

Dr. Fred Veras
Reumatologia
CRM 6688-PE CPF 129098314-34

Ana Beatriz de Souza Melo

Paciente vítima de acidente de trânsito por queda de motocicleta no dia 04 de março de 2018 em via pública de Serra Talhada – PE deu entrada no Hospital HOPSPAM – Serra Talhada – PE local e transferido para Hospital São Vicente – Serra Talhada – PE de recebeu atendimento médico para redução cirúrgica com fixação fratura da diáfise do fêmur D recebendo alta hospitalar 16 de março de 2018 e encaminhado com orientação de continuar tratamento médico ambulatorial de onde recebeu alta definitiva no dia 07 de agosto de 2018, tendo realizado acompanhamento fisioterápico concomitante.


Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, tem o paciente apresentando-se com sequela de fratura da diáfise D com longa cirurgia com retração de tecido muscular com fibrose e atrofia de 6% da musculatura abduutora da coxa D com déficit de 40% para abdução 20% para adução 25% para as rotações do quadril D e semi congelamento do joelho D com déficit de 40% para flexão 30% para extensão e edema regional com flutuação de patela++

Paciente como se apresenta ao exame físico de hoje, e exclusivamente hoje, podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo com o passar dos dias e sendo de reservado prognóstico

PS: quadro clínico descrito ao um retrato do que o paciente apresenta ao físico exclusivamente do dia de hoje, podendo variar caso à caso com o passar dos dias.

Atenciosamente,

Afogados da Ingazeira, 31 de agosto de 2018



Dr. Fred Veras
Reumatologia-Ortopedia
CRM 6688-PE CPF 129.098.314-34

Av. Aparício Veras 411, Centro, Afogados da Ingazeira PE – Fone 87 38381304





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Numero de Inscrição

103.853.864-51

Nome

ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO

Nascimento

04.07.2003



REAL SERRAJO

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão
NOV/2009



EXCELSIOR SEGUROS
07 JUN 2018
SEGURO DPVAT

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.665.598 28/02/2013

<< EDILZA MARIA DE SOUZA >>

<< >>

<< BEATRIZ VIEIRA DE SOUZA >>

SERRA TALHADA - PE 29/12/1971

<< 0747160155 1978 1 00057 137
0006799 12 SERRA TALHADA-PE >>

782.695.714-15

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

F-54 15.407 - 9121

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 10 R 03

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURN

Edilza Maria de Souza

CARTERA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
103.853.864-51

Nome
ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO

Nascimento
04/07/2003

EXCELSIOR SEGUROS
07 JUN 2018
SEGURO DPVAT.

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1482661245

1482661245

NOME
GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5840550 SSP PE

CPF 008.475.324-29 **DATA NASCIMENTO** 03/05/1978

FILIAÇÃO
GILBERTO CARLOS DE LIMA
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB.**
02136855400
30/06/2022
18/12/2001

REMARKS
 KAR
 CMTX

George Carlos Melo Lima
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **DATA EMISSÃO**
 SERRA TALHADA, PE 24/07/2017

(Carsten) Andreus Costa Ribeiro
 Gerente Operacional
 ATENDIMENTO AO CLIENTE
 PERNAMBUCO

EXCELSIOR SEGUROS
 07 JUN 2018
 SEGURO DPVAT



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Numero de Inscrição

103.853.864-51

Nome

ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO

Nascimento

04.07.2003



REAL SERRAJO

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão
NOV/2009



EXCELSIOR SEGUROS
07 JUN 2018
SEGURO DPVAT



Nome: **GEORGE CARLOS MELO LIMA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **5840550 SSP PR**

CPF: **008.475.324-29** DATA NASCIMENTO: **03/05/1978**

FILIAÇÃO: **GILBERTO CARLOS DE LIMA**
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA

PERMISSÃO: **00000000000000000000** ACC: **00000000000000000000** CAT. HAB: **AB**

Nº REGISTRO: **02136855400** VALIDADE: **30/06/2022** 1ª HABILITAÇÃO: **18/12/2001**

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245



OBSERVAÇÕES:

