

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: 00000058215-9

Nr. da Autenticação CDDE049ECE78DA64



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.418, de 28/04/02
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - Pernambuco - CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 834.0005943-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS GRAÇAS DE SOUZA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOÃO GOMES LUCENA, 2003

CPF: 239.198.844-34

BOMBA/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56900-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0832065013	04/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA FATTURA
24/04/2018	17/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 101,86

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo (Wh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Contribuição Iluminação Pública	141.00000000	0,06642610	9,29
ICMS Subvenção CIDE-NF 002012710-17/01/18			0,97
ICMS Subvenção CIDE-NF 006700370-16/02/18			0,69
Multa por atraso-NF 006700370-16/02/18			0,01
Juros por atraso-NF 006700370-16/02/18			1,08
Atualização ICPM-NF 006700370-16/02/18			0,70
			0,00

TOTAL DA FATURA

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)
H0004	CAT	18/03/2018	24.684,00	17/04/2018	24.825,00	32	1.440,00		141,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES/ANO	ANOS
ABR 18	141
MAR 18	133
FEV 18	126
JAN 18	106
DEZ 17	102
NOV 17	110
OUT 17	88
SET 17	94
AGO 17	96
JUL 17	106
ABR 17	116
MAR 17	124
ABR 17	104

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPÔTO
ICMS	9,36	21,03
PIS	8,90	0,52
COFINS	8,00	2,40

Consumo Ativo (Wh)

TARIFAS APLICADAS

0,4803(kWh)

RESERVADO AO FISCO

991C-99AC-8811-3350-2PE1-CFB8-1C10-2060

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

No caso da fatura a baixo e a seguir à sua Verida, mais informações em www.celpe.com.br. O cliente é responsável quanto ao cumprimento das obrigações tributárias de que é sujeito. Paga, em suas gêneros, os impostos (ICMS, PIS e COFINS), juros e multas devidos ao Fisco, bem como ao fornecedor. O Cliente é responsável pelo pagamento do preço de fornecimento de energia elétrica ao consumidor final, caso de suspenção de fornecimento, o encerramento do contrato ou a troca de fiação, podendo também ser cobrado o custo de despesas de recuperação de celas que possam ocorrer a suspensão.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM ABERTO

Consumidor não paga consumo (não contrata) de energia elétrica

Vencido	Excedente	Valor	Vencido	Excedente	Valor
23/03/18	17/04/18	47,30			

Em caso de não pagamento da dívida, o fornecimento de energia elétrica será suspenso, bem como possa ser necessário o corte das ligações de fornecimento de água e gás, com a exigência de pagamento da dívida. Este comunicado informa o direito de extinção definitiva das contas de abrangência sócio-familiar do juiz que poderá ser aplicado após o fim da prorrogação.

DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

PERÍODO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	0,00	5,42	10,86	21,73
FEB	1,00	3,38	6,72	13,44
MAR	0,00	3,11	6,30	12,60

Lembre DGR: 12,22 EU30 - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição é R\$ 14,92

Não houve interrupção em 2018 e
 não haverá para 2019. Existem 120 dias
 úteis para a realização das
 interrupções, para a comparação dos
 consumidores, as quais devem ser
 feitas entre os períodos de 120 dias
 (de 12/07/17 a 11/07/18). Entre 01/01/18
 e 31/12/18, existem 365 dias úteis para
 a realização das interrupções.
 As interrupções só serão realizadas
 quando houver necessidade de
 fazer reparos ou manutenção no
 sistema de distribuição ou
 quando houver necessidade de
 proceder a operações de
 segurança.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	302 291
SUMM	MÉSMO

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

0832065013 04/2018 24/04/2018 101,86

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



EXCELSIOR SEGURANÇA
 19 MAI 2018
 SEGURO DE VIDA



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

FISCAL • **PATRIMÔNIO** • **CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.335.832/0001-06 | Inscrição Estadual: 000843-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF: 368 710.304-15

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
66912-130

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

PERÍODO DE VENCIMENTO	PERÍODO DE PAGAMENTO	DATA DE VENCIMENTO	DATA PRAVISA PAGAMENTO LATUUM
000000008	ÚNICA	23/02/2018	02/03/2018
23/02/2018	2000138288	3672821	28/03/2018

2278076019	02/2018
DATA DE VENCIMENTO	02/03/2018
DATA PRAVISA PAGAMENTO LATUUM	28/03/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	210,32

