

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JACIENE LIMA E SILVA

Nº Sinistro: 3180455672

Vitima: JACIENE LIMA E SILVA

Data do Acidente: 25/06/2018

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 3180455672**.

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 13427992



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JACIENE LIMA E SILVA**

Sinistro: **3180455672**

Vítima: **JACIENE LIMA E SILVA**

Data do Acidente: **25/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180455672** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



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

043.323.864-00

Nome completo da vítima

Jacine Lima e Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jacine Lima e Silva		CPF titular da conta 043.323.864-00	Profissão Agricultor
Endereço Rua da Penha		Número 181	Complemento Casa
Bairro Lacerdópolis de Penha - F.R.	Cidade Gua Telhada	Estado PE	CEP 56900-000
Email		Telefone (DDD) 1879634-4907	

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			
<input 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"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> Bradesco	
CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 0586 (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 38810 (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.

Gua Telhada 23 de Agosto de 2018
Local e Data

X Jacine Lima e Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





0358325176



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. 18E0267002946

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/08/2018** às **11:39**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/6/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, SÍTIO SERRA GRANDE; EM FRENTE A ESCOLA FRANCIETE PAOLA; ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
 JACIENE LIMA E SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JACIENE LIMA E SILVA

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

JACIENE LIMA E SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DO SOCORRO LIMA E SILVA
 Pai: **JURACI SEVERO DA SILVA** Data de Nascimento: **15/7/1981** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7530178/SDS/PE (RG), 04332386400 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **PROFESSOR(A)** Telefones Celulares: **- 087981479845**

Residencial: **RUA DA PENHA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 181, DISTRITO CAIÇARINHA DA PENHA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JACIENE LIMA E SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **LARANJA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEF1630** (PERNAMBUCO/AFOGADOS DA INGAZEIRA) Renavam: **398423792** Chassi: **9C2KD0550CR533343**
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**
 Descrição: **MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS ES; VEÍCULO LICENCIADO EM NOME DE JEAN DE LIMA**

SILVA, CPF Nº 059.415.254-27

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL A SRA. JACIENE PARA COMUNICAR A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE FOI AO TRABALHO, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCRITA; QUE ESTAVA SOZINHA NA MOTOCICLETA; QUE AO CHEGAR NO LOCAL DESCRITO, AO PARAR A MOTOCICLETA, NÃO CONSEGUIU SEGURAR O PESO DA MESMA, TENDO ESTA PENDIDO E CAÍDO; QUE A MOTO CAIU EM CIMA DE SEU PÉ DIREITO; QUE FOI CONDUZIDA AO HOSPITAL PELO SEU IRMÃO E UM AMIGO; APRESENTOU BOLETIM DE EMERGÊNCIA DO HOSPAM Nº 36, ASSINADO PELO MÉDICO PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO, CRM-PE 16558; A VÍTIMA INFORMOU QUE EM DECORRÊNCIA DO TRAUMA SOFREU FRATURA DO PÉ DIREITO E FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. INQUIRIDA SOBRE SUA CNH INFORMOU NÃO POSSUIR. ESSE REGISTRO DESTINA-SE A ASSEGURAR DIREITOS FUTUROS. SEM MAIS PARA O MOMENTO, ENCERRO.

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

Jaciane Lima e Silva
JACIENE LIMA E SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **Bruna Reinaldo do Nascimento Santana** - Matrícula: **3866106**



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 Jaciele Lima e Silva CPF da Vítima 043.393.864-00 Data do Acidente 25/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
E-mail	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 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. Pálhoda 23 de Agosto de 2018
Local e Data

X Jaciele Lima e Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
XI GERES - SERRA TALHADA