RAH

CMXX

George Carlos Melo Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **SERRA TALHADA, PE** DATA EMISSÃO: **20/07/2017**

[Signature]
União, Antônio Carlos Gomes
Diretor, Pernambuco

ASSINATURA DO SEGURO

0481104008
REC78966268

PERNAMBUCO

1482661245

EXCELSIOR SEGUROS
07 JUN 2018
SEGURO DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180334663 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO **Data do acidente:** 04/03/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Serra Talhada PE

Destinatário:

George Carlos de Melo Lima

Rua Antônio Tomi de Souza nº 573

CEP 56303220

Bairro São Cristóvão

FONE-87999987477

EXCELSIOR SECUNDA

07 JUN 2013

SECUNDA

Excelaion Seguros

DPVAT

AV. Marques de Olinda N: 175

Recife PE Antigo

CEP 50030-000

TEF. 041-81.3087-9200

EXCELSIOR SEGUROS

27 JUN 2018

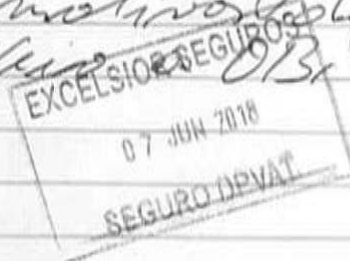
SEGUR - DPVAT



Eu Edilza Maria de Souza, Mãe de Ana Beatriz de Souza Melo, informo que na data que minha filha Ana Beatriz Vinha na Garagem onde estava o Acidente um Colisão com um Veículo que Pilotava a Moto, LALSON Silva Cardoso, foi transferido para Clínica São Vicente dia 09/03/18 não resistiu e foi o Óbito, E Ana Beatriz de Souza Melo, teve vários Fraturas, no Fêmur e Costas e escoriações pelo corpo, e com Seculos no membro inferior direito e esquerdo.

Eu Edilza Venho comunicar que nós não conseguimos localizar a dona da moto por morar em outra Cidade. para fazer de Declaração do proprietário do Veículo.

E a mãe de LALSON Silva Cardoso ficamos sem o contato por motivo do Acidente que LALSON Silva Cardoso foi o Óbito.



ASS. EDILZA MARIA DE SOUZA
MÃE DE ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180334663 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO **Data do acidente:** 04/03/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180334663 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO **Data do acidente:** 04/03/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180334663 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO **Data do acidente:** 04/03/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, EXAMES DE IMAGEM DA LESÃO E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO MÉDICO, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO E SUMÁRIO DE ALTA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

Procuração

Outorgante(s):

Nome: EDILZA MARIA DE SOUZA
R.G.: 9.665.598 C.P.F.: 782695414-15
Endereço: RUA SÃO TOMÉ BAIRRO SÃO CRISTOVÃO: 343
CEP: 56909-370 Cidade/UF: SERRA TALHADA

Outorgado(s):

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
R.G.: 5840550 SSP-PE C.P.F.: 008.445.324-29
Endereço: ANTÔNIO TOMÉ DE SOUZA IV: 573
CEP: 56903-220 Cidade/UF: SERRA TALHADA - PE

Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal e Estadual, Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro DPVAT, transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e a qualquer Seguradora, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima

ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO
ocorrido na data em 04/03/2018

Local: SERRA TALHADA PE Data: 06/04/2018

EDILZA MARIA DE SOUZA

Assinatura do Outorgante

A assinatura deverá ser reconhecida por autenticidade ou verdadeira.

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 3311-1111
Reginaldo Anísio da Silva - Titular e Of. do Protesto

Reconheço a Firma por Autenticidade de EDILZA MARIA DE SOUZA. Dou Fé. Serra Talhada - PE. Em Teste () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva - Titular. () Maria Lúcia de Souza - Substituta. Emol. - R\$ 3,39. TSNR - R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,20.

