP e Perfil. Voltar a trabalhar em 14/10. Tox. Bts. D. Enxameado. Oritox. Med. p/ Cor.
EXCELSIOR SEGUROS
10 MAI 2018
SEGURO DPVAT
Marta Adrice Pereira de Sousa
Téc. de Enfermagem
COREN-PE 731.222

Impressão Diagnóstica: Trauma MLD
Fratura múltipla costal D

Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito às hs do dia

Médico - Carimbo e CRM: Dr. Cicero Simões de Lima
Medico
CRM: 6755 / CPF: 127.368.974-00



Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 08/11/2017		Nº Registro: 000095560	
Identificação do Paciente: MARIA DAS GRACAS DE SOUZA		306 - TRAUMA FEM. 02	
Data Nascimento: 17/07/1959	Idade: 58	Sexo: Feminino	Cor: Parda
Estado Civil: Viúvo(a)	Profissão: PENSIONISTA	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: AFONSO NUNES DE BARROS		Mãe: ELISA ALVES DE SOUZA	
Endereço: FAZENDA GROTOES		2013	
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	Telefone: (87) 9637-6388
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito []		Acidente de Trabalho []	
Suicídio []		Casual []	
Outros Acidentes []		Agressão []	
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
<p><i>Lesão contusiva no abd. de ferimentos penetrantes no abd. do e ferimentos de corte a nível da T12 = 12</i></p>			
Diagnóstico Inicial			
<p><i>FRAT. MZ (D)</i></p>			
S.A.D.T			
<p>EXCELSIOR SEGUROS 10 MAI 2018 SEGURO DPVAT</p>			
Diagnóstico Final			
CONDICÃO DE ALTA			
MOTIVO DA ALTA			
Melhorada [A]	Decisão Médica [X]		
Inalterado []	Alta a Pedido []		
Piorado []	Transferência []		
Óbito+48h []	Evasão []		
Óbito-48h []	Indisciplina []		
Óbito em: / /			
Hora: / /			
		<p>Data do Internamento: 08/11/17</p> <p>Data da Alta: 11/11/17</p> <p>Local: <i>Unidade de Tratamento de Emergência</i></p> <p><i>Dr. Alexandre de Carvalho</i> Médico Responsável</p>	



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO
08/11/2017 11:24

MÉDICO SOLICITANTE
ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA

ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO
CRM - 015920

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE
MARIA DAS GRAÇAS DE SOUZA

Nº DO PROMITÓRIO
382283

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CHS)

DATA DE NASCIMENTO
17/07/1959

SEXO
Feminino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
ELIZA ALVES DE SOUZA

TELEFONE DE CONTATO

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
ZONA RURAL FAZENDA BELEZA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
SERRA TALHADA

COD. IGCE MUNICÍPIO
2613909

UF
PE

CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTO.
DOR+EDEMA EM PERNA DIREITA, PALIDEZ, DORMÊNCIA MÃO DIREITA.
DOR TORAX ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS)

RADIOGRAFIA PERNA DIREITA EM AP E PERFIL

DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SINAIS VITAIS

EXCELSIOR SEGUROS
10 MAI 2018
SEGURO DPVAT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

CLÍNICA

CARACTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

DATA DE AUTORIZAÇÃO

TIPO DE LEITO

ESPECIALIDADE

MÉDICO AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

DATA DA SOLICITAÇÃO

DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD. ÓRGÃO EMISSOR

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

ESCLARECIMENTOS

EVOLUÇÃO

Data/Hora **Profissional Evolução**
06/11/17 11:24 ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA
Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
06/11/17 11:24	Em digitação	0h:0m:11s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
06/11/17 11:24	Aguardando Regulacao		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário
-------------	--------------------	---------

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Osteossintese Traquiato D

Data: 09/11/75

Início:

Término:

Cirurgião: Antônio

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Del. fratura, fraturas abertas
MID + fratura de lateral traquiato
sem com aberturas por placas, placas
sem foco fratura. Placas e fixação
utilizando as placas 1/3 acima e 2/3 abaixo
02 P. Esponjosa 4.0
03 P. cortical 3.5
Análise por placas + parafusos
fratura rep.
Tela fixada

EXCELSIOR SEGUROS

10 MAI 2018

SEGURO DPVAT.