BOLETIM DE EMERGENCIA				Nº: 36	
Data: 25.06.18		Hora: 08:01			
Nome: Jacene Lima e Silva				Estado Civil: solteira	
Nascimento: 15.07.81		Sexo: Fem.			
Escolaridade:		Profissão: automa			
Mãe: M ^{te} do socorro Lima e Silva		Responsável:			
Endereço: Caracunga da Penha					
Bairro:		Município: S. Talhada		Fone: 9.8160-2648	
Cartão SUS: 898.0034.1375.2826		RG/CPF: 7.530.178			
Raça/Cor:		Branca		Parda	
		Preta		Amarela	
				Indígena	
PA:		Pulso:		HGT:	
				Temperatura:	
				Peso:	
História e Exame Físico: TRAUMA PE O M ^{te} IN, APOS QUEDA DE MOTO, CI DER, BOMBA E ULTIMA CÃO					
Tratamento: TRAT ANALGÉSICO AO HOSP. JAS VIZINOS P/ TTO CIRURGICO					
Hipótese Diagnóstica: Fratura - Ulna e Rádio Left 2 = 1/3 MTTD					
Carimbo e Assinatura: Paciente Relatou a queda de bicicleta Causando trauma no membro superior esquerdo Carimbo: 15/06/18					
Destino do Paciente:		Internado		Residência	
Removido para o hospital:		Transferido		Evasão	
Óbito às		hrs do dia			

VEH
15/06/18
15/07

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	22/10/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	3.037,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JACIENE LIMA E SILVA

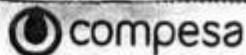
BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-P

CONTA: 000000038810-6

Nr. Autenticação

BRABESCO2210201805000000000023700586000000038810303750 PAGO



CNPJ 09.789.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA DARIO FERRAZ - NÚM. - 00319 - CENTRO FLORES -
TA PE 56400-000

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 105963887 Mai/2018

MARIA DO SOCORRO DE LIMA SILVA
R DA PENHA, N. 00181 - CAICARINHA DA PENHA - SERNA TALHADA PE 56
900-000

INSCRIÇÃO: 400.100.012.0260.000 GRUPO: 14 - FB AUTOMÁTICO: 105963887

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL	1	COMERCIAL INDUSTRIAL	
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)	
A12B193985	10/05/2018	09/06/2018	MÉDIA HD	

ÁGUA:

LEIT ANT: 377

CONSUMO: 9

LEIT ATU:

RECURRENCIA TAXA M

LEIT FAT: 387

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

		PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
			EXIG. FORT.	ANÁLISES	ATENDEN	
04/2018	04		MS 2.914/11	REALIZ.	A LEIT.	
03/2018	10	TURBIDEZ	10	10	10	
02/2018	09	COR APARENTE	10	10	10	
01/2018	16	CLORO RESIDUAL	10	10	10	
12/2017	08	CÓLIF. TOTAIS	10	10	10	
11/2017	08	E. COLI	10	10	10	

MÉDIA:

09

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO

TOTAL (R\$)

9,43

41,30

MULTA P/IMPUNTUALIDADE 04/2018

0,80

JURQA-DE HORA 02/2018

0,41

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
MS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/06/2018

TOTAL A PAGAR: 42,51

MESSAGEM:

DICA: NÃO AO TRABALHO INFANTIL

DENUCIE: DISQUE 100

EXCELSIOR SEGUROS

2 A SET 2018

SEGUROS J. PRIVAT.



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
CÓDIGO FISCAL: 2278076019 - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF: 388 710 364-15

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
58912-130

CLASSIFICAÇÃO
81 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
00800038	ÚNICA	23/03/2018
23/02/2018	2000138269	3872821 %

CÓDIGO DE CONTABILIZAÇÃO	MÊS
2278076019	02/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE EMISSÃO
02/03/2018	28/03/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	210,32

DEMONSTRAÇÃO DA BOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	285,000000	0,8874584	180,58
Contribuição Iluminação Pública			7,98
ICMS Subvenção CDE-NF 003194283-27/12/17			2,03
Multa por atraso NF 003194283-27/12/17			4,38
Juros por atraso NF 003194283-27/12/17			1,89
Atualização IGP-M NF 003194283-27/12/17			1,77
PRO-CRANCA (0813412-8980 0800 031 8980)			0,89
TOTAL DA FATURA			
210,32			