Selo: 0074872.NN004201802.03571 30/04/2018 09:42:50
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265277/18

Número do Sinistro: 3180334663

Vítima: ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO

CPF: 103.853.864-51

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 04/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA BEATRIZ DE SOUZA
MELO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 03/09/2018
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **EDILZA MARIA DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180261773**

Vitima: **ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO**

Data do Acidente: **04/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180261773**.

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 12940488



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **EDILZA MARIA DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180334663**

Vitima: **ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO**

Data do Acidente: **04/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180334663**.

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 13135282



Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **EDILZA MARIA DE SOUZA**
Nº Sinistro: **3180334663**
Vitima: **ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO**
Data do Acidente: **04/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180334663**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13188119



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDILZA MARIA DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180334663**

Vitima: **ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO**

Data do Acidente: **04/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180334663**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

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

103.853.864-51

Nome completo da vítima

ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
EDILZA MARIA DE SOUZA		282.695.714-15			
Endereço		Número		Complemento	
SÃO TOME		343		CASA	
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
SÃO CRISTÓVÃO	SERRA TALHADA	PE			
Email		Telefone (DDD)			
		99.9998-1492			

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA	D/V	CONTA	D/V
Nº		Nº	

(Informar dígito se existir)

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

BANCO	Nº
Nome	
BRADESCO	237
AGÊNCIA	CONTA
Nº	Nº
0586	59170

(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.

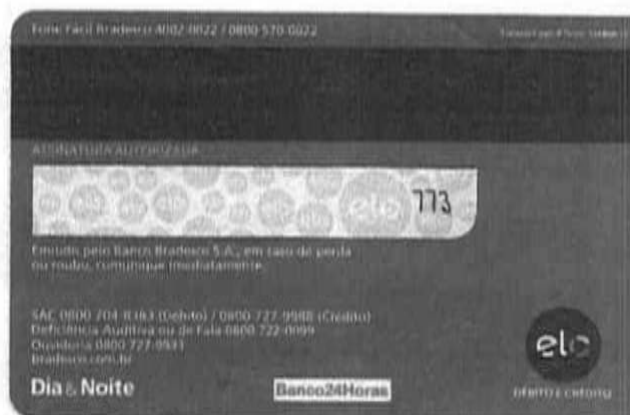
SERRA TALHADA PE 01 de JUNHO de 2018

Local e Data

Ana Beatriz da Souza Melo Edilza Maria 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

CPF da Vítima

103.853.864-51

Nome completo da vítima

ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
EDILZA MARIA DE SOUZA		282.695.714-15			
Endereço		Número		Complemento	
SÃO TOME		343		CASA	
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
SÃO CRISTÓVÃO	SERRA TALHADA	PE			
Email		Telefone (DDD)			
		99.9998-1492			

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA	D/V	CONTA	D/V
Nº		Nº	

(Informar dígito se existir)

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

BANCO	Nº
Nome	
BRADESCO	237
AGÊNCIA	CONTA
Nº	Nº
0586	59170

(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.

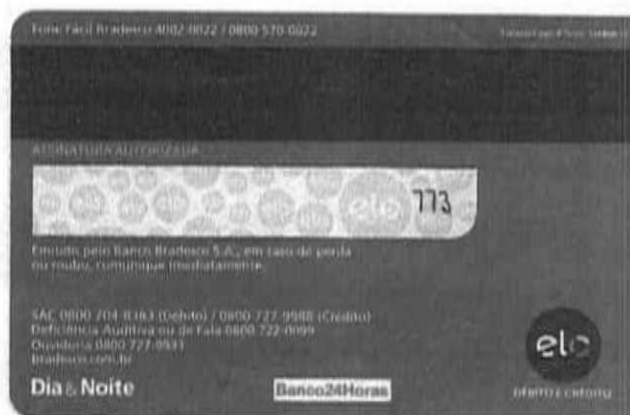
SERRA TALHADA PE 01 de JUNHO de 2018

Local e Data

Ana Beatriz da Souza Melo Edilza Maria de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CONFERE COM
O ORIGINAL