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

CONSUMO ATUAL (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Contribuição Iluminação Pública	296.000.000	0,00074504	180,58
ICMS Subvenção-CDE-NF 003104203-27/12/17			7,08
Multa por atraso-NF 003104203-27/12/17			2,03
Juros por atraso-NF 003104203-27/12/17			4,98
Abatização ICP-MP-NF 003104203-27/12/17			1,00
PRÓ- Criança - (081)3412-8960 0800 031 8960			1,77
			0,00

TOTAL DA FATURA

INFORMATIVO DE CONSOLIDADO DA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE
301021211	CAT	21-01-2018	16.224,00	23-02-2018	16.528,00	28	1.00000

Consumo Atual (kWh)	VALOR DE CALCULO	%	VALOR DE IMPORTE	GERAÇÃO DE ENERGIA	R\$	2,33	27,98%
FEV18 328	180,58	28,00	47,04	Transmissão	R\$	0,53	2,05%
MAIO18 340	180,58	6,81	1,26	Risco Rápido (Carga)	R\$	40,40	21,39%
DEZ17 340	180,58	2,80	4,26	Parcerias de Energia	R\$	13,87	7,23%
NOV17 352				Despesa Baterista	R\$	17,01	8,10%
OUT17 262				TRIBUTOS	R\$	9,87	20,18%
SETE17 278				Total	R\$	186,58	100%
AGO17 337							
ABR17 300							
ABR17 264							
MAR17 312							
ABR17 262							
MAR17 310							
FEV17 336							

5411.8500-4BAD.5F0D.15AF.3A0C.E413.2FC0

EXCELSIOR SEGUROS
10 MAI 2018
SEGURADO DPVAT

No dia 10 de outubro a tarifa volta a seu valor de referência. Mais informações em seu atestado (por ex.: O cliente é contemplado quando há variação no consumo de energia ou no nível de fornecimento). Preço: R\$ 0,00074504 (0,74504%). Data: 10/10/2018. O cliente não é contemplado quando há variação no consumo de energia ou no nível de fornecimento. Mais O cliente é contemplado quando há variação no nível de fornecimento. O cliente é beneficiado do contrato podendo ter até 2 dias úteis para fazer a alteração, podendo também ser utilizado o Curtis do descontabilizador no dia em que iniciar a suspensão. O consumo é contabilizado a cada 15 dias de sua vigência ou durante 10 dias se houver qualquer tempo - Art 7º REG-001/13. Consulte o manual de serviço. Site: www.celpe.com.br

ATENÇÃO! CELPE FAZ ORDEM QUE VOCÊ PODE PEGAR CONTAS EM ABERTO

Consumo e/ou débito pagamento (mês) consumo de energia (kWh/mês)

Vencido 01/02/18 D'Aviso 23/02/18 Vencido 23/02/18 Vencido 01/02/18 Vencido

Em caso de não pagamento das faturas, o fornecedor das tarifas de energia elétrica poderá suspender o fornecimento de energia elétrica ao consumidor. Este fornecedor não pode suspender o fornecimento de energia elétrica ao consumidor que pague suas contas mensais e não estiver pendente.

CONSUMO	MESMO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
SERRA TALHADA	000000008	1,45	5,43	10,86
PIB	3,00	3,00	8,72	13,44
EMBO	0,87	3,11	9,06	0,00

Informações sobre o JDF 2018. A tarifa volta a seu valor de referência. Edital 001/18, para contemplar o fornecimento de energia elétrica ao consumidor que pague suas contas mensais e não estiver pendente. O fornecedor não pode suspender o fornecimento de energia elétrica ao consumidor que pague suas contas mensais e não estiver pendente. Edital 001/18, para contemplar o fornecimento de energia elétrica ao consumidor que pague suas contas mensais e não estiver pendente.