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO BOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	IP DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (Wh)
302019116	CAT	25-01-2018	15.224,00	23-02-2018	15.508,00	28	1,5000		286,50

Mês (Ano)	Consumo Ativo (Wh)	TARIFAS APLICADAS
FEV 18 286		
JAN 18 328		
DEZ 17 340		
NOV 17 352		
OUT 17 362		
SET 17 378		
AGO 17 392		
JUL 17 390		
JUN 17 384		
MAY 17 312		
ABR 17 382		
MAR 17 370		
FEV 17 338		

5411.85DC 48AD 5FDD 15AF 3A0C E413 2FCD

ATENÇÃO CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSA CONTAR EM ABERTO					
Consulte o valor pago por mês (R\$) e o valor de energia (Wh) em:					
Valor	De	Valor	De	Valor	De
230,00	23/02/18	257,37			
Em caso de não pagamento do abito, a fatura de energia pode ser suspensa, bem como poder ser cancelada. É de responsabilidade do consumidor o pagamento da fatura de energia elétrica. Em caso de não pagamento, a fatura de energia elétrica pode ser cancelada e o consumidor poderá ser considerado inadimplente.					
TARIFAS E PREÇOS DAS ENERGÍAS				MÊS DE VENCIMENTO	
DEBÍTO	VALOR A PAGAR	VALOR DE VENCIMENTO	VALOR DE VENCIMENTO	TENÇÃO NORMAL (V)	VALOR DE VENCIMENTO (R\$)
SERRA TALHADA	1,45	5,43	10,88	220	202
PRO	2,00	3,36	8,70		231
DEBÍTO	0,87	0,11	0,00		
Linha DCE 12,22 - Valor de Energia de Lixo do Sistema de Distribuição - R\$ 70,58					

EXCELSIOR SEGUROS
28 SET 2018
SEGUROS PLAT

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

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



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

DADOS DO CLIENTE MARGARIDA ALVES CAVALCANTE CPF: 368.710.364-15	DATA DE VENCIMENTO 02/10/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 245,82	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 25/09/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 25/09/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 033326249	CONTA CONTRATO 002278076019 Nº DO CLIENTE 2000136269 Nº DA INSTALAÇÃO 0003672821
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA FRANCISCO OLAVO 110 IPSEP/SERRA TALHADA 56912-130 SERRA TALHADA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO BDCC.1747.F686.8956.0055.B22B.889B.1A27			

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	282,00	0,75282909	212,29
Acréscimo Bandeira VERMELHA			20,35
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,66
ICMS Subvenção-CDE-NF 021982132-26/06/18			1,81
ICMS Subvenção-CDE-NF 025728409-26/07/18			1,73
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			0,98

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003010216219	CAT	27/08/2018	17.261,00	25/09/2018	17.543,00	29	1,00000	0,00	282,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/10/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jul/2018					
DICRI-De horas sem Energia	0,00	5,43	10,66	21,73	
FIC-No.de vezes sem Energia	0,00	3,36	6,72	13,45	
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua	0,00	3,11	0,00	0,00	
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 77,64					
Tudo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você farmácia economize: rua jose rodrigues de barros n. senhora da conceição / farmácia popular: Inocencio gomes de andrade 717 nossa sra da penhaLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002278076019	09/2018	245,82	02/10/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.741/25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário faciene Lima e Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.323.864/00, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima faciene Lima e Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.323.864/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Procuradora Renda: Recurson 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>Rua Francisco Olyrio</u>		Número <u>110</u>	Complemento <u>laser</u>
Bairro <u>JPSEP</u>	Cidade <u>Barra Talhada</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56912-130</u>
Telefone comercial(DDD)		Telefone celular(DDD)	
		<u>(87)9634-4907</u>	

S. Talhada 23 de Agosto de 2018
Local e Data

Rosana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jean de Lima Silva,
RG nº 7281118, data de expedição 03/06/2015,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 059.415.254-27, com
domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Comercio Semi-Advers de Lima, nº 21,
complemento lasc, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jaciene Lima e Silva, cujo o condutor era
Jaciene Lima e Silva.