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. **18E0267000976**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/03/2018** às **11:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **4/3/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, BR 232 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE A ESTAÇÃO DO FORRO**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ANTONIO FURTADO CARDOZO (NOTICIANTE)
A.B.D.S. (Menor de Idade) (TESTEMUNHA)
LAELSON SILVA CARDOZO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LAELSON SILVA CARDOZO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **4/3/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, BR 232 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE A ESTAÇÃO DO FORRO**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ANTONIO FURTADO CARDOZO (NOTICIANTE)
LAELSON SILVA CARDOZO (OUTRO)
A.B.D.S. (Menor de Idade) (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LAELSON SILVA CARDOZO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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



LAELSON SILVA CARDOZO (não presente ao plantão) - NIC: 00000 Sexo: Masculino Mãe: MARIA ALAIDE DA SILVA Pai: **ANTONIO FURTADO CARDOZO** Data de Nascimento: **30/9/1999** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9706661/SDS/PE (RG), 13718530457 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, QUADRA 54; LOTE 20; VILA BELA - CEP: - Bairro: - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

A.B.D.S. (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: EDILZA MARIA DE SOUZA Pai: **GILVAN ELIAS DE MELO** Data de Nascimento: **4/7/2003** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10385386451 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 189, RUA VINTE E CINCO, COHAB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ANTONIO FURTADO CARDOZO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA Pai: **JOSE CARDOZO DA SILVA** Data de Nascimento: **27/12/1974** Naturalidade: **MANAIRA / PARAIBA / BRASIL** Documentos: **5492650/SDS/PE (RG), 04368368401 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 87999392718**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE, 29, RUA LINDOLFO NUNES DA SILVA, NO DISTRITO DE JATIUCA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **LAELSON SILVA CARDOZO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCI2250** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2JC6900HR003243**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017**
Descrição: **FAN; COD. RENAVAL: 1131162339 EM NOME DE MARIA CRISTINA DA SILVA**

AUTOMOVELO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

O SRº ANTONIO FURTADO CARDOZO COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE NA DATA DO FATO SEU FILHO LAELSON SILVA CARDOZO PILOTAVA A MOTOCICLETA RETROMENCIONADA COM A MENOR DE IDADE ANA BEATRIZ DE SOUZA NA GARUPA ONDE HOUVE UMA COLISÃO COM UM VEÍCULO DE CARACTERISTICAS NÃO ANOTADAS, RELATA O SRº ANTONIO QUE O LAELSON E ANA FORAM SOCORRIDOS PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITARES PARA O HOSPAM, ONDE POSTERIORMENTE NO DIA 07/03/2018 O LAELSON FOI TRANSFERIDO PARA A CLINICA SÃO VICENTE E NO DIA 09/03/2018 NÃO RESISTIU E FOI A OBTO. INDAGOU AINDA O SRº ANTONIO QUE SOUBE ATRAVÉS DE POPULARES QUE O VEÍCULO QUE COLIDIU COM A MOTO DE SEU FILHO FOI UMA PARATI DE COR PRATA QUE ESTAVA SENDO CONDUZIDA POR UMA PESSOA DESCRITA POR FOFÃO POIS O ANTONIO FOI ATÉ A CASA DO AUTOR E EM CONVERSA COM O SEU GENITOR A PESSOA DE ANTONIO DO BAR O MESMO CONFIRMOU QUE REALMENTE QUEM ESTAVA NO CARRO ERA O SEU FILHO FOFÃO QUE NO DIA DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, VALE RESALTAR QUE O BAR DO PAI DE FOFÃO É PROXIMO AO TERMINAL RODOVIARIO, SEM MAIS ENCERRO O PRESENTE BO.

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

ANTONIO FURTADO CARDOZO
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **WAGNER ALVES DE ALMEIDA** - Matrícula: **320336-0**





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 <i>ANA BEATRIZ DA SOUZA MELO</i>	CPF da Vítima <i>103.853.864-51</i>	Data do Acidente <i>04-03-18</i>
---	--	-------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>EDILZA MARIA DE SOUZA</i>	CPF do Representante legal <i>782.695.714-15</i>
Email	Telefone (DDD) <i>87.9.9998-5477</i>

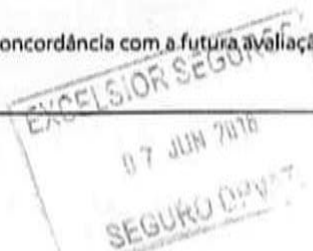
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.