Antônio Rodrigues de Freitas

CRM 7351
CPF: 050.552.003-25

Assinatura do Cirurgião

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

ESCLARECIMENTOS

EVOLUÇÃO

Data/Hora **Profissional Evolução**
06/11/17 11:24 ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA
Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
06/11/17 11:24	Em digitação	0h:0m:11s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
06/11/17 11:24	Aguardando Regulacao		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário
-------------	--------------------	---------

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



9.9966-1600/99612-9979



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada

Nome: M. da Graça de Souza (58)

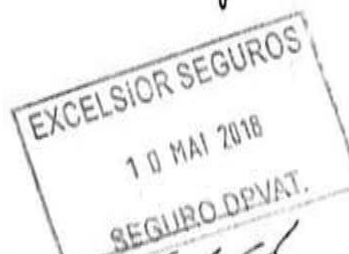
Encomendament:

A Transmto. Sr. Uend

R:

Fatura de Transporte

R ± 2h.



① D.N. Lin

② D. 2.000 - 500 y 1000

③ H. mo 3000 + TRAF + INR

④ c c c c + 5500

Dr. Énio K. de Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM 15928

Data: 03/11/17

Médico - CRM

18/05/2018



NOTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGUIAR
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Rua Comandante Superior, 955 - Fone: (87) 3831-9600
M. S. da Penha - Serra Talhada - PE - CEP 56.903-490

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF: **PE** NÚMERO: **56272143**

Medicamentos ou Substância
Ritidol 0.5mg
Quantidade e Forma Farmacológica
200x - 100mg
Dose Por Unidade Posológica

De **11** de **17** de **2018**
Paciente **Maria do Socorro**
Assinatura do Médico **Dr. Carlos Simões de Lima**
Endereço: **de Janga**
Posologia **200mg. 1x/dia**

Assinatura do Farmacêutico **Carla Maria de Lima**
Endereço: **de Janga**
Nome: **Carla Maria de Lima**
Endereço: **de Janga**
Telefone: **3453 2555 / 3272 5042 / 3129 8153**
Organização do Compras **CRATI - SOCIEDADE DE COMPRADOR**
Carimbo do Fornecedor **CRATI**
Nome do Vendedor **Carla Maria de Lima**
Data **11/05/2018**

PADEJO GRÁFICA EDITORA LTDA - ME - RUA CLARICE LISPECTOR, 95 - TORREÕES - RECIFE - PE - TEL: (81) 3453 2555 / 3272 5042 / 3129 8153 - CNPJ: 14.496.690/0001-84 - INSC. EST.: 022969147



Dr. Danuzio Oliveira

CRM PE 17.564

Residência Médica em Neurologia Clínica
Membro Titular da Academia Brasileira de Neurologia

P1 Mania em fase de início

R

AD

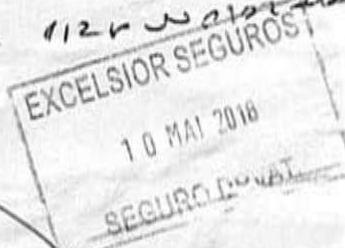
1) Predominância de ol

Tem 02 g de peso 10/10/2018

Tem 02 g, 10/10/2018

Tem 01 g 10/10/2018

Tem 112 g 10/10/2018



CLIMATIN - Clínica Materno Infantil
Rua Inocência Gomes de Andrada, 640
Centro - Fone/fax: (87) 3831-1133/3831-1128
CEP 56.912-440 - Serra Talhada - Pernambuco
E-mail: climatinst@yahoo.com.br

Danuzio Oliveira
Neurologista
CRM PE 17.564

21/12/18



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada

Nome: M. dos Santos de Souza
marcel

17

PROFLAM 100mg — 01x

Tamoxifen 01 mg — 10

& 12/12 horas por 05 dias

EXCELSIOR SEGUROS

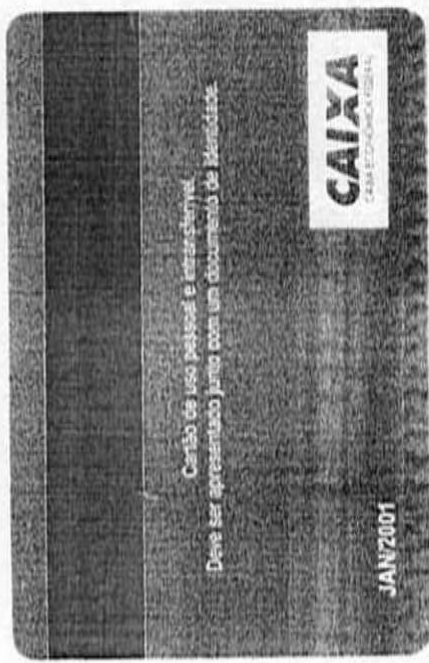
10 MAI 2018

SEGURO D.V.A.