Veículo: PAS / MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / NXR 150 Bros ES
Ano: 2011/2012
Placa: PEF 1630
Chassi: 9C2K00550CK533343
Data do Acidente: 05.06.2018
Local e Data: Serra Talhada 03-08-2018



Assinatura do Declarante

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

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

Reconheço a Firma por Autenticidade de JEAN DE LIMA SILVA. Dou Fé. Serra Talhada - PE, Em Teste () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva - Titular. () Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Valor: R\$ 3,39. TSNR - R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,20.

Selo: 0074872.ZQR07201802.01386 03/08/2018 10:57:13
Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Maria Lúcia de Sousa
Substituta
CPF: 187.093.384-20

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO	NOME ATEND.		
043.323.864-00			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	6 - SIS PRE NATAL	7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - Nº DO PRONTUÁRIO
898003413751826			000157331
9 - NOME DO PACIENTE	10 - DATA DE NASCIMENTO	11 - SEXO	
JACIENE LIMA E SILVA	15/07/1981	Feminino	
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO	
MARIA DO SOCORRO LIMA E SILVA		(87) 98115-9684	
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)			
DO COMERCIO			
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	16 - COD. IBGE MUNICÍPIO	17 - UF	18 - CEP
SERRA TALHADA		PE	56900-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO	
<i>Doença crônica H1N1, depreciação de todos os órgãos, R. D, eucrasia e supuração de secreções (H1N1)</i>	
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
<i>Rx de tórax, APE 2x</i>	
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID. 10 PRINCIPAL
<i>Infecção respiratória aguda</i>	5929
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24 - CID. 10 SECUNDÁRIO
	25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	27 - COD. DO PROCEDIMENTO
<i>Intubação</i>	0408050462
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
305 - TRAUMA FEM. 01	
30 - DOCUMENTO	31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
[X] CNS [] CPF	
32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
<i>Antônio Rodrigues de Freitas</i> CPF: 030.473.994-41	12/07/2018
34 - ASS. E CARIMBO DO RESPONSÁVEL MÉDICO	
<i>Mauriciana Pereira Pereira</i> CPF: 030.473.994-41 CRM: 16278	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - [] ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - Nº DO BILHETE	40 - SÉRIE
36 - [] ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNAE DA EMPRESA	43 - CBOR
37 - [] ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
[] EMPREGADO	[] EMPREGADOR	[] AUTÔNOMO	[] DESEMPREGADO
[] APOSENTADO	[] NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO	46 - COD. ORGÃO EMISSOR	51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
		261810502821-0
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	MOTIVO DA ALTA:
[] CNS [] CPF		<i>02</i>
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		CARATER DA INTERNAÇÃO:
1		<i>02</i>
50 - ASS. E CARIMBO DO RESPONSÁVEL MÉDICO (CONSELHO)		DATA DA INTERNAÇÃO:
<i>Ilo Pereira de Andrade Melo</i> CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603 Médico Autorizador XI GERES		<i>12.07.18</i>
EXCELSIOR SEGUROS		DATA DA ALTA:
7 A SET 2018		<i>12.07.18</i>
ESTAB. PRIVAT.		