SERRA TALHADA PE *01* de *JUNHO* de *2018*
Local e Data

Ana Beatriz da Souza Melo *Edilza Maria de Souza*
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 interdita 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 <i>ANA BEATRIZ DA SOUZA MELO</i>	CPF da Vítima <i>103.853.864-51</i>	Data do Acidente <i>04-03-18</i>
---	--	-------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>EDILZA MARIA DE SOUZA</i>	CPF do Representante legal <i>782.695.714-15</i>
Email	Telefone (DDD) <i>87.9.9998-5477</i>

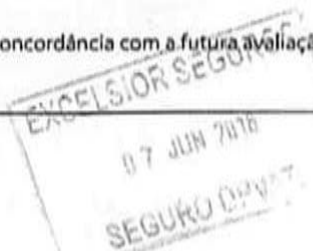
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.



SERRA TALHADA PE *01* de *JUNHO* de *2018*
Local e Data

Ana Beatriz da Souza Melo *Edilza Maria de Souza*
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
COInter/2 - 3º Grupamento de Bombeiros

SERRA TALHADA - PE, 27 de março de 2018.

ANDRÉ PEREIRA DA SILVA

Ten. Cel. EM (CMT 3) - GB

ANDRÉ PEREIRA DA SILVA
TEN. CEL. EM (CMT 3) - GB
MA 0625435-0
RG. 2792012-7

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 055 Dop./2018

O Chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação da Sra. **EDILZA MARIA DE SOUZA**, RG 9.665.598 SDS/PE, CPF 782.695.714-15, residente à Rua 25, 189, Bairro COHAB, Serra Talhada-PE, **CERTIFICA** que foi deslocada a viatura AR 643 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros Serra Talhada-PE, às 23h16min do dia 04 de março de 2018, comandada pelo Cb QBMG 1/707296-1 **ERNANI ALBERTO DE SOUZA JÚNIOR**, para uma ocorrência de **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (VÍTIMA DE COLISÃO CARRO X MOTOCICLETA)**, sendo vitimada a Sra. **ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO**, Certidão de Nascimento n° 52.949, fls.179V, do Livro n° A-98, filha da solicitante, a qual declarou que estava na garupa da motocicleta marca/modelo Honda CG 125I Fan, cor preta, placa PCI 3350-PE. O acidente ocorreu na BR 232, KM 410, Bairro São Cristovão, Serra Talhada-PE e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: fratura fechada no membro inferior direito e escoriações no membro superior direito e membro inferior esquerdo, a qual foi socorrida e conduzida ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. **Francisco Gomes**, CRM 6740, prontuário 116. A presente certidão segue assinada por mim, CAP QOC/BM **WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS**, Resp. em chefia da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros. *Wamberg R. Santos*

Wamberg Rodrigues dos Santos
Cap QOC/BM Mat.704015-6

EXCELSIOR SEGURO
07 JUN 2018
SEGURO DPVAT



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
COInter/2 – 3º Grupamento de Bombeiros

SERRA TALHADA - PE, 27 de março de 2018.