TRIMESTRE NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202
221	221

Linha DDFB-12,39 R\$0,00 - Valor do Encargo da Linha no Sistema de Fornecimento = R\$ 70,00

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 Ronan 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 Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 239.398.844/34, do sinistro de DPVAT cobertura Indenização da Vítima Maria das Graças de Souza, 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 a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>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>
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>56</u>

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

Ronan de M. S. Cavalcante

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maycon Douglas Souza da Paixão,
RG nº 1581800012, data de expedição / /,
Órgão _____, portador do CPF nº 086.699.774-79, com
domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Sítio Fazenda Grotões, nº 1,
complemento Casa, 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 Souza da Paixão

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA LN X8

Modelo: HONDA /
Ano: 2015/2016

Placa: PDE 6819

Placa: IPQ-8839
Chassi: SC2KD0830FR473637

Data do Acidente: 03/11/2017

Local e Data: Serra Talhada - 04-05-18

Xheyers Dannylo Senna de Souza
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

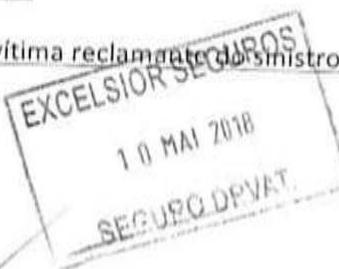


Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Assinatura do C.
Reginaldo Antônio da Silva
Delegado Titular e Of. do Protesto

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 38311-824

Reconheço a Firma por Autenticidade da MARCON BRUNERAS
SOUSA DA PAIXÃO. Dou Fé. Serra Talhada - PE. Em Todo
() da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva
Titular. () Maria Lúcia de Sousa - Subscritora. ()
- R\$ 3,39. TSNR - R\$ 0,80 FEPE - R\$ 0,10 IMA - R\$ 0,00
Selos: 0074872.WVA04201801.02387 20/04/2010 11:36:18
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br - SelosDigital



BOLETIM DE EMERGÊNCIA 11:05 Nº 65

Data e Hora:	02-11-14	Data Nasc.:	17/07/59
Nome:	Maria das Gracas de Souza		
Mãe:	Elisa Flores de Souza		
Profissão:	Agricultora	Sexo:	
Estado Civil:	Viúva	Escolaridade:	
Responsável:	A mesma		
End. do Paciente:	Fazenda Belga		
Bairro:	Puraçá	Município:	STA IPE
Cartão SUS:	Fone: 87 9966.1602 Doc. Identidade: 2.012.322		
Raça/Cor:			
<input type="checkbox"/> Preto	<input checked="" type="checkbox"/> Pardo	99622-9921	
<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 dorsoanterior mudiante, dor Toco e espalda

Tratamento:
 *Solicito Rx Teres empermeável
 na Direita em AP e Perfil.
 Voltaren FR 100 mg - 1 m. d.c.
 Tol But., D
 Enzimase, 1000
 Driptecol.
 Med. p/corpo

EXCELSIOR SEGUROS
 10 MAI 2010
 SEGURO DPVAT

Adelmo
 Maria Adrice Pereira de Sousa
 Tec. de Enfermagem
 COREN-PE 73120

Impressão Diagnóstica: Thrombo MIO

Fatura móbil total D

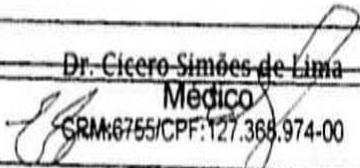
Destino do Paciente: Residência Internado Transferido

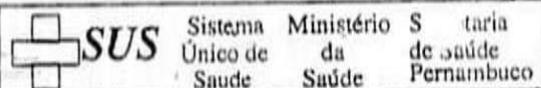
Removido para Hospital

Óbito às hs do dia

Dr. Cícero Simões de Lima

Médico - Carimbo e CRM:


 CRM:6755/CPF:127.368.974-00



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Saúde Pernambuco

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2351633

4 - CNES

2351633

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

239.198.844-34

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

898003458459733

6 - SIS PRE-NATAL

7 - SINHA/REGULAÇÃO

8 - N° DO PRONTUÁRIO

000095560

9 - NOME DO PACIENTE

MARIA DAS GRACAS DE SOUZA

10 - DATA DE NASCIMENTO

17/07/1959

11 - SEXO

Feminino

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

ELISA ALVES DE SOUZA

13 - TELEFONE DE CONTATO

(87) 9637-6388

14 - ENDEREÇO (RUA N° BAIRRO)

FAZENDA GROTOES

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SERRA TALHADA

16 - COD. IBI/ MUNICÍPIO

17 - UF

PE

18 - CEP

56903-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

Exame físico: paciente com queixa de dor abdominal central e peritonite. Exames complementares: USG abdominal e TC abdominal.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

USG abdominal e TC abdominal.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Intussusceptão

22 - CID. 10 PRINCIPAL

5930

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

24 - CID. 10 SECUNDARIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intussusceptão