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	DATA DA SOLICITAÇÃO: 25/06/2018 14:13
MÉDICO SOLICITANTE: PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 16558

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: JACIENE LIMA E SILVA	Nº DO PRONTUÁRIO: 460776
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 15/07/1981
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: M. DO SOCORRO LIMA E SILVA	SEXO: Feminino
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): CAICARINHA DA PENHA,	TELEFONE DE CONTATO:
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SERRA TALHADA	CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 2613909
	UF: PE
	CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO 2º/3º MTT DIREITO		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): RAIO X		
DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO 2/3 MTT DIREITO		
CID 10 PRINCIPAL:	CID 10 SECUNDÁRIO:	CID 10 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:
TIPO DE LEITO:	ESPECIALIDADE:
MÉDICO AUTORIZADOR:	

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	DATA DA SOLICITAÇÃO:
DOCUMENTO: (X)CNS ()CPF	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR: 7876
Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	

ESCLARECIMENTOS

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução

25/06/18 14:17 LEILAH ANDRADE DE FRANCA

Descrição

NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGAS PARA OFERTAR, APÓS BUSCA ATIVA NAS REDES PÚBLICAS E CONVENIADAS AO SUS.

Data/Hora Profissional Evolução

25/06/18 14:14 PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO

Descrição

Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabeleciment	Observação
25/06/18 14:13	Em digitação	0h:1m:9s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
25/06/18 14:15	Aguardando Regulacao	0h:0m:9s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
25/06/18 14:15	Aguardando Regulacao	0h:0m:27s	EDVALDO.FILHO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: EDVALDO.FILHO solicitação: 460776
25/06/18 14:15	Regulado	0h:1m:42s	EDVALDO.FILHO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO.
25/06/18 14:17	Aguardando Disponibilidade		LEILAH.FRANCA/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora Paciente Assistido Usuário

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA

(87) 91 83 - 2105
9-9 66 - 33606



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

Nome: JACQUES LIMA L EWA

AO HOSP. JÁO LOCENTE.

MDX: TRAT - WAXALON MATHX (D)
+ TRAT 2º e 3º MTT (D)

- (1) DIETA LÍQUIDA 1/ SNO 2/ SNO
 - (2) DIETA TÓO - g (D) 6/6 LT SIN
 - (3) HEMORRAGIA / COAGULO TRAMA 3/ Píndulo
 - (4) SORV + CCGG / Píndulo 12/07
- colhecho 13/10/7 una

Data: 25/6/18

Port. Interdisciplinar de Diagnóstico
Ortopedia e Traumatologia
Onco-Ortopedia
ORCAPE-1854

Médico - CRM



Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 12/07/2018		Nº Registro: 000157331	
Identificação do Paciente: JACIENE LIMA E SILVA		305 - TRAUMA FEM. 03	
Data Nascimento: 15/07/1981	Idade: 36	Sexo: Feminino	Cor: Parda
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: AUTONOMA	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: JURACI SEVERO DA SILVA		Mãe: MARIA DO SOCORRO LIMA E SILVA	
Endereço: DO COMERCIO		SN	
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	Telefone: (87) 98115-9684
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito []		Acidente de Trabalho []	
Suicídio []		Outros Acidentes []	
Casual []		Agressão []	
Outros []			
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO: <i>Doença pregressa HTA, diabetes, hipertensão, reumatismo, lesão de ligamento cruzado anterior, MTD</i>			
Diagnóstico Inicial: <i>Fratura múltipla de perna</i>			
S.A.D.T: <i>Hemiflexão e P.A.G. na, Glucose e creatinina</i>			
<i>↳ Solicitado</i>			
<i>colheito 14/07 Ana</i>			
Diagnóstico Final			
CONDIÇÃO DE ALTA		MOTIVO DA ALTA	
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>	Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/>		
Inalterado []	Alta a Pedido []		
Piorado []	Transferência []		
Óbito+48h []	Evasão []		
Óbito-48h []	Indisciplina []		
Óbito em: ____/____/____			
		Data do Internamento: 12, 07, 18.	
		Data da Alta: 17, 07, 18	
		Local: <i>Antônio Rodrigues de Freitas</i>	
		CPF: 056.552.003-25	
		Médico Responsável	

Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Artroscopia artroscópica D

Data: 16/07/18

Início:

Término:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Subluxação do ombro - MID +
manuseio manual manipulando
foco patológico e fixação do cabo
alfio KIRSCHNER, Lendoscopy
deletivo + 1.500 fisioterapia