ANDRÉ PEREIRA DA SILVA

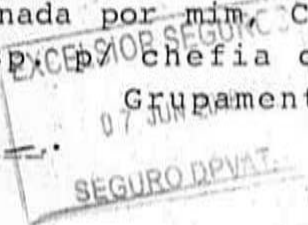
Ten Cel QOC/2 - 3º GB

ANDRÉ PEREIRA DA SILVA
TEN. CEL QOC/2 - 3º GB
MA 0625435-0
RG. 2792012-7

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 055 Dop./2018

O Chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação da Sra. **EDILZA MARIA DE SOUZA**, RG 9.665.598 SDS/PE, CPF 782.695.714-15, residente à Rua 25, 189, Bairro COHAB, Serra Talhada-PE, **CERTIFICA** que foi deslocada a viatura AR 643 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros Serra Talhada-PE, às 23h16min do dia 04 de março de 2018, comandada pelo Cb QBMG 1/707296-1 **ERNANI ALBERTO DE SOUZA JÚNIOR**, para uma ocorrência de **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (VÍTIMA DE COLISÃO CARRO X MOTOCICLETA)**, sendo vitimada a Sra. **ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO**, Certidão de Nascimento n° 52.949, fls.179V, do Livro n° A-98, filha da solicitante, a qual declarou que estava na garupa da motocicleta marca/modelo Honda CG 125I Fan, cor preta, placa PCI 3350-PE. O acidente ocorreu na BR 232, KM 410, Bairro São Cristovão, Serra Talhada-PE e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: fratura fechada no membro inferior direito e escoriações no membro superior direito e membro inferior esquerdo, a qual foi socorrida e conduzida ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. **Francisco Gomes**, CRM 6740, prontuário 116. A presente certidão segue assinada por mim, CAP QOC/BM **WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS**, Resp. em chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros.

Wamberg Rodrigues dos Santos
Cap QOC/BM Mat.704015-6



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILZA MARIA DE SOUZA

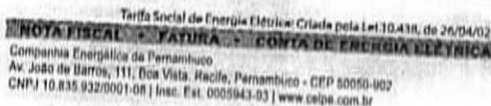
BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000059170-0

Nr. Autenticação

BRDESCO2808201805000000000023700586000000059170236250 PAGO



MARIA DE LOURDES MELO LIMA

CPF 286.442 044-01

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MONTEBASCO

012561000	UNICA	12
12/04/2018	2000530116	30

Consumo Ativo (kWh)
Contribuição Iluminação Pública
ICMS Subvenção-CDE-NF 001333700-12
ICMS Subvenção-CDE-NF 005110261-00
Doação APAE - 0800 722 7222

PAGEFACIL
 AVENIDA AFONSO MAGALHÃES
 LAD CRISTÓVÃO/SERRA TALHADA

Phuelars
V11.7.3 08-05-2018 16:09
P0:205-052607 54:00230
=====

B30A0000000167090011001
130111028101-043083323

DOCUMENTO VALIDO COMO RECIBO DE PAGAMENTO

TOTAL DA FAPURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE FOLHA FISCAL										163,00
Nº DO MEMORIAL	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (WH)	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA					
180754		13/03/2018	0 102,00	13/04/2018	5 3146,00	30	1 360,00		3146,00	

ANEXO I - RENDIMENTO DE CONSUMO

Max 100%

PERÍODO	RENDIMENTO (%)
APR16 206	~95%
MAR16 210	~90%
FEB16 224	~85%
JAN16 220	~80%
DEZ17 197	~75%
NOV17 178	~70%
OUT17 181	~65%
SET17 146	~60%
AGO17 134	~55%
JUL17 124	~50%
JUN17 140	~45%
MAI17 165	~40%
ABR17 158	~35%

INFORMAÇÕES DE FORNITORES

	BARRO DE VALQUERO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	137,28	28,00	34,32
PIS	137,28	0,83	0,71
COFINS	137,28	2,40	3,29

Consumo de Energia

	RE	%
Transmissão	R\$ 4,377	3,96%
Distribuição (Cotep)	R\$ 50,801	24,48%
Perdas da Energia	R\$ 10,008	7,36%
Energia Surtida	R\$ 12,888	8,22%
Tributação	R\$ 36,32	27,91%
Total	R\$ 113,28	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Realizado

RESUMO DO IMPOSTO

ICMS: C07 D15H700H I10C C002 K016 L400

INFORMAÇÕES IMPORTANTES[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO

Cronograma de recebimento (R) e entrega (E) de materiais (em toneladas)					
Vencido	Recebido	Valor	Vencido	Recebido	Valor
02/04/18	12/04/18	177,77			

Em meio às três pagagens do salário, o encaminhamento de mais um salário é por antecipação. Com o novo padrão é possível que haja uma não repatriação de recursos, por exemplo, em função da INFLAÇÃO, com os salários nacionais. Entretanto, não há qualquer risco de inflação anterior ao fato de não serem mais os salários pagos em dólares. É possível que possa ser por uma combinação de fatores, mas não há qualquer dúvida.

referred to as *various*.

EXCELSIOR SEGUROS
08 JUN 2018
SEGURO DE VIDA

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.445.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EDILZA MARIA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 782.695.714 / 15 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR

☒ 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>ANTÔNIO TOMÉ DE SOUZA</u>		Número	<u>573</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade	<u>SERRA TALHADA</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	<u>87.9.9998-1442</u>	Telefone celular (DDD)	<u>87.9.9998-1472</u>

SERRA TALHADA PE. 01 de JUNHO de 2018
Local e Data

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

Eu Edgla Venho declarar que nos
nos conseguimos localizar a dona da
Apto por morar em Edgla Ciolde.
fazendo de Declaração do proprietário
raiane batista
abate de L.A. de 12/06/2018
Contrato por nota de 12/06/2018
Acidente de Nelson Nuno

EXCELSIOR REGISTRO

EXCELSIOR SEGUROS
07 JUN 2015
SEGURO D'VAT

ASS. ADRIANA MARIA DE SOUZA
MÃE DE ANA MARIA DE SOUZA MELO

ASL-0203868/18
raianne.bartosa
12/06/2018 09:44:44

BOLETIM DE EMERGÊNCIA						Nº: 117	
Data: 04/03/2018		Hora: 23:52					
Nome: Ana Beatriz de Souza Melo							
Nascimento: 04/07/83		Sexo: F		Estado Civil: solteira			
Escolaridade: 9º ano		Profissão: Estudante					
Mãe: Edilza Maria de Souza		Responsável: Melina					
Endereço: Travessa 25 n° 168							
Bairro: Cordeiro		Município: Serra Talhada		Fone: 9661 8968			
Cartão SUS: 898 0034 0635 1885		RG/CPF: 403 853 864 51					
Raça/Cor:		Branca		Preta		Parda	
				Amarela		Indígena	
PA:		Pulso:		HGT:		Temperatura:	
						Peso:	
História e Exame Físico: <p>Doi + 2 cm b. dor no abd. e dor no fígado. exames no bruto.</p>							
Tratamento: <p>1) Sufam 2) Rx do Coração e Pulmão 3) Voluven 250</p>							
Hipótese Diagnóstica: <p>OSSA fratura dos fêmures.</p>				Carimbo e Assinatura: <p>Dr. Francisco Gomes Cirurgia Geral e Ortopedia CREMEPE: 8740</p>			
Destino do Paciente:		Internado		Residência		Transferido	
Removido para o hospital:							
Óbito às		hrs do dia					



FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR - Clínica Cirúrgica

Registro nº 949 Data 05/03/18 Hora 00:47

PACIENTE

Nome Ana Beatriz de Souza Melo Data de Nascimento 04/07/03
Sexo F Idade 14 anos Cor parda Estado Civil solteira
Naturalidade Serra Talhada - PE Profissão Estudante
Endereço Trav - 25 n 169 - Caba STA
Filiação Edilza Maria de Souza
Telefone (81) 9661 8968 N° Doc. (RG, CPF, CN, etc.) _____
Trazido por a genitora
Endereço _____ Telefone (____) _____

OCORRÊNCIA

Local do Acidente _____ Data ____/____/____ Hora _____

Natureza do acidente ☐ Casual ☐ Tentativa Suicídio ☐ Acidente Trânsito
☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
☐ Agressão ☐ Acidente de Trabalho

HISTÓRIA DOENÇA ATUAL

EXAME FÍSICO

EXCELSIOR SEGUROS
07 JUN 2018
SEGURO DPVAT

Diagnóstico Provisório Fratura do 2º OSSO DO MTO
(Fratura do 2º OSSO)