Dr. Énio K. de Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM 15926

Data: 03/11/17

Médico - CRM





EXCELSIOR SEGUROS
10 MAI 2018
SEGURO DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
4870802 SDS PE

CPF
093.394.744-25

DATA NASCIMENTO
19/08/1983

FILIAÇÃO
ARCENIO PEREIRA DA SILVA
MARIA JOSE DE MENEZES SILVA

PERMISSÃO
[]

REC
[]

COAT. HAB.
[]

AP. REGISTRO
04935894409

VALIDADE
18/11/2019

1ª HABILITAÇÃO
06/05/2010

OBSERVAÇÕES

Rosana de Menezes Silva Cavalcante

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
19/11/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
47011846458
PRO63050153

DETRAN - PE TERNAMBUCO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1017067334

PRECISO PLASTIFICAR
1017067334

EXCELSIOR SEGUROS
10 MAI 2018
SEGURO DPV-11

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180214069 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS GRACAS DE SOUZA **Data do acidente:** 03/11/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE, EVOLUIU COM SEQUELAS

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / TORNOZELO DIREITO: 50% DE 25%

Documentos complementares:

Observações:

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Maria das Graças de Souza

portador(a) do documento de identidade nº 2.032.322, expedido por SSP/PE, em
28/05/1979 inscrito no CPF sob o nº 239.398.844.34, residente na
R. João Gomes Lucena, nº 2963
complemento Casa, Bairro Bombrá, cidade
Serra Talhada, Estado PE.

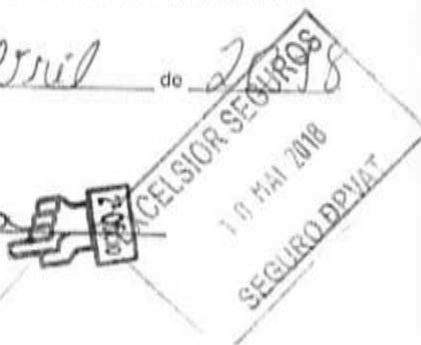
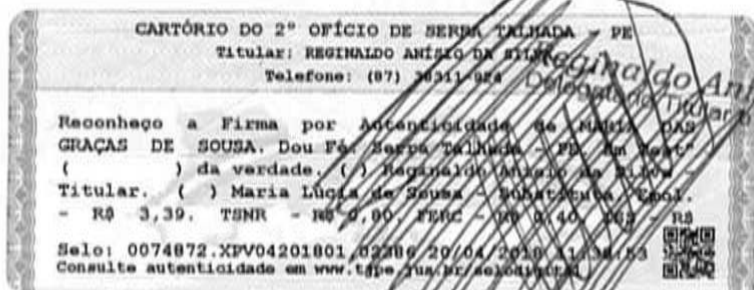
2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em
29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na
Rua Francisco Olavo, nº 110
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade
Serra Talhada, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada 20 de Abril de 2008

Outorgante ☒ Maria das Graças de Souza



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

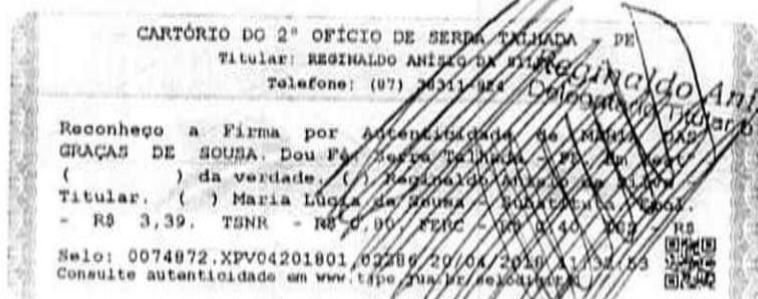
1. Outorgante Maria das Graças de Sousa
portador(a) do documento de identidade nº 2.012.322, expedido por SSP/PE, em
28.05.1919 inscrito no CPF sob o nº 239.398.844.34, residente na
R: João Gomes Lucena, nº 2963
complemento Casa, Bairro Bombrá, cidade
Serra Talhada, Estado PE

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante
portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em
29.05.2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na
Rua Francisco Olavo, nº 110
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade
Serra Talhada, Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada 20 de Abril de 2018

Outorgante ☒ Maria das Graças de Sousa



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DAS GRACAS DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180214069**

Vitima: **MARIA DAS GRACAS DE SOUZA**

Data do Acidente: **03/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180214069**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12795118



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: MARIA DAS GRACAS DE SOUZA
Nº Sinistro: 3180214069
Vitima: MARIA DAS GRACAS DE SOUZA
Data do Acidente: 03/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180214069**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12798434



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2018

Carta nº: 12937777

A/C: MARIA DAS GRACAS DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180214069
Vítima: MARIA DAS GRACAS DE SOUZA
Data do Acidente: 03/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARIA DAS GRACAS DE SOUZA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **0000058215-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do Beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

239.398.844-34

Nome completo da vítima

Maria das Graças de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Maria das Graças de Souza		CPF titular da conta 239.398.844-34	Profissão Agricultora
Endereço R. João Gomes Lucena		Número 2963	Complemento Casa
Bairro Bombrá	Cidade Serra Talhada	Estado PE	CEP 56900-000
Email		Telefone (DDD) 9634-4907	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

S. Talhada, 20 de 04 de 2018

Local e Data

(Maria das Graças de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do Beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

239.398.844-34

Nome completo da vítima

Maria das Graças de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Maria das Graças de Souza		CPF titular da conta 239.398.844-34		Profissão Agricultora	
Endereço R. João Gomes Lucena		Número 2963		Complemento Casa	
Bairro Bombrá	Cidade Serra Talhada	Estado PE		CLP 56900-000	
Email				Telefone (DDD) 9634-4907	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

S. Talhada, 20 de 04 de 2018

Local e Data

x Maria das Graças de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 3180214069 CPF da Vítima: 239.198.844.34 Nome completo da vítima: Maria das Graças de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<u>Maria das Graças de Souza</u>	CPF titular da conta	<u>239.198.844.34</u>	Profissão	<u>Agricultora</u>
Endereço	<u>R. João Gomes Lucena</u>	Número	<u>2963</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Bomba</u>	Cidade	<u>Serra Talhada</u>	Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56900-000</u>			Telefone (DDD)	<u>9634-4907</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. <u>0914</u> D/V <u>5</u>		CONTA NRO. <u>58215</u> D/V <u>9</u>	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

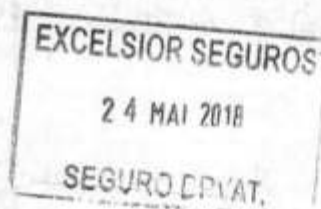
S. Talhada 25 de 05 de 2018

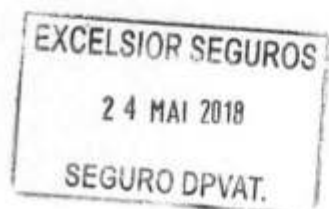
Local e Data

X. Rosa de H. S. Oliveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0267004622**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/12/2017** às **15:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **3/11/2017** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ALFREDO DOMINGOS, TANCREDO NEVES - 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)
MAYCON DOUGLAS SOUSA DA PAIXAO (OUTRO)
MARIA DAS GRAÇAS DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MAYCON DOUGLAS SOUSA DA PAIXAO**

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

MARIA DAS GRAÇAS DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ELIZA ALVES DE SOUZA** Pai: **AFONSO NUNES DE BARROS** Data de Nascimento: **17/7/1959** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2012322/SSP/PE (RG), 23919884434 (CPF)** Estado Civil: **VIUVO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, FAZENDA GROTOES, NESTE MUNICIPIO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

MAYCON DOUGLAS SOUSA DA PAIXAO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS DE SOUSA PAIXAO** Pai: **JOSE FERREIRA DA PAIXAO** Data de Nascimento: **17/11/1990** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **08669977419 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ELETRICISTA**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, FAZENDA GROTOES, NESTE MUNICIPIO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MAYCON DOUGLAS SOUSA DA PAIXAO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MAYCON DOUGLAS SOUSA DA PAIXAO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDQ6819** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **106214576** Chassi: **9C2KD0810FR473637**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

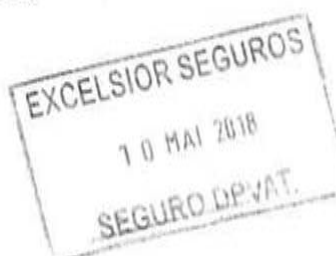
A VITIMA DESTE COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA E COMUNICOU QUE NO DIA E HORARIO JA ANOTADOS, TRAFEGAVA PELA PELA RUA ALFREDO DOMINGOS, NO BAGAGEIRO DA MOTOCICLETA CITADA ANTERIORMENTE, A QUAL ERA CONDUZIDA POR MAYCON DOUGLAS SOUSA DA PAIXAO (SEU FILHO), QUANDO AO PASSAR POR ALGUNS BURACOS QUE HAVIAM, SEU FILHO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, VINDO OS DOIS A CAIR. QUE SEU FILHO SOMENTE TEVE ALGUMAS ESCORIAÇÃO, ENQUANTO QUE A VITIMA DEPOIS DE ALGUNS EXAMES, FOI CONSTATADO TER FRATURADO O TORNOZELO DIREITO, TENDO QUE SE SUBMETER A INTERVENÇÃO CIRURGICA.

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

Maria das Graças de Souza
MARIA DAS GRAÇAS DE SOUZA
(VITIMA)

MAYCON DOUGLAS SOUSA DA PAIXAO
(OUTRO)

B.O. registrado por: **JOSE LOPES SOBRINHO** - Matrícula: **3848094**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Maria das Graças de Souza

CPF da Vítima

239.398.844-34

Data do Acidente

03/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

S. Felhada, 20 de 04 de 2018

Local e Data

X Maria das Graças de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA 11:05 Nº 05

Data e Hora: 02-11-14		Data Nasc.: 17/07/69	
Nome: Maria das Graças de Louza			
Mãe: Eliza Alves de Louza			
Profissão: Aposentada	Sexo: F	Estado Civil: Viúva	Escolaridade:
Responsável: A mesma			
End. do Paciente: Fazenda Belesa			
Bairro: Rural	Município: STA/PE	Fone: 9966-1602	
Cartão SUS:	Doc. Identidade: 2.02.322		
Raça/Cor:		99622-9971	
<input type="checkbox"/> Preto	<input checked="" type="checkbox"/> Parda		
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Indígena		

Pressão Arterial: 120 x 80	Pulso:	Temperatura:	Peso:
----------------------------	--------	--------------	-------

História e Exame Físico: Paciente sofreu queda de moto, dor e edema perna direita. 'Folidez dormenteira' na direita, dor tocoel esquerda.

Tratamento: Solicito Rx Tórax e perna direita em AP e Perfil. Voltar Hemograma e T.M. 11/80. Tox. Bts, D. Encaminhado para Oritol. Med. p/ Cota.

EXCELSIOR SEGUROS
10 MAI 2018
SEGURO DPVAT.

Maria Adrice Pereira de Sousa
Téc. de Enfermagem
COREN-PE 731.222

Impressão Diagnóstica: Trauma MLD
Fratura múltipla costal D

Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito às hs do dia

Médico - Carimbo e CRM: Dr. Cicero Simões de Lima
Médico

CRM: 6755 / CPF: 127.368.974-00



HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA 11:05 Nº 05

Data e Hora: 02-11-14		Data Nasc.: 17/07/69	
Nome: Maria das Graças de Souza			
Mãe: Eliza Alves de Souza			
Profissão: Aposentada	Sexo: F	Estado Civil: Viúva	Escolaridade:
Responsável: A mesma			
End. do Paciente: Fazenda Belesa			
Bairro: Rural	Município: STA/PE	Fone: 9966-1602	
Cartão SUS:		Doc. Identidade: 2.02.322	
Raça/Cor:		99622-9971	
<input type="checkbox"/> Preto	<input checked="" type="checkbox"/> Parda		
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Indígena		

Pressão Arterial: 120 x 80	Pulso:	Temperatura:	Peso:
----------------------------	--------	--------------	-------

História e Exame Físico: Paciente sofreu queda de moto, dor e edema perna direita. Polidez dormenteira na direita, dor tocoel esquerda.

Tratamento: Solicito Rx Tórax e perna direita em AP e Perfil. Voltar Hemograma e T.M. 11/80. Tol. Bts, D. Enxamele. Oritador. Med. p/ Coxa.

EXCELSIOR SEGUROS
10 MAI 2018
SEGURO DPVAT.

Maria Adrice Pereira de Sousa
Téc. de Enfermagem
COREN-PE 731.222

Impressão Diagnóstica: Trauma MLD
Fratura múltipla costal D

Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito às hs do dia

Médico - Carimbo e CRM: Dr. Cicero Simões de Lima
CRM: 6755 / CPF: 127.368.974-00