Antônio Rodrigues de Freitas
CRM 7351
CPF: 056.552.003-25



Assinatura do Cirurgião



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
 6870802 SDS PE

CPF
 051.394.744-25

DATA NASCIMENTO
 19/08/1983

FIMCAÇÃO
 ARCELO PEREIRA DA SILVA
 MARIA JOSE DE MENEZES SILVA

PERMISSÃO
 [] ACC [] CAT HAB. AB

N° RESPOSTA
 04935896409

VALIDADE
 19/11/2019

HABILITAÇÃO
 06/05/2010

FUNÇÕES
 1

Assinatura de Rosana de Menezes Silva Cavalcante

ASSINATURA DO FORTALECER

LOCAL
 SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
 19/11/2014

Assinatura do Emissor

47011844458
 72063050133

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1017067334

PROTEÇÃO PLÁSTICA
 1017067334

EXCELSIOR SEGUROS
 7 A SET 2018
 SEGURO PRIVAT

DENATRAN

Nº 012035343315

DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

COO. RENAMM 1 290422792 ***** R.N.I.T.C. 2015 EXERCICIO

JEAN DE L'IMP. & FILIA

AFEGADOS DA INGAZEIRA - U

CPFL 0621	059 415 254-27
PF11630	

PLUG ANTIFUG
CHASSI
9C2KD0550CR532342

ESPECIE TIPO	COMBUSTIBLE
NOTICIA	ALCOBA 30L

MARCA / MODELO	ANO-FAB	ANO-MOD
	2013	2013

CHDA/NXR150 BRO3 E3

8/149CL	CAP / POT / CIL	CATEGORIA	CONFEZIONE
		PARTIC	LAPANZA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC / COTAS
2015	2015	1

FAIXA IPIA	PACELAMENTO / COTAS
2	
3	

[illegible]

ENLORO PAGO	OSSEIVAGGIES

EM PEREVA

DATE _____

12/05/4

Charles Andrews Souza Ribey
Director of Presidente OETRAH

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012035343315 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JERIN DE LIMA SILVA

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

AFEGADOS DA INSAFEL

VIA	CPF (CNPJ)	PLACA
059.415.254-27		PEE1630

RENAVAM
MARCA / MODELO
HONDA / NXR250 PRO E
608422792

AND FARE
2011
09
N° CLASSI
9C2KD0550CR533343

PRÊMIO TARIFÁRIO

DESCRIÇÃO	DESCRIÇÃO	DESCRIÇÃO
FRAS (RS)	DESMATIAN (RS)	CUSTO DO SEGURO (RS)

CUSTO DO BILHETE (R\$) _____ NOF (R\$) _____
 PREÇO PAGO _____ TOTAL A SER PAGO (R\$) _____

<input type="checkbox"/> À VISTA ÚNICA	PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE CRIAÇÃO
--	-----------	------------------------------------	-----------------

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DEPT OF COMMERCE
BUREAU OF CUSTOMS
WASHINGTON, D.C.

EXCELSIOR SEGUROS

28 SET 2018

RECEIVED ADULT

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180455672 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACIENE LIMA E SILVA **Data do acidente:** 25/06/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do 1º, 2º e 3º metatarso do pé direito.

Descrição do exame médico pericial: Vítima com rigidez articular com limitação dos movimentos do 1º, 2º e 3º pododáctilos do pé direito e edema.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, das fraturas.
Alta médica (17/07/2018).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/10/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do 1º, 2º e 3º dedo do pé direito.