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

115050-467

28 - CLÍNICA

306 - TRAUMA FEM. 01

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

IX - CNS

30 - DOCUMENTO

I - CPP

31 - N° DOCUMENTO (CNS/ CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

Antônio Rodrigues de Freitas

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/11/2017

SEGURO DE VIDA

Marciana Pereira Ferreira

CPF: 030.473.894-41

CRM: 16278

Diretor Clínico

CPF: 056.552.003-28

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

35 - I ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - N° DO BILHETE

40 - SÉRIE

36 - I ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBO

37 - I ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

I EMPREGADO I EMPREGADOR

I AUTÔNOMO I DESPROVADO

I APOSENTADO I NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

47 - DOCUMENTO

I - CNS

I - CPP

48 - N° DOCUMENTO (CNS/ CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

I - CNS

I - CPP

MOTIVO DA ALTA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

DATA DA INTERNAÇÃO:

DATA DA ALTA:

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

130

CE

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 []	Outros Acidentes []	Agressão []
Suicídio []	Casual []	Outros []	
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
<p><i>Passou mal, sentiu pressão na H/D, se queiridou e sentiu dor no abdômen e dor nas costas, sentiu dor no lado direito.</i></p>			
Diagnóstico Inicial			
<p><i>FRM - MZ (D)</i></p>			
S.A.D.T		<p>EXCELSIOR SEGUROS 10 MAI 2018 SEGURÓ BRVAT</p>	
Diagnóstico Final			
CONDição DE ALTA		MOTIVO DA ALTA	
Melhorada [A]	Decisão Médica [x]	Data do Internamento: 08/11/17	
Inalterado []	Alta a Pedido []	Data da Alta: 11/11/17	
Piorado []	Transferência []	Local: Hospital Regional de Caruaru	
Óbito+48h []	Evasão []	Órgão de Informação: ONG de Caruaru	
Óbito-48h []	Indisciplina []	Assunto: Atendimento de Casos	
Óbito em: _____		Médico Responsável: _____	
Hora: _____			



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

MÉDICO SOLICITANTE
ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA

DATA DA SOLICITAÇÃO
06/11/2017 11:24

ASSINATURA E CARIMBO INº DO REGISTRO DO CONSELHO
CRM - 015926

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE
MARIA DAS GRAÇAS DE SOUZA

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO
17/07/1959

Nº DO PONTUÁRIO
382283

SEXO

Feminino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
ELIZA ALVES DE SOUZA

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
ZONA RURAL - FAZENDA BELEZA
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
SERRA TALHADA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2613909

UF
PE

CBP

TELEFONE DE CONTATO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE SOFRER QUEDA DE MOTO.
DOR+EDEMA EM Perna DIREITA, PALIDEZ, DORMÊNCIA MÃO DIREITA.
DOR TORAX ESQUERDO

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS)
RADIOGRAFIA Perna DIREITA EM AP E PERFIL

DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA DE TORNOCÉLO DIREITO

CÓD. 1º PRINCIPAL

CÓD. 1º SECUNDÁRIO

CÓD. 3º CAUSAS ASSOCIADAS

SINAIS VITAIS



PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

CLÍNICA

CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

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

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

DATA DE AUTORIZAÇÃO

Nº DO LEITO

ESPECIALIDADE

MÉDICO AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

DATA DA SOLICITAÇÃO

DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CÓD. ORGÃO EMISOR



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 MAGALHÃES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
06/11/17 11:24	Aguardando Regulacao		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - 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:

Data: 09/05/17

Início:

Término:

Cirurgião: Antônio

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista: Dr. Vítor

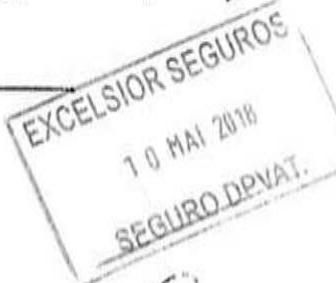
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Ortosextas Tercerado
MID + procedimento lateral envolvendo
uma cora blaster para placa, borda
sem foco fechada. Reduziu e fixou
usando os placos 1/3 círculo e tabuleiro

02 P. Esponja 4x0

03 P. Cortical 3x5

Afurar por placa + reafixo
áreas rotas.
Tela fértil.



Resenho:

Antônio Rodrigues de Freitas
CRM 7351
CPF: 050.552.003-26

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 MAGALHÃES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
06/11/17 11:24	Aguardando Regulacao		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.

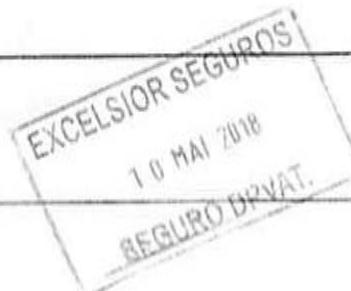
DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora Paciente Assistido Usuário

DADOS REJEIÇÃO



COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA

99966-1600 / 99612-9979



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

Nome: M. in gross d Soz 28m

Insmismento:

A Traumato. Sr. Vicent

Pg:

Festas + Tornozelo D

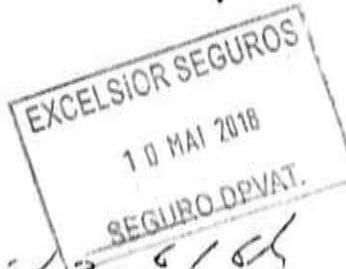
Rv ± 1h.

① Dnt. lir

② Difuso - 500 g do c/ck

③ Hemorragia + TATE + INR

④ c. c. + 55



Data: 03/11/17

Dr Énio K. de Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM: 15628

Médico - CRM

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA	
NOTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMBENI MAGALHÃES Secretaria de Saúde do Estado do Pernambuco Serra Talhada - SUISPE CNPJ: 10.572.048/0043-87 Rua Comandante Superior, 955 - Fone: (87) 3831-9600 N. Srª da Penha - Serra Talhada - PE - CEP 55.902-900	
UF	NÚMERO
PE	56272143
B	
Assinatura do Médico	
Dr. Geraldo Simões de Lima	
Paciente:	Maria dos Prazeres de Souza
Endereço:	de Souza
Posologia:	100 mg x 10 dias
Quantidade e Forma Farmacêutica	500 mg - 100 comprimidos
Dose Por Unidade Posológica	500 mg
CARIMBO DO FORNECEDOR	
Nome do Vendedor	
Nome:	SCARPA MARI
Endereço:	Rua 100, nº 100, Centro, Serra Talhada, PE
Telefone:	(87) 3831-9600
Ident. Nº:	Órgão Emissor:
NOTA FISCAL	
NOTA FISCAL DE RECEITA DO COMPRADOR	
Nome:	
Número do CPF:	
Data:	
Medicamentos ou Substância	

A rectangular stamp with a double-line border. The word "EXCELSIOR" is at the top, "SEGUROS" is in the middle, and "10 MAI 2018" is below it. At the bottom, it says "SEGURO.DPVAT."



Dr. Danuzio Oliveira

CRM PE 17.564

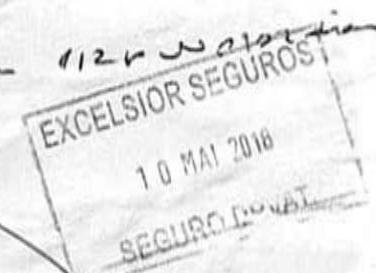
Residência Médica em Neurologia Clínica
Membro Titular da Academia Brasileira de Neurologia

P1 Maria dos Prazeres da Silva

R

D

11 Pediatria 2014 ————— 02 m
Tem 02 m e seu peso é de 10,2 kg
Tem 02 m, 02 m
Tem 01 m, 00 m 20 cm
Tem 112 cm e sua altura



Danuzio Oliveira

Neurologista

CRM PE 17.564

6612112

CLIMATIN - Clínica Materno Infantil
Rua Inocêncio Gomes de Andrade, 640
Centro - Fone/fax: (87) 3881-1133/3881-1128
CEP 56.912-440 - Serra Talhada - Pernambuco
E-mail: climatinst@yahoo.com.br



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Serra Talhada

Nome: M. dos Santos d. Souza

nao

N

PROFLAM 100g — 018

Tam 01 g 00

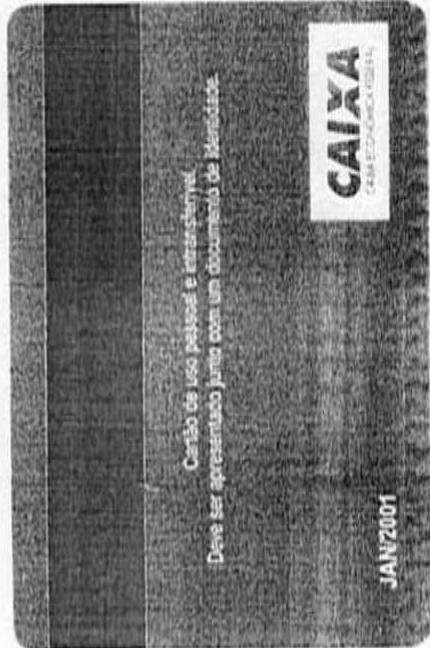
+ 12/12 horas p/ 05/01



Dr. Éntio K. de Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM 15.926

Médico - CRM

Data: 03/11/17







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 OSTEOSÍNTESE, 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,

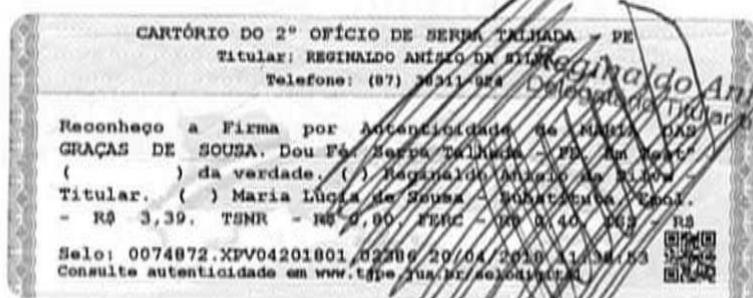
portador(a) do documento de identidade nº 2.012.322, expedido por SSP/PE, em
28.05.1979 inscrito no CPF sob o nº 239.198.844-34, residente na
Rua João Gomes Lucena, nº 2963,
complemento Casa, Bairro Bombera, cidade
Serra Talhada, Estado PE.

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.

Amplos 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 Abrial de 2018
Outorgante X Maria das graças de Souza



Procuraçāo

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

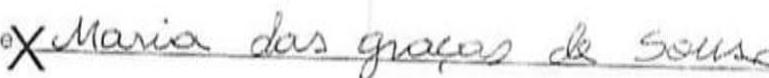
1. Outorgante Maria das Graças de Souza

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
Rua João Gomes Lucena, nº 2963, complemento Casa, Bairro Bombeira, 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.

Amplos 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 Agosto de 2011 
Lucelior Seguros
10 MIL 000,00
RESERVA


CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSTIO DA SILVA 
Telefone: (07) 30311-824

Reconheço a Firma por Autenticidade de Maria das Graças de Souza. Sou Faz. Serra Talhada - PE, no dia de () da verdade, () Reginaldo Anistio da Silva.
Titular, () Maria Lucia da Souza - Serra Talhada - PE.
- R\$ 3,39, TSNR - R\$ 0,00, PERC - 0% 0,10, DSC - 0,00
Selos: 0074872.XPV04201801_02286 20/04/2018 11:34:53 Consulte autenticidade em www.tjpe.mt.br/seletor

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



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.seguradoraslider.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



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2018

Carta n°: 12937777

A/C: 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

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%

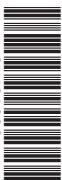
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**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

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	239.398.84434	Profissão	Agricultora
Endereço	R. João Gomes Lucena	Número	2963	Complemento	Casa
Bairro	Bombrá	Cidade	Serra Talhada	Estado	PE
Email		CEP	56900-000	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

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <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 | |

- 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

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

CPF da Vítima

239.398.844-34

Nome completo da vítima

Maria das Gracas de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Maria das Gracas de Souza	CPF/titular da conta	239.398.844-34	Profissão	Agricultora
Endereço	R. João Gomes Lucena	Número	2963	Complemento	Casa
Bairro	Bombera	Cidade	Serra Talhada	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.

EXCELENTE
10

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 type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	BANCO Nome _____
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	Nº _____

AGÊNCIA Nº: _____	D/V: _____	CONTA Nº: _____	D/V: _____
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

AGÊNCIA Nº: _____	D/V: _____	CONTA Nº: _____	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 gracas 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

039.198.844.34

Nome completo da vítima

Maria das Graças de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Maria das Graças de Souza	239.198.844.34	Agricultora
Endereço	Número	Complemento
R. João Gomes Lucena	2963	Casa
Bairro	Cidade	Estado
Bombe	Serraria Talhada	PE
Email	CEP	Telefone (DDD)
	56900-000	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

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO 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 type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 0914	DNV	CONTA NRO. 58215	DNV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO.	DNV	CONTA NRO.	DNV
(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

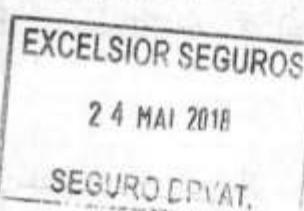
Local e Data

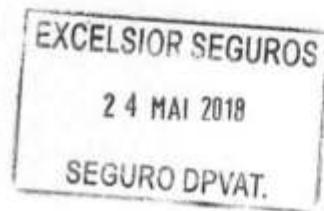
Reino de H. S. Barreto

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 - DP177°CIRC
 DINTER2/21°DESEC

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 - Culposo (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) Sua(s): 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 COMPARCEU 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 INTERVENÇAO 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 Gracas 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 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 atende 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 perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias 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.7alhada, 20 de 04 de 2018

Local e Data

X Maria das gracas de souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BOLETIM DE EMERGÊNCIA 11:05 Nº 65

Data e Hora:	02-11-14	Data Nasc.:	14/07/69
Nome:	Maria das Gracas de Souza		
Mãe:	Elisa Alves de Souza		
Profissão:	Ferreira	Sexo:	Female
Estado Civil:	Casada		
Responsável:	A mesma		
End. do Paciente:	Praça da Beleza		
Bairro:	Ribeirão Preto	Município:	STA/PE
Cidade:	PE 99661602		
Cartão SUS:	Doc. Identidade: 012322		
Raça/Cor:	99622-9921		
<input type="checkbox"/> Preto	<input checked="" type="checkbox"/> Parda		
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Indígena		

Pressão Arterial:	120 x 80	P脉:	Temperatura:	Peso:
-------------------	----------	-----	--------------	-------

História e Exame Físico: Paciente sofreu queda de moto, dor e edema perna direita. Polidez domenecia med. de rétina, dor Tócos e queiro

Tratamento:
 *Solicito Rx Tres esferas Pen na Direita em AP e Perfil.
 Voltaren Frang - 1 m. 100
 Tol But, , D
 Encapuzado 100
 Ointosol -
 Med. p/cor

EXCELSIOR SEGUROS
 10 MAI 2018
 SEGURO DPVAT

Adelio -
 Maria Adrie Pereira de Sousa
 Tec. de Enfermagem
 COREN-PE 73120

Impressão Diagnóstica:	Thrombo MLD		
Fator apical total D			
Destino do Paciente:	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input type="checkbox"/>
Removido para Hospital			
Óbito às	hs do dia		
Médico - Carimbo e CRM:	Dr. Cícero Simões de Lima Médico CRM:6755/CPF:127.368.974-00		

BOLETIM DE EMERGÊNCIA 11:05 Nº 65

Data e Hora:	02-11-14	Data Nasc.:	14/07/69
Nome:	Maria das Gracas de Souza		
Mãe:	Elisa Alves de Souza		
Profissão:	Farmacêutica	Sexo:	Female
Estado Civil:	Casada		
Responsável:	A mesma		
End. do Paciente:	Praça da Beleza		
Bairro:	Ribeirão Preto	Município:	STA/PE
Cidade:	PE 99661602		
Cartão SUS:	Doc. Identidade: 012322		
Raça/Cor:	99622-9921		
<input type="checkbox"/> Preto	<input checked="" type="checkbox"/> Parda		
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Indígena		

Pressão Arterial:	120 x 80	P脉:	Temperatura:	Peso:
-------------------	----------	-----	--------------	-------

História e Exame Físico: Paciente sofreu queda de moto, dor e edema perna direita. Polidez domenecia med. de rétina, dor Tócos e queimaduras

Tratamento:
 *Solicito Rx Tres infusões Per
 na Direita em AP e Perfil.
 Voltaren Frang - 1 m. 100
 Tol But., D
 Encap. 1000 mg
 Ondolac -
 Med. p/cor


 10 MAI 2018
 SEGURO DPVAT

Adelio -
 Maria Adrie Pereira de Sousa
 Tec. de Enfermagem
 COREN-PE 73122

Impressão Diagnóstica:	Thromboembolismo		
Fator mobil total D			
Destino do Paciente:	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input type="checkbox"/>
Removido para Hospital			
Óbito às	hs do dia		
Médico - Carimbo e CRM:	Dr. Cícero Simões de Lima Médico CRM:6755/CPF:127.368.974-00		