Conduta 2º do MTO em AP e R/L

Vera

Dr. Francisco Gomes
Cirurgia Geral e Obstetriz
CREMEPE: 6746

Hospital São Vicente

Atendimento: 06/03/2018		Nº Registro: 000057244	
Nome do Paciente: ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO		306 - TRAUMA FEM. 03	
Nascimento: 04/07/2003	Idade: 14	Sexo: Feminino	Cor: Branca
Civil: Solteiro(a)	Profissão: MENOR	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: Brasileiro
Pai: GILVAN ELIAS DE MELO		Mãe: EDILZA MARIA DE SOUZA	
Idade: Vinte e Cinco		189	
COHAB	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	Telefone: (87) 99806-3567

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA:

☐ Transporte de Trânsito
 ☐ Acidente de Trabalho
 ☐ Outros Acidentes
 ☐ Agressão

☐ Furtivo
 ☐ Casual
 ☐ Outros

Nome do Acompanhante: _____ Telefone para Contato: _____

Recebo: _____

Local da Ocorrência: _____

ANamnese e Exame Físico

História: Paciente com queixa de dor abdominal, localizada no quadrante superior direito, de início súbito, com caráter contínuo e progressivo, sem relação com alimentação. Não há náuseas, vômitos ou diarreia.

Exame Físico: Paciente consciente, orientada, sem alterações de estado geral. Inspeção: pele pálida, mucosas cor-de-rosa. Ausculta: ruídos intestinais presentes e normais. Percussão: sem sinais de irritação peritoneal. Reto: sem sangue ou muco.

Diagnóstico Inicial: Provável síndrome de intestino delgado.

A.D.T. _____

Diagnóstico Final _____

CONDIÇÃO DE ALTA	MOTIVO DA ALTA
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito+48h <input type="checkbox"/> Óbito-48h <input type="checkbox"/>	Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> Indisciplina <input type="checkbox"/>

Data do Internamento: 13/03/18
 Data da Alta: 16/03/18
 Local: _____
 Assinatura: Antônio Rodrigues de Freitas
 CPF: 050.552.052-25
 Médico Responsável

Óbito em: ____/____/____
 Hora: ____:____

EXCELSIOR SEGUROS

07 JUN 2018

SEGURO PRIVAT.

Realizada:

Procedimento:

15/03/18
Assistente Dia 15/03/18

Início:

Término:

gão:

uxiliar:

uxiliar:

tesista:

CRICÃO CIRÚRGICA

Sub punção assessoria NID
e sub do face lateral cor. da
dever ser feita por plano
dever ser feita por plano
dever ser feita por plano
dever ser feita por plano
dever ser feita por plano
dever ser feita por plano

Medicamento

Os planos de C / superior
do parafuso cortical 4.5

~~dever ser feita~~
dever ser feita por plano

EXCELSIOR SEGUROS
07 JUN 2018
SEGURO DE VIDA

Antonio Rodrigues de Freitas
CRM 72514
PRE: 056.552.003/25

Assinatura do Cirurgião



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ano Bestas de 2018
Laudos Médicos

Paciente vítima de acidente de moto dia 04/03/2018. deu entrada no H.O. pr.

Serra Talhada - PE. onde recebeu atendimento médico para redução cirúrgica de Fratura de

Fêmur foi transferido para o Hospital. São Vicente. foi realizado fixação com placa. e parafusos com limitação funcional.

Deformidade em toda diáfise. lesões no membro inferior direito. no membro superior direito e no membro esquerdo e deformidade no tornozelo direito.

Apresenta quadro trauma importante, com sequelas e morbo. com claudicação e foi realizado acompanhamento fisioterápico concomitante..

Paciente como se apresenta o exame. Fimco de 10% com sequelas parciais 75% para diáfise 60% para redução 45% para as notações do quadro.

quadro clínico descrito. 06/08/18

Alto. Definitivo.

Dr. Carolina Alexcar
Médica
CRM 24916

EXCELSIOR SEGUROS

07 AGO 2018

SEGURO DPVAT.