Médico examinador: LEONARDO COELHO BEZERRA

CRM do médico: 24897

UF do CRM do médico: PE

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	22,5%	R\$ 3.037,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180455672

Nome do(a) Examinado(a): JACIENE LIMA E SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA DA PENHA, 181 - Serra Talhada/PE -
CEP 56903-390

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 7530178 - SDS-PE - 16/03/2004

Data e Local do Acidente : 25/06/2018 - ZONA RURAL DE SERRA TALHADA

Data e Local do Exame : 11/10/2018 RUA DR ERICK RIBEIRO, 324 - SL 02 -
SALGUEIRO/PE - CEP 56000-000

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO PRIMEIRO, SEGUNDO E TERCEIRO METATRASSO DO PÉ DIREITO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

FOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO PRIMEIRO, SEGUNDO E TERCEIRO METATRASSO DO PÉ DIREITO. TEVE ALTA NO 17/07/2018

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

LIMITAÇÃO PRIMEIRO, SEGUNDO E TERCEIRO PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO COM RIGIDEZ ARTICULAR E EDEMA RESIDUAL

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO PRIMEIRO, SEGUNDO E TERCEIRO PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO COM RIGIDEZ ARTICULAR E EDEMA RESIDUAL

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em

caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

PRIMEIRO PODODÁCTILO DIREITO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

SEGUNDO PODODÁCTILO DIREITO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal


TERCEIRO PODODÁCTILO DIREITO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Leonardo Coelho Bezerra
Médico
CRM-PE 24897
CRM-CE 15885

LEONARDO COELHO BEZERRA CRM : 24897 / UF :PE

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 23 de Agosto de 2018

X Jasine Lima e Silva



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180455672 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACIENE LIMA E SILVA **Data do acidente:** 25/06/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO.
FRATURA DE 2º E 3º METATARSO E HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: Vitor Hugo Sousa Morim

CRM: 5242355-2

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180455672 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACIENE LIMA E SILVA **Data do acidente:** 25/06/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO.
FRATURA DE 2º E 3º METATARSO E HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180455672 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACIENE LIMA E SILVA **Data do acidente:** 25/06/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do 1º, 2º e 3º metatarso do pé direito.

Descrição do exame médico pericial: Vítima com rigidez articular com limitação dos movimentos do 1º, 2º e 3º pododáctilos do pé direito e edema.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, das fraturas.
Alta médica (17/07/2018).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/10/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do 1º, 2º e 3º dedo do pé direito.

Médico examinador: LEONARDO COELHO BEZERRA

CRM do médico: 24897

UF do CRM do médico: PE

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	22,5%	R\$ 3.037,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

Procuração


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

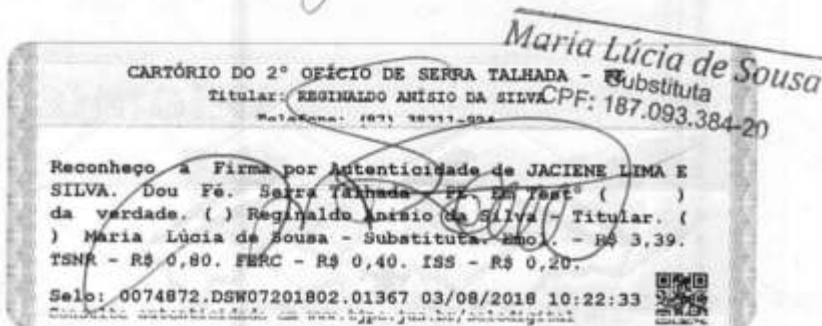
1. Outorgante Jaciene Lima e Silva
portador(a) do documento de identidade nº 7.530.178, expedido por SDS/PE, em
16/03/2004 inscrito no CPF sob o nº 043.323.864-00, residente na
Rua da Penha, nº 181
complemento casa, Bairro Guacimbo da Penha - Z.R, cidade
Serra Talhada, Estado PE.

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 03 de Julho de 2018.

Outorgante X Jaciene Lima e Silva 



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358325/18

Vítima: JACIENE LIMA E SILVA

CPF: 043.323.864-00

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 25/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JACIENE LIMA E SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

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

JACIENE LIMA E SILVA : 043.323.864-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/09/2018
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2018
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358325/18

Número do Sinistro: 3180455672

Vítima: JACIENE LIMA E SILVA

CPF: 043.323.864-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/06/2018

Titular do CPF: JACIENE LIMA E SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/10/2018
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA